



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL
HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER

“IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO EN ATENCIÓN PRIMARIA”

Alumna: Pérez de Haro, María José

Tutor: Dr. Cayuela Fuentes, Pedro Simón

Master Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2016-2017

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Investigador principal: María José Pérez de Haro

Lugar de trabajo: UCI Hospital Gral. Universitario Santa Lucía (Cartagena)

Localidad:

Código Postal:

Tfnos.

Móvil:

Email:

Título del Trabajo de Investigación

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Pregunta en formato PICO ¿En pacientes diagnosticados de Síndrome Coronario Agudo tras una intervención educativa grupal mejora el manejo de los factores de riesgo cardiovascular, la calidad de vida percibida y la adherencia al tratamiento farmacológico?

Descriptores

Inglés: Acute coronary syndrome, Cardiovascular diseases, Risk factors, Quality of Life, Medication adherence, Primary Health Care, Health Education.

Español: Síndrome coronario agudo; Enfermedades cardiovasculares, Factores de riesgo, Calidad de Vida, Adherencia al tratamiento, Atención Primaria de Salud, Educación en Salud.

Portugués: Síndrome Coronariana Aguda, Doenças Cardiovasculares, Fatores de Risco, Qualidade de Vida, Adesão à Medicação, Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde.

Fdo. María José Pérez de Haro

RESUMEN:

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en España a pesar de que la mayoría de los factores de riesgo son conocidos y modificables. Controlar los factores de riesgo cardiovascular, disminuir su progresión y mejorar su manejo una vez producido el evento coronario son labores claves a realizar desde Atención Primaria. La Enfermería tiene una importante labor en este sentido, siendo la educación sanitaria su principal herramienta.

Nuestro sistema sanitario pretende una atención centrada en el paciente, la utilización de medidas de calidad de vida proporcionará un mejor entendimiento del impacto de la enfermedad en sus vidas. Así mismo, pretende un uso correcto de los recursos asistenciales y económicos a través de una adecuada adherencia terapéutica. La educación grupal puede representar un recurso para conseguir dicha adherencia.

Objetivo: Determinar el impacto de una intervención educativa grupal en pacientes diagnosticados de Síndrome Coronario Agudo, en el ámbito de la Atención Primaria, en la disminución de los factores de riesgo cardiovascular, en la mejora de la calidad de vida percibida y en el aumento de la adherencia al tratamiento farmacológico.

Metodología: Ensayo clínico controlado aleatorizado. Pacientes con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (CIAP K74 y K75), usuarios del Centro de Salud de La Unión (Área de Salud II Cartagena), mayores de 18 años. Muestra: 231 sujetos (IC 95%), con asignación aleatoria simple al grupo intervención o control. Se realizará una intervención de educación grupal semanal (3 sesiones). Se evaluará el efecto de la intervención con un registro antes y después (3, 6 y 12 meses), en ambos grupos, del cuestionario de calidad de vida percibida, el Test de Morisky-Green y el riesgo cardiovascular SCORE.

Resultados: La intervención educativa mejorará los factores de riesgo cardiovascular, la calidad de vida y la adherencia al tratamiento farmacológico.

Palabras clave: Síndrome coronario agudo; Factores de riesgo cardiovascular, Calidad de Vida, Adherencia al tratamiento, Atención Primaria de Salud, Educación en Salud.

ABSTRACT:

Introduction: Cardiovascular disease is the leading cause of death in Spain despite the fact that most risk factors are known and modifiable. To control the cardiovascular risk or control the cardiovascular risk factors, to decrease its progression and to improve in the management once the coronary event has occurred are important executions from Primary Care. The Nursing has an important work in this sense, being the sanitary education its main tool.

Our health care system refers to patient-centered care, applying quality of life measures provides a better understanding of the impact of the disease on their lives. In fact, aims to a correct use of the health care system and economic resources through an adequate therapeutic adherence. A group education can represent a resource to obtain such adherence.

Objectives: To determine the impact of a programming and systematization group educational intervention, in patients diagnosed with Acute Coronary Syndrome, in Primary Care, reducing cardiovascular risk factors, improving perceived quality of life and in the increase of the adherence to the pharmacological treatment.

Design and methodology: Experimental study: randomized controlled clinical trial. Patients diagnosed with Acute Coronary Syndrome (CIAP K74 and K75), users of the La Union Health Center (Health Area II Cartagena), aged 18 years and over. Sample: 231 subjects (95% CI), with simple random assignment to the intervention or control group. There will be a weekly group education intervention (3 sessions). The effect of the intervention on the perceived quality of life questionnaire, the Morisky-Green Test and the SCORE cardiovascular risk will be evaluated with a before and after (3, 6 and 12 months) recording in both groups.

Results: The educational intervention will improve cardiovascular risk factors, quality of life and adherence to pharmacological treatment.

Keywords: Acute coronary syndrome, Cardiovascular diseases, Risk factors, Quality of Life, Medication adherence, Primary Health Care, Health Education

ÍNDICE

1. Justificación.....	1
Antecedentes y estado actual del tema.....	1
Bibliografía más relevante.....	5
2. Objetivos	6
3. Aplicabilidad y utilidad de los resultados	7
4. Diseño y métodos.....	7
a) Diseño y tipo de estudio	7
b) Población	7
c) Método de recogida de datos	8
d) Variables	9
e) Descripción de la intervención	10
f) Descripción del seguimiento	11
g) Estrategia de análisis estadístico	11
h) Estrategia de búsqueda	11
5. Calendario previsto para el estudio	12
6. Limitaciones y posibles sesgos	12
7. Problemas éticos.....	12
8. Plan de ejecución	13
9. Organización del estudio.....	14
10. Presupuesto	15
11. Bibliografía	15
Anexos	20

1. JUSTIFICACIÓN. Antecedentes y estado actual del tema.

El concepto de enfermedad cardiovascular (ECV) hace referencia a los eventos de índole vascular que tienen como proceso común la arteriosclerosis, englobando a la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular y a la enfermedad vascular periférica (1).

La ECV es la primera causa de muerte en España a pesar de que la mayoría de los factores de riesgo son conocidos y modificables (2). Según los últimos informes publicados del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2015 las enfermedades del sistema circulatorio representaron la principal causa de muerte en España siendo el 29,4% del total de defunciones y donde las enfermedades isquémicas del corazón ocuparon el primer lugar (3).

Según las Estadísticas Básicas de Mortalidad de la Región de Murcia publicadas por el Centro Regional de Estadística de Murcia, en el año 2015, las enfermedades circulatorias supusieron una tasa de mortalidad del 29,2% (3.282 muertes por cada 100.000 habitantes) siendo la principal causa de mortalidad en la Región, seguida por las neoplasias. Centrándonos en la localidad de La Unión, encontramos cifras similares ya que en el año 2015 el 28,29% de las defunciones fueron por causa cardiovascular de las cuales el 8% fueron por cardiopatía isquémica (CI) (4).

Dentro de las denominadas ECV se incluyen: Enfermedades coronarias (infarto agudo de miocardio, angor, insuficiencia cardiaca y muerte súbita de origen coronario), enfermedades cerebrovasculares (ictus, accidente isquémico transitorio o afectación de arterias cerebrales, carótidas y vertebrales), enfermedad vascular periférica (afectación de arterias femorales o ilíacas) y la aterosclerosis aórtica y aneurisma aórtica (1).

Nuestro proyecto de investigación se centra en el primer grupo, las enfermedades coronarias (EC), definidas como aquellas que tienen lugar en las arterias coronarias y se manifiestan con la cardiopatía isquémica (1).

La CI en su fase aguda ocasiona la aparición de la angina inestable, el infarto de miocardio (IAM) e incluso la muerte súbita (5,6).

El Síndrome Coronario Agudo (SCA), que engloba los términos de angina inestable e IAM, es producido por el desequilibrio repentino entre el consumo de oxígeno miocárdico y la demanda, que es generalmente el resultado de la obstrucción de la arteria coronaria (7,8).

Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) son características genéticas, fisiológicas, del comportamiento y socioeconómicas de los individuos que los sitúan dentro de una cohorte de la población en la que es más probable el desarrollo de un problema cardiovascular que en el resto de la población (9).

Los FRCV se clasifican en dos grandes grupos principales: no modificables y modificables (1,10,11).

Como FRCV no modificables nos encontramos con la predisposición genética, la edad y el sexo.

Dentro de los FRCV modificables destacamos: hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DLP), diabetes mellitus (DM), obesidad, tabaquismo y sedentarismo. Todos se consideran FRCV en sí mismos porque propician el desarrollo de la arteriosclerosis y/o activan la agregación plaquetaria.

La HTA se considera el FRCV más importante. Según la Sociedad Europea de Hipertensión/Sociedad Europea de Cardiología se define HTA como una presión arterial sistólica PAS ≥ 140 mmHg o una presión arterial diastólica PAD ≥ 90 mmHg y los incrementos de cifras de TA suponen un aumento de forma proporcional del riesgo cardiovascular (12).

La dislipemia (DLP) es el trastorno del metabolismo de los lípidos. El colesterol de la dieta que no es eliminado por los quilomicrones a través del hígado es transportado a los tejidos periféricos por el LDL colesterol (13). Las HDL actúan facilitando la absorción del colesterol por parte de los tejidos periféricos y su transporte hasta el hígado para su catabolismo y excreción. Así, niveles elevados de LDL y niveles bajos de HDL indican riesgo de desarrollo de aterosclerosis (14).

La DM, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es “un desorden metabólico de múltiples etiologías caracterizado por hiperglucemia crónica que

altera el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, como resultado de los defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma o en ambas” (15). Se clasifican en dos tipos. La DM tipo 1, resultado de la destrucción autoinmune de las células β pancreáticas (típica de niños y adolescentes) y la DM tipo 2 que se caracteriza por la resistencia a la insulina (16,17).

La obesidad ha sido definida por la OMS como la epidemia del siglo XXI. Es una enfermedad que se caracteriza por el exceso de grasa corporal. Su causa fundamental es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y calorías gastadas. Para conocer la distribución de la grasa como predictor de FRCV, disponemos de una serie de mediciones e índices como son el Índice de Masa Corporal (IMC), el perímetro de cintura (PC), el índice cintura-estatura, el índice cintura-cadera y el diámetro abdominal sagital, siendo el más utilizado como clasificación internacional el IMC y el PC que se considera mejor predictor de grasa visceral (18).

El tabaquismo es considerado un factor de riesgo independiente de causar enfermedad aterosclerótica (19). Así mismo, el abandono del tabaco disminuye el riesgo de enfermedades y también aumenta la expectativa de vida (20).

Las personas que realizan actividad física regular, de cualquier edad y condición, tienen menor riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. Esto se debe a su efecto sobre varios FRCV como es la HTA, la DLP, la DM y la obesidad. Así, el sedentarismo se considera un FRCV (21).

Como ya hemos visto, el riesgo de presentar una enfermedad cardiovascular depende de diversos factores. Por ello se han desarrollado diferentes guías para valorar la intervención clínica según el riesgo que presente (bajo, moderado, alto o muy alto) como las guías Europeas o el estudio Framingham (22).

Las guías Europeas proponen la función SCORE para cuantificar el RCV (21). El sistema SCORE estima el riesgo a 10 años de un primer evento cardiovascular y es utilizada tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria.

La Tercera Task Force definió como alto riesgo de muerte CV en 10 años en individuos asintomáticos el umbral del 5% según el sistema SCORE (22,23).

Según un artículo publicado en 2013 por Dégano et al. (24), sobre la epidemiología de la enfermedades cardiovasculares, partiendo de los 3.461 casos hospitalizados de SCA de 2013 en la Región de Murcia, estimaron que en 2021 estos casos aumentarían a 3.535 (IC95%). Estos resultados indican que los casos de SCA aumentarán en la Región de Murcia en las próximas décadas.

Además, según el estudio de Abu-Assi et al. de 2016 aproximadamente 1 de cada 4 pacientes que abandonan el hospital tras sobrevivir a un SCA presentará un IAM, ictus o muerte cardiovascular en los 5 años siguientes siendo el primer año especialmente alto (25).

El aumento de los casos de SCA tendrá repercusiones importantes en los costes económicos. Gran parte del coste asociado a los SCA se debe a las estancias en el hospital, sobre todo unidades de cuidados intensivos y unidades coronarias, y la revascularización (24). El coste medio por paciente en España se estimó en 14.069 euros anuales (26).

La adherencia al tratamiento y la calidad de vida percibida tras un SCA juegan un papel importante en la vida diaria de los pacientes.

La adherencia terapéutica fue definida por la OMS en el año 2003 como “el grado en que el comportamiento de una persona, -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Supone un problema a nivel mundial ya que la tasa de adherencia en países desarrollados está en torno al 50% en pacientes crónicos. Esta tendencia va en aumento y es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los tratamientos pueden proporcionar (27). Esta falta de adherencia puede deberse a factores socioeconómicos, relacionados con el sistema sanitario, relacionados con la enfermedad, relacionados con el tratamiento o con el propio paciente (28).

En el ámbito sanitario cada vez se da mayor importancia al concepto calidad de vida relacionada con la salud, ya que nos permite conocer el impacto de las patologías y tratamientos en la vida del paciente, en su percepción, satisfacción y bienestar, mejorando la relación profesional-paciente e influyendo en la adherencia terapéutica (29).

Bibliografía más relevante

Bejarano JML, Cuixart CB. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. Atención primaria. 2011;43(12):668-677.

La medición del riesgo cardiovascular facilita la toma de decisiones en la práctica clínica. El objetivo debe ser reducir la probabilidad de presentar una enfermedad cardiovascular en el futuro, así como la pérdida de calidad de vida, discapacidad y mortalidad asociadas.

Este artículo pretende detectar los FRCV presentes en el individuo y alcanzar los objetivos terapéuticos recomendados de cada uno de los presentes. Una vez evaluado el riesgo individual, adoptar medidas preventivas que incluyan intervenciones dirigidas a la modificación del estilo de vida y la adquisición de hábitos saludables y medidas farmacológicas en los casos indicados.

Dégano IR, Elosua R, Marrugat J. Epidemiología del síndrome coronario agudo en España: estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. Revista Española de Cardiología. 2013;66(6):472-481.

El síndrome coronario agudo es una de las principales causas de morbi-mortalidad y coste sanitario en España. Los objetivos de dicho estudio son estimar el número de casos de SCA en España en 2013 y 2021, así como la tendencia en 2005-2049.

Según este estudio, se estima que el número de casos de SCA en España aumentará en los próximos 35-40 años cuando la población de edad ≥ 75 años alcance un 24% del total de la población española al llegar al año 2049.

Así concluyen que se deberá aplicar medidas para reducir estas cifras mediante políticas preventivas diseñando y aplicando políticas centradas en la prevención primaria y dirigidas a toda la población, desde niños a ancianos.

Sharma KK, Gupta R, Mathur M, Natani V, Lodha S, Roy S, et al. Non-physician health workers for improving adherence to medications and healthy lifestyle following acute coronary syndrome: 24-month follow-up study. Indian Heart J 2016;68(6):832-840.

Este ensayo clínico aleatorio evalúa la utilidad de una intervención educativa realizada por trabajadores de salud no médicos (NPHW, por sus siglas en inglés), incluidas enfermeras, para mejorar la adherencia a los medicamentos y los estilos de vida tras SCA. Se asignaron al azar a 100 pacientes tras el alta hospitalaria después del SCA: 50 pacientes en grupo de intervención y 50 en la atención estándar. La intervención duró 12 meses, con seguimiento pasivo de otros 12. Se evaluó la adherencia de ambos grupos mediante un cuestionario estandarizado. A los 12 y 24 meses, respectivamente, en el grupo intervención versus grupo control la adherencia (> 80%) fue: anti plaquetarios 92,0% vs 77,1% y 83,3% vs 40,9%, β bloqueantes 97,2% vs 90,3% y 84,8% vs 45,0% Bloqueantes RAS 95,1% vs 82,3% y 89,5% vs 46,1%, y estatinas 94,0% vs 70,8% y 87,5% frente a 29,5%; Las tasas de tabaquismo fueron de 0,0% vs 12,5% y 4,2% vs 20,5%, la actividad física regular 96,0% vs 50,0%, y 37,5% vs 34,1%, y la dieta saludable puntuación 5,0 vs 3,0 y 4,0 vs 2,0 ($p < 0,01$ para todos). El grupo intervención versus grupo estándar a los 12 meses tuvo significativamente menor PA sistólica media, frecuencia cardíaca, índice de masa corporal, relación cintura/cadera, colesterol total, triglicéridos y colesterol LDL ($p < 0,01$).

Así se concluye que la intervención educativa dirigida por NPHW durante 12 meses mejoró la adherencia a los tratamientos y a estilos de vida saludables.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el impacto de una intervención educativa grupal, programada y sistematizada en pacientes diagnosticados de Síndrome Coronario Agudo

(SCA), en el ámbito de la Atención Primaria, en la disminución de los factores de riesgo cardiovascular, en la mejora de la calidad de vida percibida y en el aumento de la adherencia al tratamiento farmacológico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar una disminución del riesgo cardiovascular de los pacientes utilizando la tabla de riesgo SCORE.
- Describir una mejora de la calidad de vida percibida a través del cuestionario específico MacNew Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire (MacNew QLMI).
- Determinar un aumento en el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes mediante el Test de Morisky-Green.

3. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Los resultados del presente estudio nos permitirán identificar las necesidades de atención del paciente con Síndrome Coronario Agudo en el ámbito de la Atención Primaria e intensificar el control de los FRCV presentes, actuando en colaboración con los profesionales de Enfermería, para intervenir desde los estadios más iniciales. Además, puede contribuir a iniciar actividades de prevención para evitar la aparición de nuevos eventos ya que se sabe que aproximadamente 1 de cada 4 pacientes que abandonan el hospital tras sobrevivir a un SCA presentará un IAM, ictus o muerte cardiovascular en los 5 años siguientes. El riesgo de presentar uno de estos eventos es especialmente alto en el primer año (34,8%) (31).

4. DISEÑO Y MÉTODOS

a) Diseño y tipo de estudio: Estudio analítico experimental: ensayo clínico controlado aleatorizado.

b) Población de estudio: Pacientes con diagnóstico de SCA (infarto agudo de miocardio, cardiopatía isquémica, angor, cardiopatía isquémica con angina) usuarios del Centro de Salud de La Unión (Área de Salud II Cartagena), mayores de 18 años de edad, con registro en la historia clínica informática de Atención Primaria OMI-AP del episodio CIAP K74 y/o K75.

Según la información obtenida del Centro Regional de Estadística de Murcia, en el año 2015, la incidencia de SCA en el Área de Salud II (Cartagena) ascendió a 482 casos. Teniendo en cuenta la población del municipio de La Unión, se podría estimar una incidencia de 33 casos de SCA para ese año y asumiendo que la expectativa de vida promedio de los pacientes con SCA está en torno a 7 años (26), podemos estimar que en los últimos siete años se han producido 231 casos de SCA en el municipio de La Unión.

Muestra: El tamaño muestral se ha calculado para garantizar la viabilidad del proyecto y poder realizar inferencia de los resultados a la población de estudio. Para ello, con un intervalo de confianza del 95% y un error máximo admitido del 5%, la población susceptible resultante es de 144 sujetos. Este número se incrementará en un 10% en previsión de las posibles pérdidas/errores de registro durante el estudio, resultando así un tamaño muestral de 158 sujetos.

Criterios de inclusión:

- Haber sufrido el SCA en los últimos siete años
- Aceptación de participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado (Anexo I).
- Comprender y hablar el idioma castellano.

Criterios de exclusión:

- No poder desplazarse al Centro de Salud por inmovilidad, estar hospitalizado o ser paciente terminal.

c) Método de recogida de datos

Mediante el programa informático SPSS se realizará un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple para la selección de los pacientes. Los pacientes incluidos en el estudio serán citados, vía telefónica y de forma individual, en el Centro de Salud de La Unión para una consulta programada de Enfermería. En esta primera visita se le informará al paciente de los objetivos del proyecto de investigación y se solicitará su colaboración. Una vez firmado el consentimiento informado y cumpliendo los criterios de inclusión, se procederá a cumplimentar el cuestionario de calidad de vida percibida (Anexo II) (30), el Test de Morisky-

Green de adherencia al tratamiento (Anexo III) (31) y se calculará el riesgo cardiovascular según la tabla SCORE (Anexo IV) (23), incluida en la Historia Clínica Informatizada en Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud. Para calcular dicho riesgo se tomará la TA en el momento de la entrevista y se obtendrán el resto de datos necesarios (cifras de colesterol total, sexo, edad y hábito tabáquico) de la historia clínica del paciente. Todo ello se registrará en la hoja de recogida de datos (Anexo V).

El total de pacientes se asignarán aleatoriamente, mediante el programa informático SPSS, al grupo intervención, que recibirá las sesiones de EpS programadas, y el grupo control, que seguirá su control de seguimiento habitual. Los pacientes asignados al grupo intervención se distribuirán en 5 grupos de 15-16 personas cada uno.

d) Variables:

Variables independientes

- Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica, definida como masculino (M) o femenino (F).
- Edad: variable cuantitativa continua, medida en años.
- Talla: variable cuantitativa continua, medida en centímetros.
- Años de evolución de enfermedad: variable cuantitativa continua, medida en años.
- Nivel de estudios: variable cualitativa ordinal definida como: estudios primarios (1), bachillerato (2), estudios grado medio (3) o estudios universitarios o de grado superior (4).
- Peso: variable cuantitativa continua, medida en kilogramos.
- IMC: variable cuantitativa continua, expresada en kg/m².
- PC (perímetro de cintura): variable cuantitativa continua, medida en centímetros.
- Antecedentes cardiovasculares: variable cualitativa dicotómica definida como Sí (1) o No (2).
- Fumador: variable cualitativa definida como Sí (1), No (2) o exfumador (3).
- Colesterol total: variable cuantitativa continua, medida en mg/dl.
- LDL Colesterol: variable cuantitativa continua, medida en mg/dl.

- HDL Colesterol: variable cuantitativa continua, medida en mg/dl.
- Triglicéridos: variable cuantitativa continua, medida en mg/dl.
- Glucosa: variable cuantitativa continua, medida en mg/dl.
- Presión arterial sistólica (PAS): variable cuantitativa continua, medida en mmHg.
- Presión arterial diastólica (PAD): variable cuantitativa continua, medida en mmHg.

Variables dependientes:

- Calidad de vida: variable cualitativa ordinal medida mediante el cuestionario de calidad de vida postinfarto MacNew QLMI que consta de 27 ítems en los que se evalúan síntomas, limitaciones, confianza, nivel de autoestima y emociones.
- Riesgo cardiovascular: variable cuantitativa continua medida en porcentaje (%) mediante la tabla de riesgo SCORE.
- Test de adherencia al tratamiento de Morisky-Green: variable cualitativa dicotómica definida como Sí (1) o No (2). Consta de 4 ítems.

e) Descripción de la intervención

La intervención educativa constará de 3 sesiones de 60 minutos de duración cada una, impartidas en el Centro de Salud de La Unión (Murcia). Las sesiones teórico-prácticas tendrán una periodicidad semanal. En cada una de ellas se dejará un tiempo de 10 minutos al final para ruegos y preguntas y se entregará un resumen por escrito para apoyar la información más importante dada en cada sesión. Los contenidos serán los siguientes:

- Primera sesión: “Sobre la Enfermedad Cardiovascular”. Comenzará con la presentación de los contenidos a tratar en el programa. Explicaremos el concepto de enfermedad cardiovascular, las causas más frecuentes, la clínica que presenta y los posibles tratamientos.
- Segunda sesión: “Factores de Riesgo Cardiovascular”. Se describirán los FRCV incidiendo en los factores modificables, cómo actuar para controlarlos y alcanzar los objetivos terapéuticos deseados.

- Tercera sesión: “Mejora de calidad de vida percibida y adherencia al tratamiento”. Hablaremos sobre cómo detectar necesidades en los ámbitos emocionales, físicos y sociales y cómo actuar frente a estas situaciones y sobre la importancia de la adherencia terapéutica y cómo mejorarla.

f) Descripción del seguimiento de los pacientes

A los tres y seis meses y al año de haber finalizado la intervención educativa, los pacientes, tanto del grupo de intervención como del grupo control, se citarán en una consulta programada de enfermería para cumplimentar de nuevo los cuestionarios y registrar las variables.

g) Estrategia de análisis estadístico

Los datos obtenidos serán procesados mediante el programa estadístico SPSS v22.0. Se realizará un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para todas las variables. Las mediciones cuantitativas se resumirán en valores centrales (media, mediana) y desviación estándar, acompañados del rango o amplitud.

En función de las variables a comparar se utilizará el test chi-cuadrado con variables cualitativas y el test t-student con variables de distribución normal. Para valorar la asociación entre las distintas variables se establece como riesgos relativos ajustados a sus intervalos de confianza al 95%. Se considerará un valor $p < 0,05$ bilateral para determinar la significación estadística.

h) Estrategia y descripción de la búsqueda bibliográfica

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scielo, Cuiden, Sciencedirect y Web of Science utilizando los descriptores: Síndrome coronario agudo (Acute coronary syndrome), Enfermedades cardiovasculares (Cardiovascular diseases), Factores de riesgo (Risk factors), Calidad de Vida (Quality of Life), Adherencia al tratamiento (Medication adherence), Atención Primaria de Salud (Primary Health Care) y Educación en Salud (Health Education), todos ellos indexados en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), combinándolos mediante operadores booleanos

(AND y OR). También, se ha consultado sumarios de evidencia (Preevid). Del total de artículos se han seleccionado 29 referencias bibliográficas.

5. CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO

El presente proyecto de investigación se iniciará en octubre de 2017 y finalizará en noviembre de 2019 estructurándose en seis fases: primera fase de 3 meses de duración que comprende desde octubre de 2017 a diciembre del mismo año; segunda fase de 3 meses de duración que comprende de enero de 2018 a marzo del mismo año; tercera fase de 1 mes de duración que compete al mes de abril de 2018; cuarta fase de 2 meses de duración que se realizará pasados tres meses de la intervención por lo que se realizará entre los meses de agosto y septiembre de 2018; quinta fase de 2 meses de duración que se realizará pasados 6 meses de la intervención comprendiendo los meses de enero y febrero de 2019; y la sexta y última fase que durará 3 meses y que se realizará pasados 12 meses de la intervención, comprendiendo los meses de septiembre a noviembre de 2019 (Anexo VI).

6. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

Las posibles limitaciones y sesgos del estudio, podrían ser los siguientes:

- Negativa por parte de las personas a participar en el estudio o abandono del mismo una vez haya comenzado.
- Efecto Hawthorne, ya que los participantes sabrán en todo momento que están participando en un estudio de investigación, puesto que firmarán previamente un consentimiento informado.
- Validez externa de los resultados. Al realizarse el presente proyecto en un único Centro de Salud y no ser multicéntrico.

7. PROBLEMAS ÉTICOS

Este proyecto de investigación se rige según lo establecido en la Ley 14/1986 General de Sanidad, en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y en la Ley de Protección de Datos 41/2002 del 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Así se

garantiza la confidencialidad, anonimato y autonomía de las personas que han dado su consentimiento de participar en el estudio pudiendo revocar dicha decisión en cualquier momento.

Antes de la puesta en marcha del proyecto de investigación, se solicitará la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Complejo Hospitalario del Área de Salud II de Cartagena. Posteriormente, se presentará y se solicitará el aval de la Gerencia del Área de Salud II de Cartagena, para el desarrollo del mismo, y se hará extensiva esta presentación al equipo del Centro de Salud de la Unión, así como la solicitud verbal de su colaboración.

8. PLAN DE EJECUCIÓN

Primera fase: duración aproximada 3 meses.

- Búsqueda bibliográfica, localización de evidencias y lectura crítica.
- Solicitud de aceptación del proyecto por parte del CEIC del Área de Salud II de Cartagena.
- Solicitud del aval a la Gerencia del Área de Salud II.
- Solicitud de colaboración de los profesionales del Centro De Salud de La Unión.
- Búsqueda de recursos económicos para financiar el proyecto.

Segunda fase: duración estimada 3 meses.

- Captación de pacientes, explicación del proyecto y firma del consentimiento informado.
- Cumplimentación de los cuestionarios y registro de las variables.
- Asignación de los pacientes al grupo de intervención.

Tercera fase: duración aproximada 1 mes.

- Realización de las sesiones de educación.

Cuarta fase: a los tres meses de la intervención educativa, duración aproximada 2 meses.

- Cumplimentación de los cuestionarios y registro de las variables.

Quinta fase: a los seis meses de la intervención educativa duración estimada 2 meses.

- Cumplimentación de los cuestionarios y registro de las variables.

Sexta fase: a los doce meses de la intervención educativa, duración estimada 3 meses.

- Cumplimentación de los cuestionarios y registro de las variables Análisis de los resultados.
- Elaboración de la discusión y conclusiones.
- Entrega de una memoria del estudio realizado a la CEIC para proceder a su revisión y constatar que no se ha vulnerado ningún consentimiento.
- Divulgación de los resultados obtenidos.

9. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

Para el desarrollo de este estudio necesitaremos la ayuda de diferentes grupos de trabajo.

En la fase de captación podremos contar con la colaboración tanto del equipo médico como del equipo de enfermeras que quieran colaborar en la obtención de la muestra. Para citar a los pacientes se contará con la ayuda del personal de administración y, tanto para la toma de variables como para rellenar los cuestionarios, necesitaremos la ayuda del equipo de enfermería, al menos 2 enfermeras. De igual forma, para la intervención educativa contaremos con dos enfermeras por sesión y grupo. El número total de personal dependerá del nivel de colaboración del personal del Centro.

Las sesiones educativas se realizarán en la biblioteca del Centro de Salud, con capacidad para 20 personas, ordenador con paquete Office 2010 y proyector

para la visualización de las presentaciones que se realizará en formato Power Point.

10. PRESUPUESTO

Para la puesta en marcha y desarrollo del presente proyecto de investigación, estimamos como necesarios los siguientes recursos económicos:

RECURSOS HUMANOS	
Personal sanitario del CS La Unión a tiempo completo	0 €
Personal de administración del CS La Unión.	0 €
Estadístico a tiempo parcial (30 h.).	300 €
Traductor de los resultados obtenidos en revistas sanitarias especializadas.	240 €
RECURSOS MATERIALES	
MATERIAL FUNGIBLE: tóner para la impresora, material de oficina (folios, bolígrafos), analíticas.	150 €
MATERIAL INVENTARIABLE: ordenador, impresora, esfigmomanómetro.	200 €
OTROS RECURSOS	
Gastos de desplazamiento y dietas.	200 €
TOTAL PRESUPUESTO	1090 €

Los profesionales del CS La Unión participarán en el programa durante su jornada laboral habitual, por lo que no supondrán un coste adicional. Asimismo, los controles analíticos y el material inventariable serán cedidos por el CS La Unión.

11. BIBLIOGRAFÍA

(1) Ruiz JS. Epidemiología de la enfermedad cardiovascular: Control global del riesgo cardiometabólico. : Ediciones Díaz de Santos; 2012.

(2) Bertomeu V, Castillo-Castillo J. Situación de la enfermedad cardiovascular en España. Del riesgo a la enfermedad. Revista española de cardiología suplementos 2008;8(5):2E-9E.

- (3) Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2015. 2017; Available at: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175. Accessed mayo/2017.
- (4) Estadísticas Básicas de Mortalidad (EBM) de la Región de Murcia publicadas por el Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM). Available at: http://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU_mortalidadBasica/sec0.html. Accessed julio/2017.
- (5) López De la Iglesia J, Fernández Cordero S, López Filloy M. Cardiopatía isquémica. (Spanish). AMF 2015 11;(11):606-618.
- (6) Segura de la Cal T, Carbonel San Román A, Zamorano Gómez JL. Síndrome coronario agudo. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado 2013;11(37):2233-2239.
- (7) Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP,3rd, Guyton RA, et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2014 Jun 10;129(23):e521-643.
- (8) Barba Evia JR. Síndrome coronario agudo: Marcadores de lesión miocárdica. Revista Latinoamericana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio 2007;54(3):116-135.
- (9) Bejarano JML, Cuixart CB. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. Atención primaria 2011;43(12):668-677.
- (10) Task Force Members, Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2013 Oct;34(38):2949-3003.

- (11) Vega Abascal J, Guimar Mosqueda M, Vega Abascal L. Riesgo cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2011;27(1):91-97.
- (12) Colugnati FAB, Paiva EPd, Costa, Darclia Maria Nagen da, Paula RBd, Paula EAd. Cardiovascular risk assessment in hypertensive patients. *Rev Lat Am* 2013:820-827.
- (13) Reichl D, Miller NE. Pathophysiology of reverse cholesterol transport. Insights from inherited disorders of lipoprotein metabolism. *Arteriosclerosis* 1989 Nov-Dec;9(6):785-797.
- (14) Miller G, Miller N. Plasma-high-density-lipoprotein concentration and development of ischaemic heart-disease. *The lancet* 1975;305(7897):16-19.
- (15) World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO consultation. Part 1, Diagnosis and classification of diabetes mellitus. 1999.
- (16) Powers AC. Diabetes Mellitus: diagnóstico, clasificación y fisiopatologa. In: Kasper DL, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, editors. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. 19th ed.: McGraw Hill; 2015.
- (17) Triplitt C, Solis-Herrera C, Reasner C, DeFronzo RA, Cersosimo E. Classification of Diabetes Mellitus. In: De Groot LJ, Chrousos G, Dungan K, Feingold KR, Grossman A, Hershman JM, et al, editors. *Endotext* South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc; 2000.
- (18) Moreno GM. Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2012;23(2):124-128.
- (19) Ferrer Arrocha M, Rodríguez Fernández C, González Pedroso MT, Díaz Dehesa MB, Nnuez García M. Obesidad, hipertensión y tabaquismo:: señales ateroscleróticas tempranas en adolescentes de la secundaria básica" Guido Fuentes". *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* 2009;28(2):0-0.

(20) Streppel MT, Boshuizen HC, Ocke MC, Kok FJ, Kromhout D. Mortality and life expectancy in relation to long-term cigarette, cigar and pipe smoking: the Zutphen Study. *Tob Control* 2007 Apr;16(2):107-113.

(21) Brotons C, Royo-Bordonada MA, Álvarez-Sala L, Armario P, Artigao R, Conthe P, et al. Adaptación española de la guía europea de prevención cardiovascular. *Hipertensión y Riesgo Vascular* 2004;21(8):403-405.

(22) Gómez-Vaquero C, Corrales A, Zacarías A, Rueda-Gotor J, Blanco R, González-Juanatey C, et al. SCORE and REGICOR function charts underestimate the cardiovascular risk in Spanish patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis research & therapy* 2013;15(4):R91.

(23) Sans S, Fitzgerald AP, Royo D, Conroy R, Graham I. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. *Revista española de cardiología* 2007;60(5):476-485.

(24) Dégano IR, Elosua R, Marrugat J. Epidemiología del síndrome coronario agudo en España: estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. *Revista Española de Cardiología* 2013;66(6):472-481.

(25) Abu-Assi E, López-López A, González-Salvado V, Redondo-Diéguez A, Peña-Gil C, Bouzas-Cruz N, et al. El riesgo de eventos cardiovasculares tras un evento coronario agudo persiste elevado a pesar de la revascularización, especialmente durante el primer año. *Revista Española de Cardiología* 2016;69(1):11-18.

(26) Fernández-de-Bobadilla J, López-de-Sá E. Carga económica y social de la enfermedad coronaria. *Revista española de cardiología suplementos* 2013;13:42-47.

(27) World Health Organization. Adherence to long therapies: evidence for action. 2003

(28) Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009; 41(6): 342-348.

(29) Madrigal de Torres M, Velandrino Nicolás A, Ruzafa Martínez M. Evaluación de estudios de calidad de vida relacionada con la salud. 2007. Available at: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136636-capitulo_17.pdf Accessed Julio/2017

(30) Cuixart CB, Solé AR, Miralda GP, Castelló PC, Peláez IM, Sopena JP, et al. Adaptación del cuestionario de calidad de vida postinfarto MacNew OLMÍ para su uso en la población española. *Medicina clínica* 2000;115(20):768-771.

(31) Nogués Solán, X., Sorli Redó, M. L., & Villar García, J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de medicina interna*; 2007; 24(3):138-141.



ANEXO I

INFORMACIÓN PARA EL ENCUESTADO

D./Dña. _____, mayor de edad, con
DNI nº _____ y como paciente atendido en

DECLARO QUE:

Que D./Dña. _____, con nº Colegiado/a: _____, como Enfermera/o de _____, me informa de la posibilidad de formar parte del Trabajo de Investigación “Impacto de una intervención educativa grupal en pacientes con Síndrome Coronario Agudo en Atención Primaria” y, en una entrevista clínica, se me ha informado del tipo y contenido del trabajo, su fundamento científico, de los objetivos y beneficios que puedo obtener.

Que comprendo y acepto que durante el desarrollo del mismo pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión o variación del programa original.

Que soy consciente de la voluntariedad de mi participación.

Que al firmar este documento reconozco que he leído o que me ha sido leído y explicado, en un lenguaje claro y sencillo, y que comprendo perfectamente su contenido.

Que se me han dado amplias oportunidades de formular todas las preguntas y aclarar dudas que me han surgido, y que todas han sido respondidas o explicadas de forma satisfactoria.

Por ello manifiesto mi satisfacción con la información recibida y que comprendo los compromisos adquiridos. Y en tales condiciones:

CONSIENTO

En aceptar e iniciar mi participación en el Trabajo que se indica, sabiendo que puedo abandonar en el momento que lo desee, sin tener que dar explicación alguna.

Cartagena, a _____ de _____ de 20_____

Fdo.:El/la Enfermero

Fdo.: El/la Paciente.

REVOCACIÓN

D./Dña. _____, mayor de edad, con
DNI nº _____ y como paciente atendido en

Revoco el Consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo continuar con la participación, que doy por finalizada en el día de hoy.

Cartagena, a _____ de _____ de 20_____

Fdo.:El/la Enfermero

Fdo.: El/la Paciente

ANEXO II

MacNew CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA TRAS INFARTO DE MIOCARDIO (MacNew QLMI)

Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre cómo se ha estado sintiendo DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS.

Marque la casilla que corresponda a su respuesta

1. En general, ¿cuánto tiempo en las últimas 2 semanas, se ha sentido frustrado, impaciente o enojado?

- 1 SIEMPRE
- 2 LA MAYORÍA DE VECES
- 3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 POCAS VECES
- 6 CASI NUNCA
- 7 NUNCA

2. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, se ha sentido inútil o inadecuado?

- 1 SIEMPRE
- 2 LA MAYORÍA DE VECES
- 3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 POCAS VECES
- 6 CASI NUNCA
- 7 NUNCA

3. En las últimas 2 semanas, ¿cuánto tiempo te sentiste muy confiado y seguro de que podrías lidiar con tu problema cardíaco?

- 1 NUNCA
- 2 CASI NUNCA
- 3 POCAS VECES
- 4 ALGUNA VEZ

- 5 GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 6 LA MAYORÍA DE VECES
- 7 SIEMPRE

4. En general, ¿cuánto tiempo se sintió usted desanimado o deprimido durante las últimas 2 semanas?

- 1 SIEMPRE
- 2 LA MAYORÍA DE VECES
- 3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 POCAS VECES
- 6 CASI NUNCA
- 7 NUNCA

5. ¿Cuánto tiempo, durante las últimas 2 semanas, se sintió relajado y libre de tensión?

- 1 NUNCA
- 2 CASI NUNCA
- 3 POCAS VECES
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 6 LA MAYORÍA DE VECES
- 7 SIEMPRE

6. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, se ha sentido cansado o bajo de energía?

- 1 SIEMPRE
- 2 LA MAYORÍA DE VECES
- 3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 POCAS VECES
- 6 CASI NUNCA
- 7 NUNCA

7. ¿Cuán feliz, satisfecho o alegre ha estado con su vida personal durante las últimas 2 semanas?

- 1 MUY INSATISFECHO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
- 2 GENERALMENTE INSATISFECHO
- 3 ALGO DESCONTENTO
- 4 GENERALMENTE SATISFECHO, AGRADECIDO
- 5 FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
- 6 MUY FELIZ LA MAYORÍA DEL TIEMPO
- 7 EXTREMADAMENTE FELIZ, NO PODRÍA HABER ESTADO MÁS SATISFECHO

8. En general, ¿con qué frecuencia durante las últimas 2 semanas, se ha sentido inquieto, o como si estuviera teniendo dificultad para tratar de calmarse?

- 1 SIEMPRE
- 2 LA MAYORÍA DE VECES
- 3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 POCAS VECES
- 6 CASI NUNCA
- 7 NUNCA

9. ¿Cuánta falta de aliento ha experimentado durante las últimas 2 semanas mientras realizaba sus actividades físicas de hoy día?

- 1 EXTREMA FALTA DE LA RESPIRACIÓN
- 2 MUCHA FALTA DE LA RESPIRACIÓN
- 3 BASTANTE FALTA DE LA RESPIRACIÓN
- 4 MODERADA FALTA DE LA RESPIRACIÓN
- 5 ALGUNA FALTA DE LA RESPIRACIÓN
- 6 BREVE FALTA DE LA RESPIRACIÓN
- 7 NINGUNA FALTA DE LA RESPIRACIÓN

10. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, se ha sentido lloroso o con llanto?

- 1 SIEMPRE
- 2 LA MAYORÍA DE VECES
- 3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 POCAS VECES
- 6 CASI NUNCA
- 7 NUNCA

11. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, se ha sentido como si fuera más dependiente de lo que estaba antes de su problema cardíaco?

- 1 SIEMPRE
- 2 LA MAYORÍA DE VECES
- 3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 POCAS VECES
- 6 CASI NUNCA
- 7 NUNCA

12. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, ha sentido que no pudo realizar sus actividades sociales habituales o actividades sociales con su familia?

- 1 SIEMPRE
- 2 LA MAYORÍA DE VECES
- 3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 POCAS VECES
- 6 CASI NUNCA
- 7 NUNCA

13. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, se ha sentido como si los demás ya no tienen la misma confianza en usted como lo hicieron antes de su problema de corazón?

- 1 SIEMPRE

- 2 LA MAYORÍA DE VECES
- 3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 POCAS VECES
- 6 CASI NUNCA
- 7 NUNCA

14. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, ha experimentado dolor en el pecho mientras hacía sus actividades cotidianas?

- 1 SIEMPRE
- 2 LA MAYORÍA DE VECES
- 3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 POCAS VECES
- 6 CASI NUNCA
- 7 NUNCA

15. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, se ha sentido inseguro de sí mismo o carente de confianza en sí mismo?

- 1 SIEMPRE
- 2 LA MAYORÍA DE VECES
- 3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 POCAS VECES
- 6 CASI NUNCA
- 7 NUNCA

16. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, le han molestado las piernas doloridas o cansadas?

- 1 SIEMPRE
- 2 LA MAYORÍA DE VECES
- 3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 POCAS VECES

6 CASI NUNCA

7 NUNCA

17. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuánto ha estado limitado en hacer deportes o hacer ejercicio como resultado de su problema cardíaco?

1 EXTREMADAMENTE LIMITADO

2 MUY LIMITADO

3 BASTANTE LIMITADO

4 MODERADAMENTE LIMITADO

5 ALGO LIMITADO

6 UN POCO LIMITADO

7 NO LIMITADO PARA NADA

18. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, se ha sentido aprensivo o asustado?

1 SIEMPRE

2 LA MAYORÍA DE VECES

3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO

4 ALGUNA VEZ

5 POCAS VECES

6 CASI NUNCA

7 NUNCA

19. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, se ha sentido con vértigo o mareado?

1 SIEMPRE

2 LA MAYORÍA DE VECES

3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO

4 ALGUNA VEZ

5 POCAS VECES

6 CASI NUNCA

7 NUNCA

20. En general, durante las últimas 2 semanas, ¿cuánto ha sido restringido o limitado como resultado de su problema cardíaco?

- 1 EXTREMADAMENTE LIMITADO
- 2 MUY LIMITADO
- 3 BASTANTE LIMITADO
- 4 MODERADAMENTE LIMITADO
- 5 ALGO LIMITADO
- 6 UN POCO LIMITADO
- 7 NO LIMITADO PARA NADA

21. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, no se ha sentido seguro de cuánto ejercicio o actividad física debe estar haciendo?

- 1 SIEMPRE
- 2 LA MAYORÍA DE VECES
- 3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 POCAS VECES
- 6 CASI NUNCA
- 7 NUNCA

22. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, se ha sentido como si su familia fuera excesivamente protectora hacia usted?

- 1 SIEMPRE
- 2 LA MAYORÍA DE VECES
- 3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 POCAS VECES
- 6 CASI NUNCA
- 7 NUNCA

23. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, se ha sentido como si usted fuera una carga para los demás?

- 1 SIEMPRE
- 2 LA MAYORÍA DE VECES

- 3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 POCAS VECES
- 6 CASI NUNCA
- 7 NUNCA

24. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, se ha sentido excluído de hacer las cosas con otras personas debido a su problema cardíaco?

- 1 SIEMPRE
- 2 LA MAYORÍA DE VECES
- 3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 POCAS VECES
- 6 CASI NUNCA
- 7 NUNCA

25. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, se ha sentido incapaz de socializar debido a su problema cardíaco?

- 1 SIEMPRE
- 2 LA MAYORÍA DE VECES
- 3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 4 ALGUNA VEZ
- 5 POCAS VECES
- 6 CASI NUNCA
- 7 NUNCA

26. En general, durante las últimas 2 semanas, ¿cuánto ha sido físicamente restringido o limitado como resultado de su problema cardíaco?

- 1 EXTREMADAMENTE LIMITADO
- 2 MUY LIMITADO
- 3 BASTANTE LIMITADO
- 4 MODERADAMENTE LIMITADO
- 5 ALGO LIMITADO

6 UN POCO LIMITADO

7 NO LIMITADO PARA NADA

27. ¿Con qué frecuencia, durante las últimas 2 semanas, ha sentido que su problema cardíaco se ha limitado o ha interferido con las relaciones sexuales?

0 NO APLICABLE

1 SIEMPRE

2 LA MAYORÍA DE VECES

3 UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO

4 ALGUNA VEZ

5 POCAS VECES

6 CASI NUNCA

7 NUNCA

El cuestionario MacNew QLMI consta de 27 preguntas sobre calidad de vida relacionada con la salud en las tres principales dimensiones de la salud: emocional, física y social. Las preguntas se responden mediante una escala de Likert con 7 opciones de respuesta desde 1, que representa la peor situación, hasta 7, que representa la mejor.

Dominio emocional: preguntas número 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 18 y 23.

Dominio físico: preguntas número 1, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 26 y 27.

Dominio social: preguntas número 2, 11, 12, 13, 15, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25 y 26.

1. La puntuación máxima posible en cualquier dominio es 7 y el mínimo es 1.
2. La puntuación emocional se calcula como el promedio de las 14 respuestas que contribuyen al dominio emocional, la puntuación física es el promedio de 14 respuestas y el índice social es el promedio de 13 respuestas.

3. Las preguntas no contestadas no contribuyen a la puntuación. Por ejemplo, si sólo 10 de las 14 preguntas de ese dominio son las que se contestan, la puntuación es el promedio de 10 respuestas.
5. Si se desea, se puede calcular una puntuación global como el promedio de todos los elementos.
6. El punto 27 puede ser excluido.



ANEXO III

TEST MORISKY-GREEN

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?

a. Si

b. No

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

a. Si

b. No

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?

a. Si

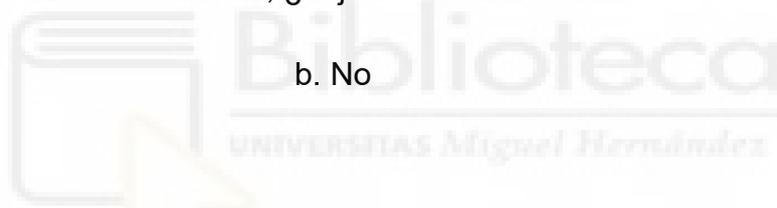
b. No

4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

a. Si

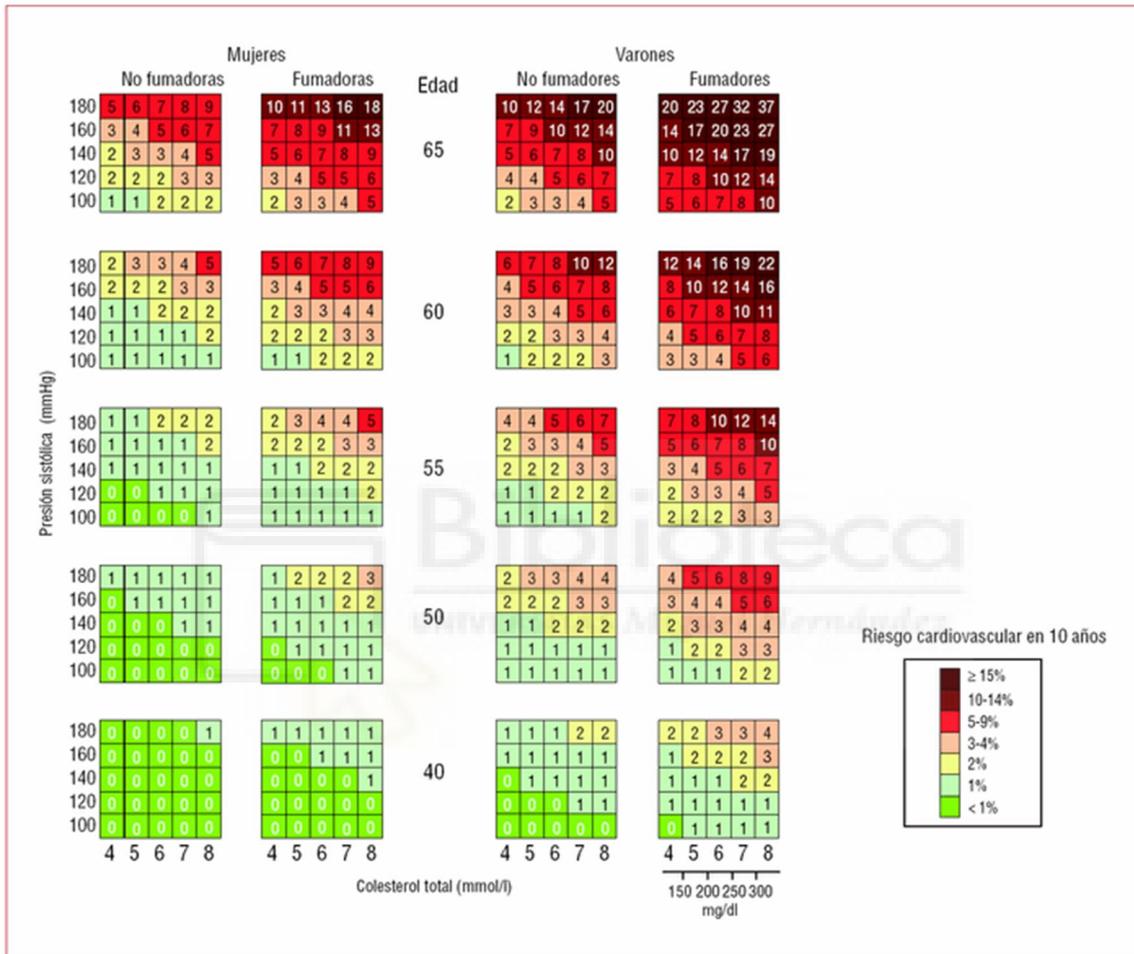
b. No

Se consideran pacientes que cumplan el tratamiento a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y no cumplidores a quienes contestan SÍ a uno o más.



ANEXO IV. SCORE – España

Riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular (ECV) en poblaciones con riesgo bajo de ECV según edad, sexo, tabaquismo, presión arterial sistólica y colesterol total.



Fuente: Sans S, Fitzgerald AP, Royo D, Conroy R, Graham I. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. Revista española de cardiología 2007;60(5):476-

INSTRUCCIONES PARA UTILIZAR LA TABLA

- Las tablas de bajo riesgo se deben utilizar en Bélgica, Francia, Grecia, Italia, Luxemburgo, España, Suiza y Portugal; las tablas de alto riesgo deben utilizarse en el resto de países de Europa.
- Para estimar el riesgo de muerte cardiovascular que tiene una persona a lo largo de 10 años, busque la parte de la tabla que corresponde a su sexo, edad y hábito tabáquico. A continuación, localice la celda de la tabla más próxima a la presión arterial sistólica (mmHg) de la persona y su colesterol total (mmol/l o mg/dl).
- El efecto de la exposición a los factores de riesgo a lo largo de la vida puede apreciarse siguiendo por la tabla hacia arriba. Esto puede utilizarse al aconsejar a personas jóvenes.
- A los individuos de bajo riesgo se les debe ofrecer consejo para mantener su bajo riesgo. Aquellos con un riesgo 5% o mayor, o aquellos que lo alcancen en la edad media de la vida, deben recibir la máxima atención.
- Para obtener el riesgo relativo de una persona, compare su grado de riesgo con el de un no fumador de la misma edad y sexo, con presión arterial < 140/90 mm Hg y colesterol total < 190 mg/dl (5 mmol/l).
- La tabla puede utilizarse para ilustrar el efecto del control de algún factor de riesgo (por ej., cuando un sujeto deja de fumar) sobre el riesgo cardiovascular.

ANEXO V: HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

DATOS

NHC:

SEXO:

EDAD:

AÑO DEL EVENTO CORONARIO:

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:

NIVEL DE ESTUDIOS:

MEDICIONES:

TALLA:

PESO:

IMC:

PC:

PAS:

PAD:

FUMADOR:

COLESTEROL TOTAL:

TRIGLICÉRIDOS:

HDL colesterol:

LDL colesterol:

GLUCOSA:

TEST CALIDAD DE VIDA:

TEST MORISKY-GREEN:

SCORE- RIESGO CARDIOVASCULAR:

ANEXO VI CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO

ACTIVIDAD	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5	Fase 6
	3 meses	3 meses	1 mes	2 meses	2 meses	3 meses
Búsqueda bibliográfica, localización de evidencias y lectura crítica.						
Solicitud de aceptación del proyecto por parte del CEIC del Área de Salud II de Cartagena						
Solicitud del aval a la Gerencia del Área de Salud II						
Solicitud de colaboración de los profesionales del Centro De Salud de La Unión.						
Búsqueda de recursos económicos para financiar el proyecto						
Captación de pacientes, explicación del proyecto y firma del consentimiento informado						

Cumplimentación de los cuestionarios y registro de las variables						
Asignación de los pacientes al grupo de intervención						
Realización de las sesiones de educación						
Cumplimentación de los cuestionarios tras 3 meses de la intervención						
Repetición de la cuarta fase a los 6 meses tras la intervención						
Cumplimentación de los cuestionarios y registro de las variables tras 12 meses de la intervención educativa						
Análisis de los resultados						
Elaboración de la discusión y conclusiones						

Entrega de una memoria del estudio realizado a la CEIC para proceder a su revisión y constatar que no se ha vulnerado ningún consentimiento						
Divulgación de los resultados obtenidos						

Enfermería

Estadístico

