





Apoyo familiar en la recuperación del paciente con infarto agudo de miocardio

Dr. José H. Párraga Mendoza¹, Dr. Nelson A. Campos Vera¹✉, Dra. Rosa M. Real Cancio²
y Dr.C. Eduardo Rivas Estany³

¹ Universidad Técnica de Manabí. Portoviejo, Manabí, Ecuador.

² Servicio de Endocrinología, Hospital Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

³ Departamento de Prevención y Rehabilitación Cardíaca, Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

Full English text of this article is also available

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 1 de marzo de 2021

Aceptado: 26 de abril de 2021

Online: 30 de agosto de 2021

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Abreviaturas

IAM: infarto agudo de miocardio

RCI: rehabilitación cardíaca integral

RESUMEN

Introducción: El infarto agudo de miocardio (IAM) tiene un gran impacto sobre la salud. Los programas de rehabilitación cardiovascular integral con la estimulación de hábitos de vida cardiosaludables, una alimentación adecuada y la práctica de actividad física regular, unido al apoyo familiar, constituyen pilares importantes en su tratamiento.

Objetivo: Evaluar la influencia del apoyo familiar en el proceso de recuperación del paciente con IAM.

Método: Se realizó un estudio crítico de campo, de tipo transversal observacional, con 88 pacientes diagnosticados de IAM, en el área de emergencias del Hospital General de Portoviejo en la provincia de Manabí, Ecuador.

Resultados: Al consultar a los pacientes, 48,86% declaró recibir apoyo familiar, mientras que el 51,14% manifestó no recibirlo. Se relacionó el apoyo familiar con los factores de la rehabilitación cardíaca en su segunda fase y con la calidad de vida posterior al IAM. La novedad de este trabajo, radica en que por primera vez se plantea un estudio que incorpora a la familia como parte fundamental de la recuperación del paciente con IAM en la provincia de Manabí.

Conclusiones: El apoyo familiar integral cumple un papel fundamental en las fases de recuperación del paciente con IAM, para lograr una mejor adherencia terapéutica y a su nuevo estilo de vida, y evitar así posibles recaídas y complicaciones.

Palabras clave: Infarto de miocardio, Rehabilitación cardíaca, Apoyo familiar

Family support for recovery in patients with acute myocardial infarction

ABSTRACT

Introduction: Acute Myocardial Infarction (AMI) greatly affects health. Comprehensive cardiovascular rehabilitation programs encouraging heart-healthy lifestyle habits, adequate nutrition and regular physical activity, along with family support, are important pillars for their treatment.

Objective: To assess the influence of family support on the recovery of AMI patients.

Method: A critical observational cross-sectional field study was conducted in 88 patients diagnosed with AMI in the emergency area of the Hospital General de Portoviejo in the Manabí province, Ecuador.

Results: When interviewed, 48.86% of patients stated that they received family sup-

✉ NA Campos Vera
Universidad Técnica de Manabí
Av. José María Urbina y Che Guevara. Portoviejo, Manabí, Ecuador.
Correo electrónico:
nelsoncampos2780@gmail.com

Contribución de los autores

JHPM y NACV: Concepción y diseño de la investigación, recolección del dato primario, análisis estadístico, e interpretación y discusión de los resultados.

RMRC: Concepción, diseño y análisis crítico del estudio. Ayuda en la redacción del manuscrito.

ERE: Discusión e interpretación de los resultados, y ayuda en la redacción del manuscrito.

Todos los autores revisaron críticamente el manuscrito y aprobaron el informe final.

port, while 51.14% claimed they did not. Family support was related to cardiac rehabilitation factors in the second phase and to quality of life after AMI. Our work, as a novel approach, reports for the first time a study which includes family as a crucial part in the recovery of AMI patients in Manabí province.

Conclusions: Comprehensive family support plays a key role in the recovery phases of AMI patients as it contributes to better adherence to treatment and their new lifestyle, thus avoiding possible relapses and complications.

Keywords: Myocardial infarction, Cardiac rehabilitation, Family support

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardíacas, en especial el infarto agudo de miocardio (IAM), comprenden un grupo de dolencias que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, las cuales pueden ser diferentes en su etiología, manifestaciones clínicas e impacto sobre la salud¹.

El IAM tiene un sustrato genético, pero son los factores ambientales, principalmente una dieta menos saludable y una disminución en la práctica de actividad física, las que han incidido en mayor medida en su evolución y desarrollo. Esta enfermedad representa para los países industrializados, entre los que se encuentra España, la primera causa de mortalidad¹, de morbilidad, así como una carga económica sanitaria de enorme magnitud².

Dentro de las medidas preventivas, antes de sufrir un IAM, se insiste en la adopción de hábitos de vida cardiosaludables, con una alimentación adecuada y la práctica de actividad física regular³. Tras su ocurrencia, estas medidas se deben intensificar junto con una atención multidisciplinaria del paciente; de ahí que los programas de rehabilitación cardiovascular integral —y no menos importante el apoyo familiar— sean pilares esenciales en su tratamiento.

De todo esto se deduce que tanto la prevención primaria como la secundaria constituyen elementos imprescindibles para disminuir la incidencia de las enfermedades cardíacas y sus consecuencias⁴. De hecho, en la guía europea de prevención cardiovascular de 2012⁵ se presenta, por vez primera, un apartado específico sobre los programas de rehabilitación cardíaca integral —que se mantiene en la de 2016—⁶, considerándolos una actuación costo-efectiva en la reducción del riesgo tras un IAM, pues mejora el pronóstico, prolongar la vida, y reduce las hospitalizaciones y los gastos en atención médica^{5,6}.

Los éxitos de la rehabilitación cardíaca integral

(RCI) y el apoyo familiar no solo se ciñen a los beneficios en la reducción del riesgo de un nuevo episodio o de los reingresos, pues diferentes estudios han demostrado la disminución de la morbilidad y la mortalidad obtenida mediante estos programas^{7,8}.

La provincia de Manabí, Ecuador, no cuenta con centros especializado en RCI e inclusión familiar, circunstancia que se considera como una necesidad prioritaria insatisfecha en lo referente a la salud de los habitantes que padecen de esta enfermedad. Al analizar los casos que se presentan en la provincia, que son un número considerable, se procedió a brindar métodos adecuados para su rehabilitación, incluida la incorporación de la familia en el proceso de recuperación. Además, se decidió realizar esta investigación con el objetivo de evaluar la influencia del apoyo familiar en el proceso de recuperación del paciente con IAM.

La novedad de este trabajo radica en que por primera vez se realiza un estudio de este tipo, donde se incorpora a la familia en un programa de RCI, como parte fundamental de la recuperación del paciente que ha sufrido un IAM en la provincia de Manabí.

MÉTODO

Se realizó un estudio crítico de campo de tipo transversal con 88 pacientes con diagnóstico de IAM en el área de emergencias del Hospital General de Portoviejo en la provincia de Manabí, Ecuador, quienes se incluyeron en un programa de RCI tras aceptar participar en la investigación al firmar el modelo de consentimiento informado.

Procesamiento estadístico

Los análisis se realizaron con los paquetes estadísticos RStudio y SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 25, para lo cual se emplearon téc-

nicas de estadística descriptiva, con uso de los valores absolutos y relativos de las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas.

Para la relación entre apoyo familiar, factores de rehabilitación en segunda fase y calidad de vida, se utilizó la prueba Chi-cuadrado o el estadístico exacto de Fisher; así como el cálculo del riesgo mediante la razón de probabilidades u oportunidades (*odds ratio* [OR]). La significación estadística se estableció para un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Los 88 pacientes con IAM estudiados tenían una edad promedio fue de 68,83 años, con predominio del sexo masculino (64,77%) y la raza mestiza (82,95%) (**Tabla 1**). El nivel educativo más frecuente correspondió a la escuela primaria (34,09%), seguido de la secundaria (30,68%); y se observó un predominio de nivel socio-económico bajo (84,09%).

Entre los factores de riesgo coronario más frecuentes encontramos la hipertensión arterial 84,09%, seguida de la diabetes mellitus (40,91%). Las conductas terapéuticas predominantes fueron el intervencionismo coronario percutáneo (43,18%) y el tratamiento farmacológico o clínico (38,64%), y solo a un pequeño porcentaje de pacientes (3,41%) se le aplicó revascularización miocárdica quirúrgica. Posterior al egreso hospitalario, el 81,82% de los pacientes mantuvo controles médicos periódicos, y 64 de los 88 enfermos (72,73%) presentaron complicaciones, principalmente arritmias (36,36%).

Un 48,86% de los pacientes declaró recibir apoyo familiar, mientras que el 51,14% restante manifestó no recibirlo (**Tabla 2**). Al relacionar esta variable con los factores de la rehabilitación cardíaca en su segunda fase, se observó que contar con el apoyo familiar representó un factor protector, pues se encontró solo un 17% de probabilidades de que quienes lo tuvieron, no cuidaran su alimentación (OR 0,17; $p < 0,001$), o 1% de probabilidades de no consumir una dieta adecuada (OR 0,01; $p < 0,001$). La interpretación inversa de este resultado nos muestra que existe un 99% de probabilidades de que el paciente utilice una dieta adecuada si cuenta con el apoyo familiar. Igual análisis debe hacerse con la realización de actividad física (OR 0,16; $p = 0,004$) y el apoyo terapéutico (OR 0,18; $p < 0,001$).

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con infarto agudo de miocardio (n=88).

Características clínicas	Nº	%
Edad (media ± DE)	68,83 ± 12,97	
Sexo		
Masculino	57	64,77
Femenino	31	35,23
Raza mestiza	73	82,95
Nivel educativo		
Sin instrucción	15	17,05
Primaria	30	34,09
Secundaria	27	30,68
Superior	16	18,18
Nivel socio-económico bajo	74	84,09
Factores de riesgo coronarios		
Hipertensión arterial	74	84,09
Diabetes mellitus	36	40,91
Hiperlipidemia	28	31,82
Tabaquismo	16	18,18
Alcoholismo	4	4,55
Tratamiento del infarto		
ICP	38	43,18
Tratamiento clínico	34	38,64
ICP + Tratamiento clínico	13	14,77
Revascularización Qx	2	2,27
ICP + Revascularización Qx	1	1,14
Controles médicos	72	81,82
Complicaciones	64	72,73
Arritmias	32	36,36
Recaídas	21	23,86
Insuficiencia cardíaca	8	9,09

Los valores expresan n (%), salvo la edad en media ± DE. DE, desviación estándar; ICP, intervencionismo coronario percutáneo; Qx, quirúrgica.

Resultados similares se encontraron al asociar el apoyo familiar con la calidad de vida (**Tabla 3**), pues existe un 72% de probabilidades de que los pacientes que cuentan con apoyo familiar retomen las actividades cotidianas que hacían antes del IAM (OR 0,28; $p = 0,012$) y solo un 4% de probabilidades de presentar, siempre o casi siempre, estrés (OR 0,04; $p < 0,001$).

Tabla 2. Relación entre apoyo familiar y factores de la rehabilitación cardíaca en fase 2.

Factores rehabilitación fase 2	General	Apoyo familiar		Valor de p	OR (IC 95%)
		Sí (n=43)	No (n=45)		
Se cuida en la alimentación					
Nunca/rara vez	33 (37,93)	8 (18,60)	26 (57,78)	<0,001*	0,17** (0,07 - 0,46)
Siempre/casi siempre	54 (62,07)	35 (81,40)	19 (42,22)		
Recibe apoyo para dieta adecuada					
No	50 (56,82)	7 (16,28)	43 (95,56)	<0,001*	0,01** (0,00 - 0,05)
Sí	38 (43,18)	36 (83,72)	2 (4,44)		
Realiza actividad física					
Nunca/rara vez	72 (81,82)	30 (69,77)	42 (93,33)	0,004*	0,16** (0,04 - 0,63)
Siempre/casi siempre	16 (18,18)	13 (30,23)	3 (6,67)		
Apoyo terapéutico					
Nunca/rara vez	36 (40,91)	9 (20,93)	27 (60,00)	<0,001*	0,18** (0,07 - 0,45)
Siempre/casi siempre	52 (59,09)	34 (79,07)	18 (40,00)		

Los valores expresan n (%).

* Diferencias significativas en las proporciones de las categorías de alimentación y actividad física.

** Presencia de apoyo familiar como factor protector.

IC, intervalo de confianza; OR, odds ratio.

Tabla 3. Relación entre apoyo familiar y calidad de vida.

Calidad de vida	General	Apoyo familiar		Valor de p	OR (IC 95%)
		Sí (n=43)	No (n=45)		
Realiza actividades cotidianas					
Sí	24 (27,27)	17 (39,53)	7 (15,56)	0,012*	0,28** (0,1 - 0,77)
No	64 (72,73)	26 (60,47)	38 (84,44)		
Presenta estrés en el núcleo familiar					
Siempre/casi siempre	58 (65,91)	16 (37,21)	42 (93,33)	<0,001*	0,04** (0,01 - 0,16)
Nunca/rara vez	30 (34,09)	27 (62,79)	3 (6,67)		
Presenta estrés laboral					
Sí	28 (31,82)	12 (27,91)	16 (35,56)	0,441	0,7 (0,28 - 1,73)
No	60 (68,18)	31 (72,09)	29 (64,44)		

Los valores expresan n (%).

* Diferencias significativas en las proporciones de las categorías de alimentación y actividad física.

** Presencia de apoyo familiar como factor protector.

IC, intervalo de confianza; OR, odds ratio.

DISCUSIÓN

Las indicaciones actuales de la RCI y el apoyo familiar se han extendido y abarcan casi todas las enfermedades cardiovasculares, en especial el IAM, pues en todas se han encontrado beneficios. En la provincia de Manabí, no se cuenta con un centro dedicado a guiar a los familiares para que ayuden al seguimiento y control del paciente con esta enfer-

medad, y a su incorporación a programas de rehabilitación; por lo tanto, la implantación o creación de Unidades de RCI y familiar en Ecuador no ha tenido la prioridad que acertadamente le conceden a esta disciplina en el resto del mundo.

En base a los resultados de este estudio, el predominio del sexo masculino y el rango de edad entre 50 y 69 años, coincide con muchas series de investigaciones; pues el abordaje integral de pacientes

con IAM se realiza, en un mayor porcentaje, a hombres de estas edades, aunque —a medida que avanza la edad— disminuye esta diferencia entre los géneros y la presencia de factores de riesgo cardiovascular, algunos de ellos como enfermedades en sí, los que constituyen objetivos prioritarios de la prevención cardiovascular, sobre todo de la secundaria, como lo demuestran las series de estudios realizados por la Sociedad Europea de Cardiología y conocidos, desde 1995, como EUROASPIRE^{9,10}.

El EUROASPIRE IV⁹ fue realizado en pacientes con antecedentes de enfermedad coronaria, a los seis meses, al menos, de un ingreso hospitalario por síndrome coronario agudo o intervención coronaria percutánea o quirúrgica. Se recogieron datos de casi 8000 pacientes (24,4% mujeres) procedentes de 24 países y sus resultados arrojaron que 16% de los pacientes seguían fumando, 48% de los que lo hacían cuando sufrieron el IAM, 60% realizaba poco o ningún ejercicio físico, 37,6% tenía obesidad (índice de masa corporal $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) y muchos tenían un mal control de los factores de riesgo, pues 43% tenía una presión arterial $> 140/90 \text{ mm de Hg}$; 80%, colesterol LDL $> 70 \text{ mg/ml}$, y solo 50% de los diabéticos conocidos, hemoglobina glicosilada $< 7\%$.

En el estudio que se presenta, todos los pacientes (100%) tenían algún factor de riesgo identificado, lo cual se explica porque los hábitos alimenticios de la región de Manabí no siguen un patrón saludable al existir un alto índice de consumo de carbohidratos y grasas en la dieta diaria. La reducción del peso corporal, la limitación en la ingestión de grasas y del consumo total de energía, así como el incremento de la actividad física regular pueden ajustar positivamente las anomalías metabólicas existentes y mejorar la resistencia a la insulina^{11,12}.

Mantener los patrones saludables de alimentación adecuados para sujetos diabéticos, hipertensos, puede también ofrecer efectos beneficiosos para mejorar la calidad de vida del paciente con IAM.

Espinales Chamorro¹³, encontró que los pacientes con IAM y apoyo familiar bajo tienen tendencia a un mal control y a un riesgo mayor de complicaciones, lo que demuestra la importancia de la familia para que se adhieran al tratamiento indicado y al seguimiento por personal sanitario. Estos resultados concuerdan con los de Martínez-Montilla¹⁴ y con los del presente estudio, donde se revela la importancia de la familia dentro del proceso de recuperación del paciente posinfarto, tanto en el ámbito familiar (medicación, alimentación, descanso y apoyo a la reincorporación social y laboral), como en el desarrollo ex-

terno de su vida cotidiana (social y laboral).

Los acontecimientos estresantes alteran el equilibrio dinámico de la familia en todo su contexto, de ahí la importancia de que en el hogar existan buenas estrategias para afrontar los principales factores estresantes (enfermedades crónicas y enfermedades mentales, adicciones, accidentes, discapacidad, y demás problemas familiares y financieros) con el objetivo de facilitar el proceso de recuperación de la salud de alguno de sus integrantes.

A medida que los pacientes sistematizan la RCI y todas las actividades sobre estilos de vida saludable, siempre que cuenten con el apoyo familiar, concientizarán la necesidad de cambiar también hábitos alimenticios, lo que favorecerá la mejoría de sus fracciones lipídicas, aunque estas no sean suficientes para alcanzar los valores deseados en todos los pacientes. De ahí la necesidad de diseñar un plan integral de educación para la salud y crear materiales de apoyo familiar —y para la población en general—, dirigido a practicar hábitos alimenticios más sanos. No se pretende erradicar tradiciones culinarias, sino todo lo contrario, conservarlas, pero con ingredientes y formas de preparación más sanas; pues está demostrada la relación que existe entre una dieta rica en grasas y carbohidratos, con la aparición de alteraciones lipídicas y cardiopatía isquémica. Todo esto puede mejorar con el apoyo familiar y, consecuentemente, evitará futuras complicaciones, que es uno de los reconocidos beneficios de la rehabilitación cardíaca familiar integral¹⁵.

Los cocientes costo-efectividad y costo-beneficio de los programas de RCI son, actualmente, las más favorables de todos los tratamientos e intervenciones que se realizan en las enfermedades cardíacas, especialmente en países de ingresos medios. Burdiat¹⁶ plantea que la actividad física regular modula la frecuencia cardíaca, disminuye sus valores basales y favorece un menor incremento durante el esfuerzo, con menor posibilidad de alcanzar niveles de isquemia y aumento del umbral de aparición de arritmias ventriculares.

Los datos de reincorporación laboral y social tras un IAM varían mucho de unos países a otros. Los programas de RCI, donde se estimulan los hábitos de vida y alimentación saludables, la realización de ejercicio físico, la deshabitación tabáquica, y se brinda atención psicológica por los altos niveles de ansiedad, depresión y estrés, han logrado mejorías significativas en la capacidad funcional y en la calidad de vida de los pacientes, lo que les permite la reincorporación a sus actividades cotidianas ante-

riosos a sufrir el evento isquémico. No obstante, la reinscripción a la vida laboral fue un resultado poco gratificante en nuestro estudio, ya que un gran porcentaje aún no lo había hecho, por falta de conocimiento o del apoyo familiar. Resultado que, según varios autores¹⁵⁻¹⁷, concuerda con un estudio colaborativo entre México y España (63%) y difiere del 90% de reincorporación laboral encontrado en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

El aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad, producen un envejecimiento progresivo de la población, que se traduce en un aumento de la frecuencia de enfermedades cardiovasculares, en las que el tratamiento se enfoca principalmente en eliminar o atenuar los síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes; por lo tanto, las típicas medidas de morbilidad, mortalidad y expectativa de vida, usadas en el campo de la medicina, no son suficientes para evaluar el impacto de estas enfermedades en la población. Todo ello ha impulsado la incorporación de la medida de la «calidad de vida relacionada con la salud»¹⁸; pues es innegable la influencia negativa de las cardiopatías, al ser enfermedades que puede afectar todas las esferas del individuo que producen ansiedad y depresión, y entorpecen el desarrollo las actividades cotidianas que requieran algún tipo de esfuerzo físico¹⁹. Actuar y modificar estos aspectos, para favorecer la recuperación de la autonomía del paciente, es uno de los objetivos primordiales de la RCI con el apoyo familiar.

Para evaluar los estados físicos y emocionales que afectaban las actividades físicas y sociales del paciente con IAM, en esta investigación se utilizó un cuestionario que trataba de abarcar todas las preguntas relacionadas con sus antecedentes, factores de riesgos, tratamiento, apoyo y estrés familiar, complicaciones y recaídas, entre otras. Gracias a eso, se obtuvo un sinnúmero de respuestas que ayudaron a alcanzar unos resultados valiosísimos, no solo en lo referente a la enfermedad, sino también al entorno familiar, sobre lo que se pudo actuar. Estos aspectos coinciden con el estudio de Abreu Sánchez *et al.*²⁰, en España, quienes utilizaron un cuestionario similar en pacientes con IAM y encontraron una afectación moderada-grave de la calidad de vida en más de 50% de los casos. Después de un año de incorporados a un programa de RCI, se elevaron las puntuaciones generales en las escalas y se logró un aumento significativo de la capacidad funcional y una mejoría de la calidad de vida de estos pacientes.

No obstante, a pesar de la mejoría en la percep-

ción del concepto de salud y las diferentes dimensiones que lo componen, muchos pacientes no se sienten completamente felices, al no poder llevar una vida igual a la que tenían antes de la enfermedad; de ahí la necesidad de incluir más actividades colectivas e individuales donde participen de forma más activa los familiares, con el objetivo de mejorar la percepción de estos pacientes y su condicionamiento a los cambios del estilo de vida²¹.

Coincidimos con Atehortúa *et al.*²², quienes consideran que los beneficios del programa de RCI no pueden asociarse únicamente al ejercicio, sino a un efecto conjunto con la medicación, otras terapias no farmacológicas, y al apoyo familiar. Además, desde el estudio GOSPEL²³, publicado en 2008, se reconocen como aspectos muy importantes: el grado de asistencia a las sesiones de rehabilitación, la duración e intensidad de la intervención, así como la motivación del participante y el apoyo familiar; todo lo cual se asocia con un mejor pronóstico de la enfermedad cardiovascular y una reducción de la probabilidad de padecer recaídas. Por su parte, Doimo *et al.*²⁴ —al igual que en nuestra investigación— encontraron que el resultado compuesto de hospitalizaciones por causas cardiovasculares y mortalidad cardiovascular fue menor en el grupo de pacientes que asistieron a un programa de RCI, en comparación con los que no asistieron. Los pacientes evaluados por estos autores, durante 5 años, fueron egresados consecutivamente de dos hospitales terciarios, después de un IAM con o sin elevación del segmento ST y la realización de revascularización coronaria percutánea o quirúrgica.

En otro estudio, realizado en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de la Habana, Cuba²⁵, encontraron que la combinación del entrenamiento físico aeróbico y de resistencia a la fuerza muscular mejoró parámetros morfo-funcionales y de calidad de vida relacionada con la salud, sin generar riesgos ni complicaciones.

Todos estamos de acuerdo que estos resultados solo se lograrán si existe una adecuada adherencia del paciente a los programas de RCI, lo que puede ser posible con el apoyo de la familia en el proceso de recuperación. Pérez Yáñez *et al.*²⁶, plantean que la rehabilitación cardiovascular es imprescindible en el abordaje integral de la enfermedad; y que el entrenamiento físico supervisado, la estratificación del riesgo, la prevención secundaria, las orientaciones sexuales y la intervención psicológica, son sus elementos fundamentales.

Todos estos elementos, unidos a los resultados

de nuestro estudio —que reveló la importancia del apoyo familiar— avalan el desarrollo en la provincia de Manabí, Ecuador, de un programa de RCI con integración familiar en el proceso de recuperación del paciente con IAM.

CONCLUSIONES

El apoyo familiar integral cumple un papel fundamental en las fases de recuperación del paciente con IAM, para lograr una mejor adherencia terapéutica y a su nuevo estilo de vida, y evitar así posibles recaídas y complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lagares Vega MR. Experiencia del paciente coronario frente a la terapia de rehabilitación cardiaca en una institución de cuarto nivel en Cartagena [Tesis]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá Facultad de Enfermería [Internet]; 2012 [citado 19 Feb 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/10007/539499.2012.pdf>
2. Pacci-Salazar K, De la Cruz-Fuentes C, Alzamora Cárdenas A, Nureña-Noriega L, Olórtegui Yzú A, Fernández Coronado R. Impacto de la rehabilitación cardiaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular del Perú. *Rev Peru Epidemiol* [Internet]. 2011 [citado 19 Feb 2021];15(2):126-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203122516010.pdf>
3. Sole AR, Miralda GP, Cuixart CB. Adaptación del cuestionario de calidad de vida McNew QLMI para uso en población española. *Med Clin (Barc)*. 2000;115(20):768-71.
4. Madjid M, Fatemi O. Components of the complete blood count as risk predictors for coronary heart disease: in-depth review and update. *Tex Heart Inst J*. 2013;40(1):17-29.
5. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(10):937.e1-e66. [DOI]
6. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016;37(29):2315-81. [DOI]
7. WHO. World Health Statistics 2013. Ginebra: World Health Organization [Internet]; 2013 [citado 20 Feb 2021]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/world-health-statistics-2013>
8. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013;368(14):1279-90. [DOI]
9. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, De Backer G, Rydén L, Jennings C, et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23(6):636-48. [DOI]
10. Santos RD. EUROASPIRE V and uncontrolled risk factors in primary prevention: Atherosclerotic cardiovascular disease in the making. *Eur J Prev Cardiol*. 2020;28(4):380-2. [DOI]
11. DeMarco VG, Aroor AR, Sowers JR. The pathophysiology of hypertension in patients with obesity. *Nat Rev Endocrinol*. 2014;10(6):364-76. [DOI]
12. Voulgari C, Papadogiannis D, Tentolouris N. Diabetic cardiomyopathy: from the pathophysiology of the cardiac myocytes to current diagnosis and management strategies. *Vasc Health Risk Manag*. 2010;6:883-903. [DOI]
13. Espinales Chamorro CC. Apoyo familiar y control glicémico en pacientes diabéticos del Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2019. [Tesis]. Paraguay: FCM-UNCA [Internet]; 2019 [citado 21 Feb 2021]. Disponible en: <http://repositorio.fcmunca.edu.py/jspui/handle/123456789/102>
14. Martínez-Montilla JM, Amador-Marín B, Guerra-Martín MD. Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *Enferm Glob* [Internet]. 2017 [citado 22 Feb 2021];16(3):576-91. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3658/365851829019.pdf>
15. Grima-Serrano A, García-Porrero E, Luengo-Fernández E, León M. Cardiología preventiva y rehabilitación cardiaca. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64(Supl

- 1):66-72.
16. Burdiat G. Rehabilitación cardiaca después del síndrome coronario agudo. *Rev Urug Cardiol.* 2014;29(1):153-63.
 17. Rivas-Estany E, Sixto-Fernández S, Barrera-Sarduy J, Hernández-García S, González-Guerra R, Stusser-Beltranena R. Efectos del entrenamiento físico de larga duración sobre la función y remodelación del ventrículo izquierdo en pacientes con infarto miocárdico de pared anterior. *Arch Cardiol Mex.* 2013;83(3):167-73. [DOI]
 18. Naughton MJ, Shumaker SA, Anderson RT, Czajkowski SM. Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. In: Spilker B, eds. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials.* New York: Lippincott-Raven; 1996. p. 117-31.
 19. Vargas-Tolosa RE, Ordoñez-Pabón E, Montalvo-Miranda OE, Díaz-Torres VL. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto de miocardio. *Rev Cienc Cuidad.* 2017;5(1):40-5.
 20. Abreu Sánchez A, Arenas Fernández J, Rojas Ocaña MJ, Rodríguez Pérez M, Rodríguez Rodríguez JB. Calidad de vida de los pacientes postinfarto de miocardio: Diferencias según la edad. *Tempus Vitalis* [Internet]. 2003 [citado 24 Feb 2021];3(2): 552-8. Disponible en: <https://bit.ly/3zqCEMe>
 21. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center. The Health Institute; 1993.
 22. Atehortúa D, Gallo J, Rico M, Durango L. Efecto de un programa de rehabilitación cardiaca basado en ejercicio sobre la capacidad física, la función cardiaca y la calidad de vida en pacientes con falla cardiaca. *Rev Colomb Cardiol.* 2011; 18(1):25-36. [DOI]
 23. Giannuzzi P, Temporelli PL, Marchioli R, Maggioni AP, Balestroni G, Ceci V, *et al.* Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction: results of the GOSPEL study, a multicenter, randomized controlled trial from the Italian Cardiac Rehabilitation Network. *Arch Intern Med.* 2008;168(20):2194-204. [DOI]
 24. Doimo S, Fabris E, Piepoli M, Barbatì G, Antonini-Canterin F, Bernardi G, *et al.* Impact of ambulatory cardiac rehabilitation on cardiovascular outcomes: a long-term follow-up study. *Eur Heart J.* 2019;40(8):678-85. [DOI]
 25. Hernández García S, Mustelier Oquendo J, Larrinaga Sandrino V, Rodríguez Nande L, Sorio Valdés B, Peña Bofill V, *et al.* Efecto del entrenamiento físico en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica y fracción de eyección del ventrículo izquierdo deprimida. *Rev Cuban Cardiol* [Internet]. 2018 [citado 26 Feb 2021];24(3). Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/789/pdf>
 26. Pérez Yáñez LM, Gutiérrez López A, Rodríguez Blanco S, Leyva Quert AY, Rogés Machado RE. Rehabilitación cardiovascular post intervención coronario percutáneo. *Rev Cuban Cardiol* [Internet]. 2018 [citado 26 Feb 2021];24(1). Disponible en: http://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/740/pdf_120