



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA DE ADULTO Y ANCIANO**

REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR EN ADULTOS EN UNA INSTITUCIÓN DE REFERENCIA, MONTEVIDEO URUGUAY

Autores:

Br. Caetano, Paola
Br. Faller, Elisa
Br. Giudice, Andrea
Br. Martínez, Natalia
Br. Urrutia, Leticia

Tutores:

Prof. Agdo. Isabel Silva
Prof. Asist. Florencia Pisón

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2017

TABLA DE CONTENIDO:

AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN.....	3
GLOSARIO.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
JUSTIFICACIÓN.....	9
MARCO TEÓRICO.....	14
PROPÓSITO.....	29
OBJETIVOS.....	29
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	38
CONCLUSIÓN.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXOS.....	50
ANEXO 1: TABULACIÓN Y GRÁFICOS DE VARIABLES.....	50
ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	81
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	99

AGRADECIMIENTOS:

En primera instancia, agradecemos a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República por la formación profesional recibida a lo largo de los años cursados y a quienes han sido partícipes durante el proceso de elaboración del presente estudio, el cual es esencial para egresar como profesionales.

Un especial agradecimiento a nuestras tutoras, por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento en el área de la Investigación Científica, guiándonos en cada etapa del proceso de elaboración del Trabajo Final de Investigación. Para finalizar, agradecemos a nuestras familias, que han sido de gran apoyo durante todos estos años en nuestra etapa de formación, profesional y personal.

RESUMEN:

El presente informe corresponde al Trabajo Final de Investigación (TFI), elaborado por cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, correspondiente al Plan de Estudios 1993.

El objetivo, fue dar a conocer la situación de la Rehabilitación Cardiovascular (RCV), tomando como referencia un programa abocado a dicho tema, en una Institución de la ciudad de Montevideo, durante el mes de Setiembre de 2017.

La metodología se fundamentó en una investigación cuanti-cualitativa, con un diseño descriptivo de corte transversal ⁽¹⁾.

El universo de estudio comprendió a 173 usuarios insertos al programa de RCV, de los cuales se pudieron contactar a 93, lo que corresponde a la muestra final. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia.

Para la recolección de datos se aplicaron dos instrumentos, uno para conocer la población de usuarios y otro para conocer el rol del Licenciado en Enfermería que trabaja en el Programa de RCV.

Actualmente, no existe de manera obligatoria un programa que trate la RCV ⁽²⁾. Si se considerara la obligatoriedad y se aplicaran más políticas sanitarias en cuanto a prevención y promoción en Enfermedad Cardiovascular (ECV) se contribuiría a su disminución, como por ejemplo las medidas antitabaco implementadas por el gobierno desde el año 2007, que permitieron una disminución del 22% de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) ⁽³⁾. La Comisión Honoraria para la Salud estima que las acciones

enfocadas a promover estilos de vida saludables evitarán al menos un 80 % de las ECV a nivel mundial ⁽⁴⁾.

Conocer los factores de riesgo modificables y no modificables, permite identificar individuos con riesgo de padecer ECV.

En el estudio, se encontró que, un 96% de la población estudiada cambió sus hábitos de vida, destacando que el 72% abandonó el hábito de fumar.

El Licenciado en Enfermería destaca dentro del equipo multidisciplinario que conforma el programa de RCV, realizando tareas de administración, asistencia, investigación y docencia; es el encargado de la logística y coordinación del equipo y es referente de la Policlínica de Cardiología de la Institución.

Palabras clave: Rehabilitación Cardiovascular, Programa, Enfermedad Cardiovascular, Licenciado en Enfermería, Factores de Riesgo, Hábitos.

GLOSARIO:

ACV.....	Accidente Cerebro Vascular
ACJ.....	Asociación Cristiana de Jóvenes
ASSE.....	Administración de los Servicios del Estado
CASMU.....	Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay
CEE.....	Circulación Extra Corpórea
COMEPA.....	Corporación Médica de Paysandú
CRAME.....	Cooperativa Regional de Asistencia Médica del Este
CV.....	Cardiovascular
DM.....	Diabetes Mellitus
ECV.....	Enfermedad Cardiovascular
EPOC.....	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ETS.....	Enfermedades de Transmisión Sexual
FNR.....	Fondo Nacional de Recursos
HDL.....	Lipoproteína de Alta Densidad
HIV.....	Virus de Inmunodeficiencia Humana
HTA.....	Hipertensión Arterial
IAM.....	Infarto Agudo de Miocardio
IC.....	Insuficiencia Cardíaca
ICC.....	Insuficiencia Cardíaca Crónica
ICI.....	Instituto de Cardiología Infantil
IMAE.....	Instituto de Medicina Altamente Especializado
INCC.....	Instituto Nacional Cirugía Cardíaca
IRA.....	Insuficiencia Renal Aguda
IRC.....	Insuficiencia Renal Crónica
LDL.....	Lipoproteína de Baja Densidad

MSP.....	Ministerio de Salud Pública
OMS.....	Organización Mundial de la Salud
ONG.....	Organización no Gubernamental
PAE.....	Proceso de Atención de Enfermería
PCI.....	Procedimiento Cardiológico Intervencionista
RCP.....	Reanimación Cardiopulmonar
RC.....	Rehabilitación Cardíaca
RCV.....	Rehabilitación Cardiovascular
SCA.....	Síndrome Coronario Agudo
SCASEST.....	Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST
SNIS.....	Sistema Nacional Integrado de Salud
SSFFAA.....	Sanidad de las Fuerzas Armadas
TEP.....	Tromboembolismo Pulmonar
TFI.....	Trabajo Final de Investigación

INTRODUCCIÓN:

El presente informe corresponde al Trabajo Final de Investigación, el cual fue elaborado por un grupo de cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, cursando la carrera de Licenciatura en Enfermería, Plan de Estudios 1993, generación 2012.

Se llevó a cabo un estudio de investigación, el cual es requisito curricular para la obtención del título de grado. El mismo se realizó en una Institución de referencia en la cual está inserto un programa de RCV, en la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017, con el fin de conocer la situación de dicho programa y la importancia de la RCV.

La metodología se fundamentó en una investigación cuanti-cualitativa, con un diseño descriptivo de corte transversal, e involucró a usuarios de entre 18 y 75 años de edad incluidos en un programa de RCV, que fueron intervenidos por un evento cardiovascular, y accedieron a participar en la investigación. La muestra fue de tipo no probabilístico, por conveniencia.

Se aplicaron instrumentos de recolección de datos para conocer la población de usuarios y por otro lado se realizó entrevista con preguntas abiertas y cerradas para conocer el rol del Licenciado en Enfermería que trabaja en el programa de RCV.

En relación al análisis e interpretación de los resultados obtenidos, estos han sido sometidos a un proceso de elaboración técnica, que permitió recontarlos y resumirlos, a partir de procedimientos de estadística básica.

Cabe destacar que las ECV, según la Revista Uruguaya de Cardiología 2013, ocupan el primer lugar dentro de las enfermedades crónicas con el más alto número de mortalidades anuales. De igual manera se estableció que, históricamente las enfermedades del sistema cardiovascular son la primera causa de muerte considerando todas las causas de defunción. Las mismas, tienen estrecha relación con un estilo de vida no saludable, por lo que las actividades realizadas en RCV asegura a las personas una mayor calidad de vida y de esta manera reducir la morbi-mortalidad ⁽⁵⁾.

Para Enfermería como parte de un equipo multidisciplinario es importante la educación desde la prevención primaria con programas enfocados a tratar factores de riesgo desde temprana edad debido a que existen componentes hereditarios en las ECV. El rol del Licenciado en Enfermería dentro de un programa de RCV apunta a potenciar la salud del paciente, no solo en la enfermedad, sino reforzar y apoyar los aspectos positivos del mismo, para lograr cambios de hábitos, lo que a largo plazo va a disminuir la incidencia de ECV en Uruguay y así la mortalidad relacionada con las mismas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la situación del Programa de Rehabilitación Cardiovascular en el que están insertos usuarios que han sido intervenidos por causa de una ECV, en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017?

JUSTIFICACIÓN:

Frente al lineamiento propuesto por el Departamento de Salud del Adulto y Anciano “Estudio Epidemiológico”, se seleccionó como tema de estudio “Rehabilitación Cardiovascular en el Adulto” debido al interés por parte de las investigadoras de conocer la importancia de dicho tema.

En vista de lo anterior, se considera que la RCV tiene como objetivo el incremento en la calidad de vida de los usuarios y mejorar su pronóstico. Para ello, se requiere del trabajo coordinado de un equipo de salud multidisciplinario tendiente a captar a la mayor cantidad de personas en esta situación.

En su mayor parte la ECV tiene estrecha relación con un estilo de vida no saludable, factores fisiológicos y bioquímicos que pueden ser modificados.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la RCV es “el conjunto de actividades necesarias para asegurar a las personas con ECV una condición física, mental y social óptima, que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como lo sea posible en la sociedad”; va dirigida a aquellos pacientes que han presentado algún evento Cardiovascular (CV) en el último año ya sea un IAM, Síndrome Coronario Agudo (SCA), Cirugía de Bypass, Aorto-coronario, Angioplastia Coronaria, Angina estable, Reparación o Reemplazo valvular, Trasplante Cardíaco o Cardiopulmonar, Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC), Enfermedad Vasular Periférica,

Enfermedad Coronaria Asintomática, paciente con alto riesgo de Enfermedad Coronaria⁽⁶⁾.

Las ECV son la primera causa de muerte en países desarrollados y en vías de desarrollo. En España, a pesar de la reducción de la tasa de mortalidad en los últimos 30 años la prevalencia de ECV sigue creciendo, se expone en un estudio realizado que una parte crucial de este aumento se debe al fracaso en el control de factores de riesgo en pacientes que han tenido un evento CV. La prevención secundaria es un ámbito de mejora sanitaria y económica, poner énfasis en la misma debe de ser uno de los objetivos fundamentales⁽⁷⁾.

En Uruguay, es la primera causa de mortalidad en adultos y determinan un tercio de los fallecimientos anuales provocando muertes prematuras y pérdida en calidad de vida, las mismas se relacionan con un estilo de vida no saludable⁽⁸⁾. “La Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular determinó en el 2002, que aproximadamente 4500 personas por año morían en Uruguay a causa del consumo de tabaco. El tabaco causa 12 muertes diarias, 5 de ellas por causa CV”⁽⁹⁾.

Modificar los factores de riesgo y realizar RCV, han mostrado que pueden reducir la morbi-mortalidad por ECV, sobre todo en individuos catalogados de alto riesgo. En las últimas décadas ha crecido el índice de ECV al igual que el aumento de la prevalencia de factores de riesgo modificables como tabaquismo, dislipemia, Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial (HTA) y obesidad, lo que contribuye al aumento del gasto sanitario a raíz de más intervenciones, reintervenciones y el costo en la rehabilitación en sí misma, las Organizaciones Internacionales presentan dificultades económicas en cuanto a pacientes con ECV, ya que se requiere constancia al fomentar y realizar campañas de promoción de salud, motivar a las autoridades gubernamentales, departamentales y Organización no Gubernamental (ONG) a que se tomen medidas directas frente a este fenómeno con la finalidad de disminuir índice de morbi-mortalidad, prevalencia y costo.

Uruguay presenta diferentes estrategias para la prevención de Enfermedades no Transmisibles (ENT), destacando las ECV como las principales de este tipo; fue el primer país del continente americano y el séptimo a nivel mundial en promover espacios libres de humo de tabaco.

El 1° de marzo de 2006 se implementó el decreto N°284/008, de reglamentación de Ley N°18.256 ⁽¹⁰⁾, que prohíbe fumar en todo ambiente cerrado compartido de uso público y en todo ambiente laboral. El mismo, establece la disposición de que "todo local cerrado de uso público y toda área laboral, ya sea en la órbita pública o privada destinada a la permanencia en común de personas, deberán ser ambientes 100% libres de humo de tabaco".

En 2014, la Junta Departamental de Montevideo aprobó el artículo 1 del decreto N°34.952 ⁽¹¹⁾, que estableció que la sal y los condimentos con alto contenido en sodio como la mayonesa ya no podrán estar sobre la mesa de restaurantes y bares ⁽¹²⁾.

Un equipo de RCV debe de estar compuesto por: Director Médico, Licenciado en Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Licenciado en Educación Física, Licenciado en Nutrición y Licenciado en Trabajo Social ⁽⁶⁾.

El Licenciado en Enfermería se encarga de llevar a cabo cuidados y seguimientos de los mismos; debe de demostrar competencia y experiencia en RCV, entrenamiento en Reanimación Cardiopulmonar (RCP), colaborar con las pruebas ergométricas, fomentar la educación del paciente, conocimientos básicos del ejercicio y entrenamiento físico, ejecutar la prescripción del médico, coordinar las secciones de ejercicios y realizar los controles de enfermería ⁽⁶⁾. Según el Dr. G. Burdiat que trabaja en el Centro Calidad de Vida, Servicio de Cardiología de la Asociación Española de Montevideo, afirma que *“Muchas veces el médico no manda al paciente porque no tiene conocimiento de qué*

centros están trabajando. Hay poca promoción de la rehabilitación cardíaca a nivel estatal” ⁽¹³⁾.

Actualmente, no existe en Latinoamérica un programa certificado de RCV con carácter obligatorio en los servicios de Salud ⁽⁶⁾

“Dado que en Uruguay la Rehabilitación Cardíaca (RC) no es parte de las prestaciones exigidas por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), no se brinda por parte de las instituciones de asistencia médica colectiva, y la mayoría de los centros que realizan RC no forman parte de una institución prestadora integral de salud. La mayoría de las instituciones que realizan procedimientos intervencionistas no cuentan con programas de RC, lo que conspira contra la rápida captación de los pacientes sometidos a estos procedimientos” ⁽¹⁴⁾.

Actualmente en Uruguay, no se ha aprobado un proyecto que trate de la realidad en cuanto a RCV, si se desarrolló una investigación sobre la realidad de los programas ya existentes.

“La financiación de los programas de RC se realiza por parte de los pacientes en cuatro casos, existiendo un centro con un sistema mixto dependiente del hospital y del paciente y otro, también mixto, dependiente del paciente y un subsidio estatal. Los pacientes acceden a estos programas derivados por los médicos tratantes, siendo la falta de derivación la principal barrera para la concurrencia” ⁽¹⁴⁾.

MARCO TEÓRICO:

Para realizar la investigación se tuvo en cuenta determinado marco teórico, el cual explica los aspectos que se consideran más importantes para la misma.

Se conoce como ECV a las alteraciones a nivel del sistema CV, incluyendo el corazón, vasos sanguíneos, cardiopatías coronarias, enfermedades cerebrovasculares, HTA, vasculopatías periféricas, cardiopatías reumáticas, cardiopatías congénitas, Insuficiencia Cardíaca (IC).

Un usuario se considera de riesgo, cuando presenta determinados síntomas o conductas que aumentan la posibilidad de desarrollar una ECV; los factores de riesgo que afectan el desarrollo de las mismas se pueden clasificar de múltiples maneras, se agrupa en diferentes categorías, según sean modificables o no; y de acuerdo a la forma en que contribuyen a la aparición de la enfermedad.

1. Factores personales no modificables: Sexo, Edad, Herencia o Antecedentes familiares.
2. Factores controlables directos, éstos hacen referencia a los que intervienen en forma directa en los procesos de desarrollo de la ECV agrupando a los Niveles de colesterol total y Lipoproteína de Baja Densidad (LDL) elevados, Niveles de colesterol Lipoproteína de Alta Densidad (HDL) bajos, Tabaquismo, HTA, DM y tipo de alimentación.
3. Factores controlables indirectos, son los que se relacionan con la incidencia de enfermedades del aparato circulatorio pero que no intervienen directamente con el

origen de las mismas, sino mediante otros factores de riesgo directos, como el sedentarismo, obesidad, estrés y consumo de anticonceptivos orales.

4. Circunstancias especiales consideradas como de riesgo, el haber padecido anteriormente un Accidente Cerebro Vascular (ACV), hipertrofia ventricular izquierda, apnea del sueño, pueden incluirse en esta categoría ⁽¹⁵⁾.

Existen programas de RCV, que se pueden definir como el conjunto de medidas terapéuticas para el cuidado integral de los pacientes con ECV.

En primera instancia, se trata de captar a la mayor cantidad como sea posible de individuos con factores de riesgo que se encuentren en un programa de prevención secundaria y a pacientes con cardiopatías, para incluirlos en un programa de RCV. Cualquier programa de rehabilitación incluye componentes específicos para optimizar la reducción de riesgos CV, promover comportamientos sanos y su cumplimiento a través de programas de educación, con participación activa del paciente en su propio tratamiento y reducir así la discapacidad mediante la promoción de un estilo de vida activo para pacientes con ECV ⁽¹⁶⁾.

Se hace hincapié en la prevención secundaria, debido a que un diagnóstico precoz, la captación oportuna y el tratamiento adecuado son esenciales para el control de las enfermedades, logrando la disminución de la morbilidad, evitando o retardando la aparición de secuelas. Esto se puede lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos. Lo ideal, sería aplicar medidas preventivas en la fase preclínica cuando el daño al organismo no está tan avanzado y por lo tanto los síntomas no son visibles ⁽¹⁷⁾.

Según la Sociedad Española de Cardiología, los criterios a tener en cuenta para la inclusión de los pacientes a un programa de rehabilitación son, que los mismos deben ser informados sobre el hecho de que las pautas de comportamiento que van a aprender deben seguirse durante el resto de su vida ⁽¹⁸⁾. Son aquellos que han presentado un evento CV en el último año como IAM/SCA, Cirugía de Bypass Aorto Coronario,

Angioplastia Coronaria, Angina Estable, Reparación o Reemplazo valvular, Trasplante Cardíaco o Cardiopulmonar, ICC, Enfermedad vascular periférica, Enfermedad Coronaria asintomática y pacientes con alto riesgo de Enfermedad Coronaria, dichos pacientes deben de tener 70 años o menos al momento de la realización de la rehabilitación.

Los criterios de exclusión para pacientes son el ejercicio físico, (por lo general son temporales ya que luego de superado el cuadro agudo podrán retomar la actividad habitual según lo indique el médico tratante); IAM en estadio precoz, angina inestable, valvulopatías graves, HTA descompensada, IC descompensada , arritmias ventriculares complejas, sospecha de lesión de tronco de coronaria izquierda, endocarditis infecciosa, cardiopatías congénitas severas y no corregidas, Tromboembolismo Pulmonar (TEP) y tromboflebitis, aneurisma disecante de aorta, obstrucción severa sintomática del tracto de salida del ventrículo izquierdo, DM descompensada y todo cuadro agudo infeccioso ⁽⁶⁾.

Componentes de un programa de RCV.

Un programa de RCV comprende el cuidado integral con pacientes con ECV e ICC.

La RCV debe incluir un abordaje multidisciplinario consistente no solamente en ejercicio, sino concentrando también sus esfuerzos en la labor educativa a fin de lograr el control de los factores de riesgo mediante una modificación del estilo de vida y la adherencia a hábitos de vida saludables.

Los componentes son: evaluación de los pacientes, educación, consejería, recursos materiales y recursos humanos como Médico Cardiólogo, Licenciado en Enfermería, Licenciado en Nutrición, Licenciado en Educación Física, Licenciado en Fisioterapia, Licenciado en Psicología, Licenciado en Trabajo Social, y personal administrativo ⁽⁶⁾.

La Sociedad Española de Cardiología, hace referencia a 3 niveles de atención para programas de RC, establecidos por la OMS, según los recursos humanos y recursos materiales en instalaciones, nivel básico, intermedio y avanzado.

Nivel básico: es el nivel más simple.

Recursos humanos: debe estar orientado y supervisado por un profesional de la salud entrenado a desempeñar funciones a nivel primario o en las comunidades.

Recursos materiales: centros disponibles en la comunidad techados o al aire libre con condiciones de espacio, ventilación, temperatura e iluminación adecuada. En programas con este nivel puede rehabilitarse pacientes de bajo riesgo.

Nivel intermedio: estas instalaciones están ubicadas dentro o en anexos a hospitales y cuentan con servicios médicos cardiovasculares o generales.

Recursos humanos: Médico Cardiólogo, Licenciado en Enfermera, Licenciado en Fisioterapia, Licenciado en Neumocardiología y personal administrativo.

Recursos materiales: aparatos para ejercicios físicos.

Nivel avanzado: pacientes de alto riesgo, debe de contar con un hospital o un centro asistencial donde los servicios médicos y cardiológicos sean de elevada calidad y estén disponibles.

Recursos humanos: se requiere un director Médico Cardiólogo con experiencia, puede haber un subdirector cardiólogo o Médico altamente entrenado; Licenciado en Educación Física, Licenciado en Fisioterapia dedicado a la Rehabilitación en la fase hospitalaria; Licenciado en Enfermería, Licenciado en Psicología, Licenciado en Trabajo Social, Licenciado en Nutrición y personal administrativo.

Recursos materiales: las instalaciones deben contar con aparatos de ejercicios⁽¹⁸⁾.

La RCV, consiste en un plan supervisado que contribuye a la recuperación de forma óptima, englobando el estado físico, mental, y social permitiendo al usuario que ha cursado una intervención, insertarse en la sociedad de la mejor manera posible.

La Rehabilitación consta de dos partes principales, una de ellas es el entrenamiento de ejercicio físico, el cual consta de un plan de ejercicios para ayudar a que se haga de manera segura y saludable, fortaleciendo músculos, y mejorando la resistencia física, de acuerdo a sus habilidades, necesidades e intereses personales; por otra parte, la

educación, consejería, y capacitación, que le permitirán entender su situación de salud y encontrar maneras para reducir el riesgo de tener otros eventos en el futuro.

Cabe destacar, que el equipo de RCV en conjunto a los demás usuarios involucrados en el programa, ayudará a aprender a tolerar la tensión emocional al tratar de adaptarse al nuevo estilo de vida ⁽¹⁹⁾.

Las fases de la RCV según la revista *Uruguaya de Cardiología* son:

FASE I: Intrahospitalaria

- Tiempo: es variable según patología y procedimiento. Lleva un promedio de 2 a 7 días.
- Evaluación, educación, ejercicios pasivos y activos de baja intensidad y bajo impacto disminuyendo el riesgo de lesiones musculoesqueléticas con el objetivo de movilización precoz.
- Finaliza al alta hospitalaria.

FASE II: Alta inmediata

Se refiere a la rehabilitación propiamente dicha, abarca desde la segunda semana hasta dos o tres meses para pacientes médicos y es variable en los pacientes quirúrgicos.

- Duración: 24-36 sesiones (3 veces por semana).

FASE III: Transición

- Para pacientes que hayan tenido una mejoría sustantiva y buena evolución en la Fase II
- Duración variable, no muy prolongada

FASE IV: Mantenimiento (Alta alejada)

- Inician luego de completar la Fase III.
- Su objetivo es ayudar al paciente a mantener un estilo de vida saludable.
- Los propios pacientes son responsables de la continuidad de la práctica de ejercicios físicos y el plan nutricional. Se refuerza la educación impartida y ayudar a los pacientes en las dificultades para desprenderse de los hábitos indeseados.
- Duración: toda la vida ⁽²⁻⁶⁾.

Rol del Licenciado en Enfermería en RCV

En un equipo multidisciplinario, el Licenciado en Enfermería trabaja en coordinación, realizando las funciones de Asistencia, Docencia, Administración e Investigación, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados.

La función de Asistencia, consiste en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), puntualmente realizando seguimientos de control de factores de riesgo CV, en los cambios de hábitos de vida, revisión de las variaciones en las medidas antropométricas. El Licenciado en Enfermería, debe de tener conocimiento de RCP y conocer síntomas premonitorios de urgencias CV.

Con respecto a la función de Docencia, fomenta el trabajo colaborativo y el aprendizaje individual y colectivo, aplicando estrategias educativas adecuadas para conseguir que los pacientes conozcan y controlen sus factores de riesgos CV; educa e instruye acerca del tratamiento farmacológico.

La función Administrativa, permite asegurar que las actividades que deben ser desarrolladas por el equipo de enfermería se realicen en forma sistemática, organizada y con el uso adecuado de recursos; incluye la gestión de los cuidados directos a las personas y grupos, la gestión de servicios de enfermería y de los sistemas de salud, la gestión de los recursos humanos, materiales y en ocasiones, los financieros. Coordina junto a otros miembros del equipo los talleres de prevención secundaria; desarrolla e implementa manuales administrativos y de procedimientos para el desarrollo eficaz y eficiente de los cuidados otorgados a los pacientes.

El Licenciado en Enfermería revisa diariamente el historial de intervenciones y extrae del mismo un listado de egresos que cumpla con los criterios mencionados, se comunica telefónicamente con cada paciente citándolos a un taller de prevención y RCV, la misma es llevada a cabo por Médico Cardiólogo y Licenciado en Enfermería, se les informa sobre el tema y el Centro de Rehabilitación. A los 3 y a los 6 meses de haber ingresado al programa se realiza un seguimiento telefónicamente.

Por último, la función de Investigación, favorece la creación y utilización de metodologías y herramientas que le permite investigar sobre la realidad de la RCV, permitiendo un desarrollo y actualización continuos del programa tratado.

Modelo de Enfermería de Betty Neuman

El modelo de los sistemas de Betty Neuman refleja la teoría general de los sistemas, es decir, la naturaleza de los sistemas vivos abiertos. Esta teoría establece que todos los elementos se encuentran en interacción formando una compleja organización.

Neuman, considera a la enfermería como “la única profesión en la cual se manejan todas las variables que afectan a la respuesta del individuo al estrés”.

Presenta al paciente como una persona en su totalidad, como una mezcla dinámica de interrelaciones entre todas las variables que afectan simultáneamente al sistema del paciente: fisiológicas, psicológicas, socioculturales, evolutivas y espirituales. Considera que el paciente experimenta cambios constantes y constituye un sistema abierto en interacción recíproca con su entorno.

La creadora del modelo, equipara la salud al bienestar y define estos términos como “la situación en la cual todas las partes y subpartes (variables) se encuentran en armonía con el paciente en su totalidad. La desarmonía reduce el estado de bienestar”.

El Hombre y su entorno son los dos fenómenos básicos del modelo de sistemas, siendo recíproca la relación entre el entorno y el Hombre. Asociado al concepto de entorno, está el de los factores estresantes, que se definen como fuerzas del entorno que interaccionan con el sistema y pueden alterar su estabilidad. Neuman, identifica tres entornos relevantes: interno, externo y creado; los entornos interno y externo se sustituyen por el entorno creado y quedan contenidos dentro de él. El entorno creado moviliza todas las variables del sistema con el fin de mantener la integridad y estabilidad del paciente y está ajustándose continuamente al aumento o disminución del estado de bienestar del paciente.

En el modelo, se describe al enfermero/a como un participante activo junto con el paciente y como alguien “relacionado con todas las variables que afectan a la respuesta del individuo a los factores estresantes”. Asocia los cuatro conceptos esenciales de persona, entorno, salud y enfermería en sus enunciados relacionados con la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Considera la prevención como intervención, estableciendo que las intervenciones son acciones intencionadas para ayudar al paciente a recuperar, alcanzar y/o mantener la estabilidad de su sistema. Neuman apoya la intervención precoz, cuando se sospeche o se identifique la presencia de un agente estresante. Las intervenciones se llevan a cabo en base al grado de reacción posible o real, los recursos, los objetivos y los resultados previstos. Identifica tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. En la prevención primaria, se reduce la posibilidad de encuentro con factores estresantes; la prevención secundaria abarca las intervenciones o tratamientos iniciados luego de que se hayan producido los síntomas de estrés, se identifican y se tratan los casos precozmente; y la prevención terciaria se produce después de la fase de tratamiento activo o de prevención secundaria. Se enfoca en los ajustes dirigidos a conseguir una estabilidad óptima del sistema del paciente. El objetivo primario es mejorar la resistencia frente a los factores estresantes, la readaptación, reeducación para la prevención de futuros casos ⁽²⁰⁾.

Fondo Nacional de Recursos

A partir del decreto Ley 14.897, Artículo 4° se crea el Fondo Nacional de Recursos (FNR) con carácter de persona pública no estatal, que brinda cobertura financiera a diferentes procedimientos de medicina altamente especializada y a medicamentos de alto costo para la población residente en el país y usuaria del SNIS.

En el caso de los procedimientos cubiertos tales como: Cateterismo Cardíaco derecho, Cateterismo Terapéutico, Cirugía Cardíaca, Cardiodesfibrilador, Marcapasos, Procedimiento Cardiológico Intervencionista (PCI) (angioplastia y cateterismo) y Trasplante Cardíaco, estos se efectúan a través de los Instituto Medicina Altamente Especializado (IMAE) insertos en prestadores públicos o privados, que cuentan con la habilitación del Ministerio Salud Pública (MSP) para su realización.

El FNR no solo se limita a la asistencia y tratamiento de las patologías establecidas, sino que también despliega acciones de prevención.

En Uruguay no existe en todas las instituciones un programa de rehabilitación, sino que funciona en su lugar un programa de prevención secundaria. A partir del año 2004 funciona en el FNR el “Programa de Prevención Secundaria Cardiovascular”. La prevención secundaria se aplica en aquellos casos en los que el paciente padece de una ECV a priori, con el fin de evitar la aparición y agravación de complicaciones relacionadas ⁽²¹⁾.

El objetivo del Programa es optimizar el tratamiento de los pacientes con enfermedad coronaria, promover estilos de vida saludables, controlar los factores de riesgo cardiovascular y facilitar el acceso a la medicación cardioprotectora, para mejorar la sobrevida, la calidad de vida y disminuir la necesidad de nuevos procedimientos de revascularización ⁽²²⁾.

Este programa se encuentra disponible en: Asociación Médica San José, CAAMEPA, CAMS, IAC 33, Círculo Católico Juan Lacaze, COMTA, CAMOC, CASMU, Hospital

de Clínicas y Hospital Maciel. El programa funciona en el FNR dirigido a pacientes del subsector público o privado, para pacientes de Montevideo y departamentos cercanos.

Existe un registro electrónico denominado “SIDEG-Sistema María” el cual es imprescindible para obtener información de los pacientes, los médicos especialistas en cardiología de los centros de salud de Administración de los Servicios del Estado (ASSE) y de los centros que tienen convenio con FNR (mencionados anteriormente) son quienes ingresan los datos de los usuarios con su Historia Clínica correspondiente valorando la situación del paciente; en cuanto a si este requiere un procedimiento de revascularización o ingresar al Programa de Prevención Secundaria CV, los Licenciados en Enfermería son los encargados de asegurarse de que todo lo planificado se lleve a cabo y se cumpla.

En el caso de que el usuario necesite ingresar al Programa de Prevención Secundaria se tienen en cuenta algunos aspectos fundamentales, deben de ser menores de 70 años de edad, que hayan sido revascularizados por Angioplastia, Cirugía Cardíaca o fibrinolíticos en los últimos 6 meses, procedentes de instituciones con convenio con el FNR. Los pacientes procedentes de instituciones del sector público podrán acceder al programa que funcione en el local del FNR ⁽²²⁾. Las instituciones privadas que no están en convenio con el FNR tienen su propio programa y centro, o se adhieren a otras instituciones tales como: SUAT, ACJ, JUVENTUS, Medica Uruguay, Asociación Española, Club Nautilus.

IMAE Cardiovasculares:

Asociación Española, Casa de Galicia, CASMU, Centro Cardiovascular, COMEPA, CRAME, Hospital Británico, Hospital de Clínicas, Hospital Evangélico, INCC, ICI, Sanatorio Americano, Sanatorio Uruguay, SSFFAA, Universal ⁽²³⁾.

Según datos estadísticos extraídos de FNR el total de intervenciones cardiovasculares realizadas en los diferentes IMAE durante el año 2015, fue de 12.342, estos datos se obtuvieron de un cohorte realizado el 29 de febrero del 2016.

En el FNR, a través de diferentes entrevistas con el usuario, se elabora un perfil físico, metabólico y funcional cardiovascular, confeccionando un plan de actividad física de entre tres y seis meses de duración. Una vez culminado el mismo, se realiza una serie de evaluaciones, tendientes a establecer las modificaciones logradas en las variables de cada paciente. Toda la información obtenida va a la Historia Clínica referida específicamente al médico del paciente en cuestión.

La institución, cuenta con cuatro modernos gimnasios equipados con caminadores, bicicletas ergométricas y equipos de monitorización telemétrica en el que se encuentran profesionales como Licenciado en Educación física y Licenciado en Fisioterapia.

Componentes del programa de referencia

Según el último dato estadístico realizado por el FNR del año 2015, 1718 pacientes forman parte de los programas de Prevención Secundaria y de Rehabilitación, intervenidos en el IMAE ubicado dentro de la Institución de referencia para la investigación; éste brinda: Servicio de Cirugía Cardíaca, Servicio de Cardiología Intervencionista, Servicio de Marcapaso y Resincronizadores y Servicio de Electrofisiología Cardíaca. Centro de Rehabilitación, Terapia Física y Medicina Deportiva⁽²³⁾. Se especializa en la detección y control de factores de riesgo, así como la rehabilitación de enfermedades crónicas no transmisibles.

Cabe destacar, que para ingresar al programa de referencia (el cual fue iniciado en el año 2009) los usuarios deben ser mayores de 18 años y menores de 75 al inicio de la misma, ser socios y presentar cardiopatías isquémicas. En el mismo, un equipo multidisciplinario se ocupa de la evaluación, educación y consejería. Está compuesto por Médico Cardiólogo especializado en RCV, Licenciado en Enfermería, Licenciado en Nutrición y personal administrativo, quienes realizan un análisis integral de cada paciente al ingreso en el Centro.

La Institución cuenta con un espacio equipado con aparatos de ejercicios en el que se encuentran profesionales como Licenciado en Educación Física y Licenciado en Fisioterapia, ese servicio tiene un costo extra para el usuario.

El Licenciado en Enfermería se encarga de captar a los usuarios, para ingreso de los mismos al Programa de RCV, realiza el contacto vía telefónica luego del alta hospitalaria y le sugiere participar del mismo.

Los usuarios que viven en la capital, asisten a la central de la institución de referencia, donde se realizan las actividades propias del programa. En cuanto a quienes residen en el interior del país, se efectúa el seguimiento médico en los Policlínicos más cercanos a su domicilio, el traslado a la capital para asistir a los talleres del programa se realiza por sus propios medios.

Los programas desarrollados actualmente en el Centro están enfocados en factores de riesgo; cardiovascular y respiratorio, prevención de diabetes; y Cesación de Tabaquismo

(24).

PROPÓSITO:

Determinar la situación del Programa de RCV y el rol que cumple el Licenciado en Enfermería en el equipo.

OBJETIVOS:

General:

- Conocer la situación del Programa de RCV implementado en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo, durante el mes de Setiembre de 2017.

Específicos:

- Comprender el funcionamiento del Programa de RCV.
- Caracterizar los usuarios insertos en el Programa de RCV.
- Establecer el rol del Licenciado en Enfermería dentro del programa.
- Determinar la importancia de los efectos de la RCV para la recuperación del usuario.
 - Medir la satisfacción del usuario que se encuentra inserto en el Programa de RCV.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN:

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio cuanti-cualitativo de tipo descriptivo y de corte transversal.

Área de Estudio

La investigación se llevó a cabo en un Servicio de Rehabilitación privado perteneciente a un centro de tercer nivel de atención.

Universo

El universo de estudio comprendió a 173 usuarios que fueron intervenidos a nivel cardiovascular y derivados al Programa de Rehabilitación en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo.

Unidad de análisis y observación

Adultos entre 18 y 75 años de edad pertenecientes al programa de RCV y Licenciado en Enfermería del equipo.

Muestra

El n obtenido fue de 93, lo que corresponde al 54% de los usuarios que accedieron a participar, y se les aplicó el instrumento de recolección de datos.

Muestreo

El muestreo fue de tipo no probabilístico, por conveniencia debido a las características de la investigación.

Métodos e instrumento para la recolección de datos

Para llevar a cabo el trabajo de investigación, se solicitó autorización a Dirección del Departamento de Enfermería, y Dirección Técnica del Servicio para poder proceder.

La recolección de datos se efectuó mediante la aplicación de instrumentos, uno para conocer el perfil de la población inserta en el programa, y por otro lado, se realizó entrevista con preguntas abiertas y cerradas para conocer el rol del Licenciado en Enfermería, que trabaja en el programa de RCV ^(Anexo 2).

Los cuestionarios a pacientes se aplicaron durante el mes de Setiembre de 2017 mediante vía telefónica, debido a que no se estaban realizando los talleres del programa por decisión interna de la Institución.

Previo a la recolección de datos, se efectuó un plan piloto, aplicando el instrumento a utilizar en la investigación, con el fin de mejorar los mismos si fuese necesario. Se aplicó a 2 usuarios al azar, que asistieron al último taller del mes de Agosto de 2017, al cual pudimos concurrir luego de obtener la autorización pertinente por parte de la Institución; estos usuarios accedieron a firmar el consentimiento informado previamente (Anexo 3). Cabe destacar que luego de realizado, no se efectuaron cambios en el instrumento, y que los usuarios se excluyeron de la muestra.

Operacionalización de variables referente al usuario:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Valores o categorías
Edad	Edad de un individuo expresada como el lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia expresada en años “Tiempo que ha vivido una persona”	Número de años cumplidos, desde el nacimiento hasta la fecha de la recolección de los datos.	Cuantitativa discreta.	Adulto Joven: 18 a 40 años Adulto: 41 a 64 años Adulto mayor: mayor de 65 años
Sexo	Es una diferencia biológica y genética que divide a los seres humanos en mujer y hombre.	Género gramatical; propio de la mujer (Femenino) Género gramatical, propio del hombre	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino

		(Masculino).		
Lugar de Residencia	Lugar geográfico donde reside el individuo.	Clasificación de un grupo de sujetos en función de su lugar de residencia.	Cualitativa nominal	Montevideo Interior
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Clasificación según estado civil de un individuo al momento de la recolección de datos	Cualitativa Nominal	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
Nivel de instrucción	Grado académico que se ha alcanzado en la educación formal.	Identificación que hace el sujeto de su nivel educativo alcanzado.	Cualitativa Ordinal	Sin estudios formales Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Terciaria incompleta Terciaria completa
Ocupación	Principal tarea a la que se dedica un individuo	Clasificación según actividad a la que se dedica el individuo al momento de la investigación.	Cualitativa Nominal	Estudia Trabaja No trabaja Jubilado Pensionista
Conformación del núcleo familiar	Grupo de personas que viven bajo un mismo techo, y se relacionan entre si compartiendo tanto lazos jurídicos y/o naturales	Determinación del número de personas que conviven con el individuo interrogado.	Cuantitativa Discreta	1 2 3 4 o más
Antecedentes personales	Datos conocidos sobre patologías existentes sobre la salud del usuario	Identificación de antecedentes médicos propios de la persona interrogada.	Cualitativa Nominal	Alergias Enf. CV Enf. Resp. Enf. Endocrinas Insuf. renal Neoplasia Pat. psiquiátrica

Antecedentes familiares	Datos conocidos sobre la salud de familiares directos del usuario.	Incluye antecedentes médicos de familiares directos de la persona interrogada.	Cualitativa Nominal	Enf. CV Enf. Resp. Enf. Endocrinas Insuf. renal Neoplasia Pat. psiquiátrica
Hábitos nocivos	Aquellas conductas o agentes externos cuya práctica o interacción repetida provocan daños a corto o largo plazo, o a situar a un individuo a un mayor riesgo de contraer enf.	Identificación de acciones que pueda tener un individuo y sean nocivas para su salud.	Cualitativa Nominal	Fumador Ex. Fumador Consume alcohol No consume alcohol Consumió alcohol anteriormente Consumo de sustancias psicoactivas.
Consumo de tabaco	Practica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas o posibilidades	Determinación según consumo o no de tabaco por parte del interrogado.	Cualitativa nominal	Actualmente Alguna Vez Nunca
Medicación habitual	Fármaco que ingiere un individuo de forma periódica.	Identificación de fármacos que ingiere de forma habitual el individuo interrogado.	Cualitativa Nominal	Hipolipemiente Antihistamínico Corticoides Antiagregante plaquetario Antitrombótico Antihipertensivo Protector gástrico Med. Psiquiátrica Diurético Broncodilatador Antiepiléptico Antidiabéticos Antiarrítmico
Cambios en los hábitos alimenticios.	Modificación en el régimen alimenticio.	Establecer si existe modificación en la alimentación diaria luego del ingreso al programa.	Cualitativa Nominal	Si No
Ingestas realizadas en el día.	Número de ingestas realizadas al día.	Determinación de la cantidad de veces que el individuo se alimenta al día en su cotidianidad	Cuantitativa Discreta	1 2 3 4 5 o más

Régimen alimenticio	Dieta que realiza un individuo diariamente.	Determinación del tipo de dieta que sigue el individuo interrogado de acuerdo a su patología.	Cualitativa Nominal	Hiposódica Diabético Renal Hepática Ninguna particular en
Agregado de sal	Incorporación de cloruro de sodio a los alimentos previo a ser ingeridos o durante su preparación.	Clasificación según incorporación de cloruro de sodio o no a los alimentos ingeridos o al ser preparados por parte del interrogado.	Cualitativa Nominal	Si No
Consumo de frutas – verduras	Ingesta habitual de frutas y verduras.	Determinación de la frecuencia del consumo de frutas y verduras en el individuo interrogado.	Cualitativa Ordinal.	Diario A veces Nunca
Consumo de agua.	Cantidad de agua que bebe un individuo en su cotidianidad.	Determinación de la cantidad de agua que consume al día el individuo.	Cuantitativa discreta	Menos de 1 Lt. 1 a 2 Lt. Más de 2 Lt.
Actividad física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos que exija gasto de energía durante al menos 10 minutos consecutivos.	Clasificar al usuario interrogado de acuerdo a si realiza o no actividad física por al menos 10 minutos consecutivos.	Cualitativa nominal	Si No
Tiempo que realiza actividad física	Tiempo que dedica una persona a practicar actividad física	Duración en minutos que dedica el usuario a realizar actividad física	Cuantitativa Continua	<30 min. >30 min. 60 min. >60 min.
Controles médicos	Cumplimiento por parte de una persona a sus citas médicas pautadas.	Establecer la concurrencia del individuo interrogado a los controles médicos pautados.	Cualitativa Nominal	Si No

Descompensaciones cardiovasculares luego de iniciarse en el programa	Alteración del equilibrio que el organismo presenta frente a una enfermedad durante un cierto periodo de tiempo.	Determinar si el usuario encuestado ha presentado una descompensación cardiovascular luego de iniciarse en el programa.	Cualitativa Nominal	Si No
Controles de salud dentro del programa	Chequeo del estado de salud de un individuo.	Control del estado de salud de los usuarios mediante una serie de estudios y signos vitales dentro del programa.	Cualitativa Nominal	Si No
Cambios beneficiosos	Modificación favorable de la calidad de vida	Cambios favorables en actividades de la vida diaria del usuario encuestado luego de iniciarse en el programa.	Cualitativa Nominal	Si No
Actividades de la vida diaria	Conjunto de tareas que un individuo realiza de forma cotidiana y que le permite vivir de forma autónoma e integrada en su entorno.	Clasificación de acuerdo a cambios beneficiosos que ha tenido el usuario en tareas cotidianas luego de que el mismo se inició en el programa.	Cualitativa Nominal	Trabajo Vida en familia Salir de compras Actividades del hogar Autocuidado Fiestas y reuniones Desempeño de creencias Vida sexual
Inclusión a la rehabilitación.	Sensación del usuario de pertenecer, estar involucrado con su RCV.	Determinación de la existencia del sentido de pertenencia del usuario para con el programa.	Cualitativa Nominal	Si No
Satisfacción del usuario	Sentimiento de bienestar de un individuo hacia algo.	Conformidad de bienestar y complacencia del usuario para con el	Cualitativa Nominal	Si No

		programa.		
Contención del equipo de salud	Conformidad del usuario con respecto al apoyo brindado por parte de un equipo multidisciplinario.	Establecer la existencia de sentimiento de apoyo por parte del equipo de salud involucrado en el programa de RCV al usuario interrogado.	Cualitativa Nominal	Si No
Reingreso al programa	Integro nuevamente al programa del cual ya formó parte.	Volver a formar parte del programa de RCV.	Cualitativa Nominal	Si No

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

La muestra que se obtuvo para la investigación fue de 93 usuarios, de los cuales el 67% corresponde al sexo masculino y 33% al sexo femenino. En cuanto a la edad se encontró que un 53% de los usuarios insertos en el Programa tenía más de 65 años, lo que corresponde a la etapa del adulto mayor; un 47% al rango de 41 a 64 años; mientras que en el rango de 18 a 40 años no se hallaron usuarios. Respecto al lugar de residencia, un 73% corresponde a Montevideo y el 27% al interior del país. Considerando que quienes viven en la capital, donde se encuentra la central de la Institución de referencia, tiene mayor posibilidad de acceso a las actividades propias del programa. Con respecto a los usuarios del interior del país, se realiza su seguimiento médico en los Policlínicos más cercanos a su domicilio y el traslado a la capital para asistir a los talleres del programa se efectúa por propios medios. En relación al estado

civil, un 62% de los usuarios se encontraban casados, el 15% divorciados, un 15% viudos, un 4% solteros y un 3% convivía en unión libre.

En cuanto al nivel de instrucción de la población, la mayor parte presentó un nivel de instrucción formal; un 39% secundaria completa, 26% secundaria incompleta, 17% terciaria completa, 14% primaria completa, y el 4% terciaria incompleta; cabe destacar que no hubo usuarios que prescindían de estudios formales, lo que ayuda a la hora de la comprensión de la importancia de los cambios que deban ser llevados a cabo para una óptima RCV.

Al indagar sobre la ocupación actual, un 47% se encontraba jubilado, el 46% en actividad laboral y un 4% pensionista. Con estos resultados se puede deducir que, un gran porcentaje de la población cumple un rol activo en cuanto al ámbito económico en su hogar, siendo de suma importancia una correcta rehabilitación para su reinserción laboral.

El reconocimiento de los factores de riesgo, provee una fuente racional que permite establecer estrategias de prevención y mejora en la calidad de vida.

Si bien, los factores de riesgo no modificables se mantienen, dichas estrategias de prevención, proporcionan herramientas lo cual favorece la reducción de los factores de riesgo CV modificables.

De los resultados obtenidos sobre factores de riesgo no modificables resaltó que en los antecedentes familiares, un 72% presentó ECV y el 26% enfermedad endócrina, dando indicios de que los mismos predisponen a desarrollar alteraciones a nivel CV. En cuanto a factores de riesgo controlables directos un 62% presentó alteración del colesterol, un 34% padecía alteraciones endócrinas, que intervienen directamente en el desarrollo de ECV.

Con respecto a los hábitos alimenticios, se contempló que son un pilar fundamental y se asocia al estado de salud de la persona; los resultados destacan, que el 96% de la población estudiada cambió sus hábitos; el 89% realizaba dieta hiposódica y un 28% un régimen con bajo contenido de azúcar. Un 72% de la población consumía frutas y verduras diariamente.

Sobre factores controlables indirectos, asociados al estilo de vida, se halló que el 72% de los usuarios que integraban la rehabilitación abandonaron el hábito de fumar, un 25% nunca fumó y solo un 3% mantiene el hábito.

En cuanto al sedentarismo, se encontró que el 15% no realizaba actividad física, mientras que el 85% restante sí; de los cuales un 33% se ejercitaba por más de 30 minutos diarios, un 28% menos de 30 minutos diarios, el 20% durante 60 minutos, y el 3% por más de 60 minutos al día.

El nuevo estilo de vida adquirido por los usuarios luego de formar parte del Programa de RCV tuvo un impacto favorable en la salud, la gran mayoría, un 86%, no sufrió nuevas descompensaciones, demostrando que hubo un alto porcentaje de pacientes involucrados en la rehabilitación, el 96% refirió sentirse involucrado con la misma.

Cabe destacar la concientización y el interés por parte de los pacientes para mejorar su calidad de vida. El resultado obtenido al valorar la concurrencia a controles médicos fue óptimo, un 98% asiste a sus controles médicos agendados.

El personal de Enfermería como integrante del Equipo de Salud, en su rol de promoción, asume la capacidad de brindar información que contribuya a realizar cambios en el estilo de vida para mejorar su salud, por ejemplo, la modificación de ciertas conductas como lo es la realización de actividad física periódica y aeróbica, disminuir la ingesta de alimentos ricos en grasas y el agregado de sal a las comidas; en los resultados se encontró que un 87% no agregaba sal.

El Licenciado en Enfermería tiene un rol activo dentro del Equipo Multidisciplinario de Salud que conforma el programa de RCV, realizando tareas de asistencia, investigación, docencia y administración, coordinando y preparando los talleres brindados junto al Médico Cardiólogo. Es fundamental el papel del personal de enfermería al realizar promoción del autocuidado ya que fomenta el interés de cada individuo.

Considerando las Fases de RCV según la revista Uruguaya de Cardiología, el Programa de referencia se inicia en la Fase II, luego de que el Licenciado en Enfermería se contacta vía telefónica con el usuario luego del alta hospitalaria; continúa hasta la Fase IV, la cual dura toda la vida, manteniendo los cambios de hábitos de vida; depende

totalmente del paciente, ya que por parte del programa, se realiza seguimiento vía telefónica una sola vez, luego de concurrir al taller.

En cuanto a los niveles de atención para el Programa de RCV, se puede decir que, se encuentra en un nivel avanzado, puesto que cuenta con Médico Cardiólogo especializado en RCV, Licenciado en Enfermería capacitado y Licenciado en Nutrición.

Cabe destacar que si bien no es gratuito el espacio para realizar actividad física, la institución posee los recursos materiales necesarios.

Como debilidades halladas en el programa, se destaca la carencia de un Licenciado en Psicología, inquietud planteada por el Licenciado en Enfermería referente del programa de RCV.

El programa propiamente dicho no incluye aparatos de ejercicios para la realización de actividad física, lo cual es uno de los pilares de la RCV, el acceso significaría un gasto extra para el usuario.

Al basarnos en el modelo de Betty Neuman, podemos aludir a la contemplación del paciente en su totalidad por parte del Licenciado en Enfermería, interrelaciona todas las variables para una prevención secundaria observando cuales son posibles de modificar a favor de la respuesta al estrés que tienen los pacientes en el programa. Los mismos, experimentan cambios de manera constante y existe interacción directa con su entorno, en el cual el núcleo familiar es de suma importancia, la familia es involucrada por parte del equipo multidisciplinario a la rehabilitación. En el estudio se encontró que el 17% de los usuarios viven solos.

CONCLUSIÓN:

Como grupo de investigación consideramos haber cumplido con los objetivos planteados.

La base fundamental para la prevención secundaria constituye, no obstante, el control de los factores de riesgo modificables.

El amplio conocimiento de los factores de riesgo modificables y no modificables, permite identificar individuos con alto riesgo de padecer nuevamente un evento cardiovascular, por lo que, planificar estrategias preventivas y adoptar hábitos saludables como, realizar ejercicio físico de forma regular, seguir un régimen hiposódico, y cumplir con el tratamiento farmacológico, contribuye a una mejora en la calidad de vida y aumento de la tasa de supervivencia, disminuyendo así, la morbi-mortalidad en la población. En la encuesta realizada al Licenciado en Enfermería, el mismo expresa que “(...) ha mejorado la calidad de vida de los pacientes (...)” “(...) El paciente generalmente es muy receptivo y ávido a los cambios de hábitos “.

En la actualidad, no existe un programa que trate la RCV aplicado sistemáticamente en todas las Instituciones, debido a la no rentabilidad para las entidades sanitarias ya que no brinda ganancias inmediatas.

Se concluye, que si se lograra aplicar políticas sanitarias en cuanto a prevención y promoción en ECV, se lograría disminuir una de las principales causa de muerte en el país.

En este sentido, se realizaría hincapié en lo que refiere a educar a la población en general, para abarcar los factores de riesgo desde el primer nivel de atención, así se podrá detectar desde temprana edad signos y síntomas de aparición de ECV, y por ende la importancia de realizar un seguimiento médico de prevención.

Para el paciente, se concluye, que conlleva un gran beneficio formar parte de un programa de RCV en relación a evitar complicaciones y/o reingresos, sin desestimar la satisfacción de los mismos.

Consideramos que un Licenciado en Enfermería capacitado, puede realizar e implementar un Programa de RCV, contando con el apoyo económico y conformando el equipo multidisciplinario necesario, ya que posee las aptitudes necesarias para llevarlo a cabo.

No es absurdo pensar, que un Licenciado en Enfermería pueda crear por sí mismo, un Programa de RCV y aplicarlo, sea en diferentes entidades sanitarias, o de forma particular.

El Licenciado en Enfermería es el encargado de captar a los usuarios, para que estos ingresen al Programa de RCV, ya que es quien los contacta vía telefónica luego del alta hospitalaria y le sugiere participar del mismo; tiene un rol activo dentro del equipo multidisciplinario de salud que conforma el Programa de RCV, ejecutando las funciones de asistencia, investigación, docencia y administración; planifica y coordina los talleres junto al Médico Cardiólogo. El personal de enfermería es primordial para la promoción del autocuidado debido a que fomenta el interés de cada individuo

El Licenciado en Enfermería, quien es referente en la Policlínica de Cardiología de la Institución y trabaja en el Programa, hace mención en la encuesta realizada que “El SNIS, ha tratado de cambiar un poco la perspectiva en cuanto al sistema de atención de los pacientes. Todavía se invierte muchísimo en tecnología y poquísimo en prevención. Yo creo que uno de los motivos principales es el económico. Los administradores en alguna forma priorizan determinados aspectos, porque los resultados se ven a largo plazo (...)”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. 6a.ed. Mexico. McGraw Hill; 2015
- 2- Dutra M, Burdiat G, Diaz Arnesto O, Tejada J, Araujo O. La cenicienta de la cardiología: aproximación a los programas de rehabilitación cardiovascular, ante proyecto junio 2012. Sin publicar.
- 3- LaRed21. Disminuyó contaminación en ambientes cerrados y cantidad de infartos debido a políticas antitabaco. [internet]. 2015. Disponible en: <http://www.lr21.com.uy/comunidad/1229992-antitabaco-fumar-uruguay-cigarrillos> [consulta: 3nov2017].
- 4- Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Semana del corazón. [internet]. 2017. Disponible en: <http://www.cardiosalud.org/programas/semana-del-corazon> [consulta: 3nov2017]
- 5- Curto S, Prats O, Martínez L, Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay 2011. [internet]. 2011. Disponible en: http://www.cardiosalud.org/files/documents/libro_mortalidad_2011.pdf [consulta: 3 dic 2016]

- 6- López Jiménez F, Pérez Terzic C, Zeballos PC, Anchique CV, Burdiat G, González K, et al. Consenso de rehabilitación cardiovascular y prevención secundaria de las sociedades interamericanas y sudamericanas de cardiología. Rev Urug Cardiol 2013; 28(2):189-224. Disponible en: http://www.suc.org.uy/revista/v28n2/pdf/rcv28n2_consenso_rehabilitacion.pdf [consulta: 25 enero 2017]
- 7- Val Martín del D, Zamorano Gómez JL, Epidemiología de la prevención secundaria en España: hechos y cifras. Rev Esp Cardiol supl [Internet] 2015;15(5):2-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.proxy.timbo.org.uy:443/science/article/pii/S1131358716300024>[consulta: 3 dic 2016].
- 8- Fondo Nacional de Recursos. Programa prevención cardiovascular. [internet]. Disponible en: http://www.fnr.gub.uy/home_pcardiovascular [consulta: 16 ene 2017].
- 9- Sindicato médico del Uruguay. Tabaquismo en Uruguay: el problema del tabaco y su control. [Internet]. Disponible en: http://www.smu.org.uy/elsmu/comisiones/tabaco/inf_ct_tab_en_uruguay.pdf [Consulta: 14 sep 2017]
- 10- Reglamentación de ley 18.256 sobre protección del derecho al medio ambiente libre de humo de tabaco y su consumo. Decreto N°284/008 de 16 junio de 2008. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/284-2008> [Consulta: 06 nov 2017].
- 11- Reducir el uso excesivo de sal y condimentos con alto contenido en sodio. Decreto N°34.952 de 20 de febrero de 2014. [Internet]. Montevideo, Uruguay. Disponible en: <http://www.montevideo.gub.uy/asl/sistemas/gestar/resoluci.nsf/WEB/Numero/1694-14> [Consulta: 06 nov 2017]
- 12- Uruguay sede mundial de políticas de salud. El País [Internet] 2017 octubre 17. Disponible en: <https://www.elpais.com.uy/informacion/uruguay-sede-mundial-politicas-salud.html> [Consulta: 03 nov 2017]

- 13- Cientoochenta. Solo 4% hace rehabilitación cardíaca[Internet].c2008-2017.Disponible en:http://www.180.com.uy/articulo/21822_Solo-4-hace-rehabilitacion-cardiaca/ [consulta: 4 mar 2016].
- 14- Burdiat G,Pérez Terzic C,López Jiménez F,Cortes Bergoderi M, Santibáñez C. Situación actual de la rehabilitación cardíaca en Uruguay. Rev Urug Cardiol[internet]2011;26(1):8-15.Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v26n1/v26n1a04.pdf>[consulta:25ene 2017]
- 15- Curto S,Prats O,Ayestaran R. Investigación sobre factores de riesgo cardiovascular en Uruguay.Rev Med Urug[internet]2004;20(1):1.Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902004000100007
- 16- Cano de la Cuerda R, Alguacil Diego IM, Alonso Martín JJ, Molero Sánchez A, Miangolarra Page JC. Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud: situación actual. Rev Esp Cardiol[Internet]2012;65(1):72-9.Disponible en: <http://www.revespcardiologia.org/es/programas-rehabilitacion-cardiaca-calidad-vida/articulo/90073500/> [consulta: 18 oct 2016].
- 17- Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna [Internet]2011;33(1):12-4.Disponible en: www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf [consulta: 4 dic 2016].
- 18- Maroto Montero JM,coord. Rehabilitación Cardíaca.[internet].2009.Disponible en: <http://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/rehabilitacion-cardiaca.pdf>[consulta:3 dic 2016]
- 19- Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Rehabilitación cardíaca.[Internet]. Disponible en: <http://www.cardiosalud.org/corazon-y-salud/rehabilitacion-cardiaca> [consulta: 26 mar 2016].
- 20- Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería.3ª.ed.Madrid: Mosby; 1994.
- 21- Fondo Nacional de Recursos. Que es el fondo nacional de recursos.[internet].Disponible en:http://www.fnr.gub.uy/que_es_fnr [consulta: 26 mar 2016].
- 22- Fondo Nacional de Recursos.Programa de prevención secundaria cardiovascular. [internet].Disponible en: http://www.fnr.gub.uy/descripcion_cardio [consulta: 26 mar 2016].

23- Fondo Nacional de Recursos. Instituto de Medicina Altamente Especializada, actos médicos realizados en el año 2015: distribución por IMAE. [internet]. 2015. Disponible en: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/estadisticas/ia2015/actos_rea_ima_2015.pdf [consulta: 26 mar 2016].

24- Asociación Española. Calidad de vida. [internet]. 2016. Disponible en: http://www.asesp.com.uy/uc_310_1.html [consulta: 2 dic 2016].

ANEXOS:

ANEXO 1: TABULACIÓN Y GRÁFICOS DE VARIABLES

VARIABLE N°1: EDAD

Definición conceptual: Edad de un individuo expresada como el lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia expresada en años
“Tiempo que ha vivido una persona”

Definición operacional: Número de años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de la recolección de los datos.

Tipo: Cuantitativa, discreta.

Categoría: 18-40,41-64,>65 años.

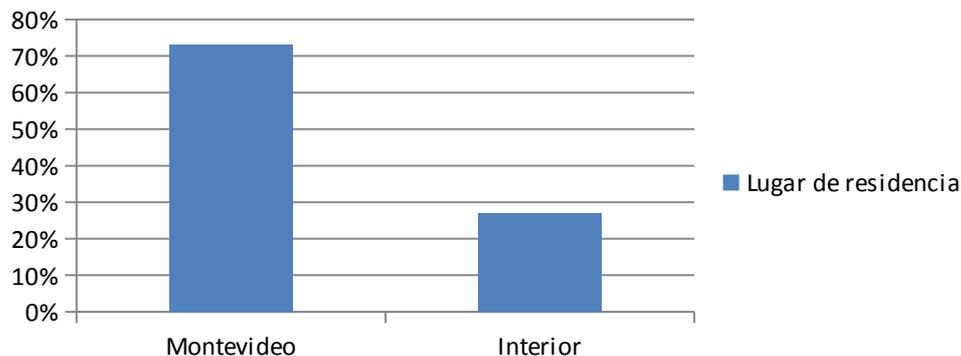
TABLA N°1: Distribución de frecuencia según edad de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Edad	FA	FR	FR%
18-40	0	0	0
41-64	44	0.47	47%
>65	49	0.53	53%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°1: Distribución de frecuencia según edad de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante

el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°2: SEXO

Definición conceptual: Es una diferencia biológica y genética que divide a los seres humanos en mujer y hombre.

Definición operacional: Género gramatical; propio de la mujer (Femenino) Género gramatical, propio del hombre (Masculino).

Tipo: Cualitativa, nominal.

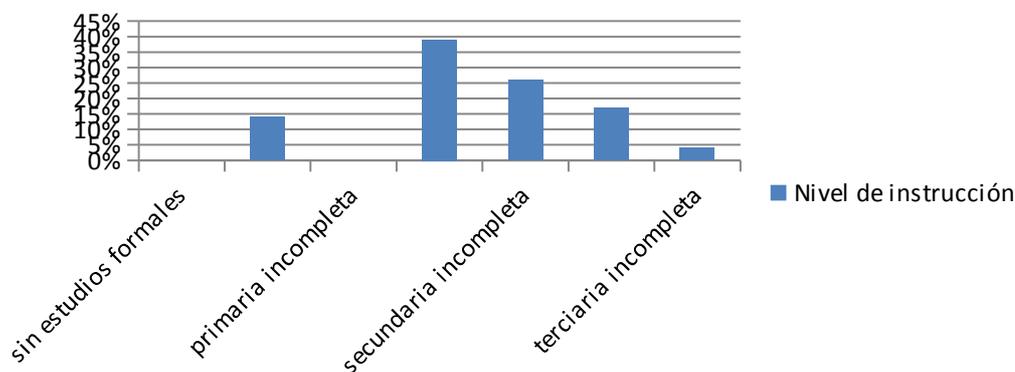
Categoría: Masculino, Femenino.

TABLA N°2: Distribución de frecuencia según sexo de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Sexo	FA	FR	FR%
Masculino	62	0.67	67%
Femenino	31	0.33	33%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°2: Distribución de frecuencia según sexo de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°3: LUGAR DE RESIDENCIA

Definición conceptual: Lugar geográfico donde reside el individuo.

Definición operacional: Clasificación de un grupo de sujetos en función de su lugar de residencia.

Tipo: Cualitativa, nominal.

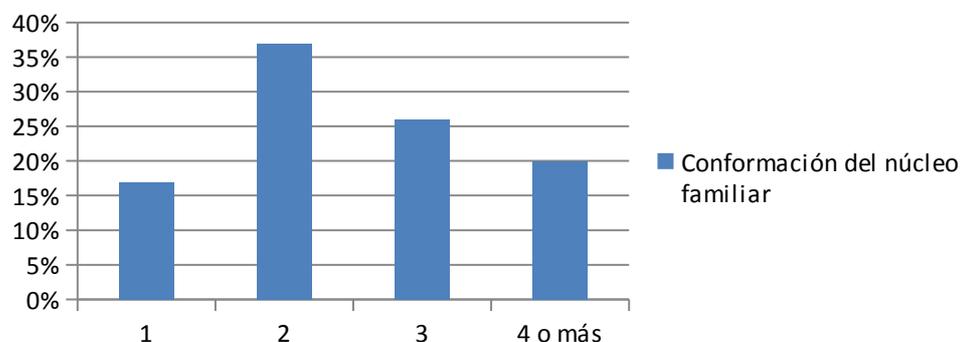
Categoría: Montevideo, Interior.

TABLA N°3: Distribución de frecuencia según lugar de residencia de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Lugar de residencia	FA	FR	FR%
Montevideo	68	0.73	73%
Interior	25	0.27	27%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°3: Distribución de frecuencia según lugar de residencia de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°4: ESTADO CIVIL

Definición conceptual: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Definición operacional: Clasificación según estado civil de un individuo al momento de la recolección de datos.

Tipo: Cualitativa, nominal.

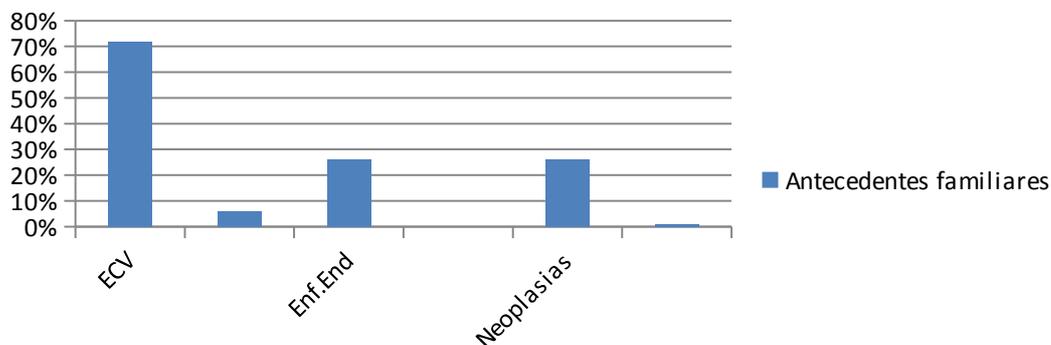
Categoría: Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Unión Libre

TABLA N°4: Distribución de frecuencia según estado civil de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Estado civil	FA	FR	FR%
Soltero	4	0.04	4%
Casado	58	0.62	62%
Divorciado	14	0.15	15%
Viudo	14	0.15	15%
Unión libre	3	0.03	3%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°4: Distribución de frecuencia según estado civil de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°5: NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Definición conceptual: Grado académico que se ha alcanzado en la educación formal.

Definición operacional: Identificación que hace el sujeto de su nivel educativo alcanzado.

Tipo: Cualitativa, ordinal.

Categoría: Sin Estudios Formales, Primaria Completa, Primaria Incompleta, Secundaria Completa, Secundaria Incompleta, Terciaria Completa, Terciaria Incompleta.

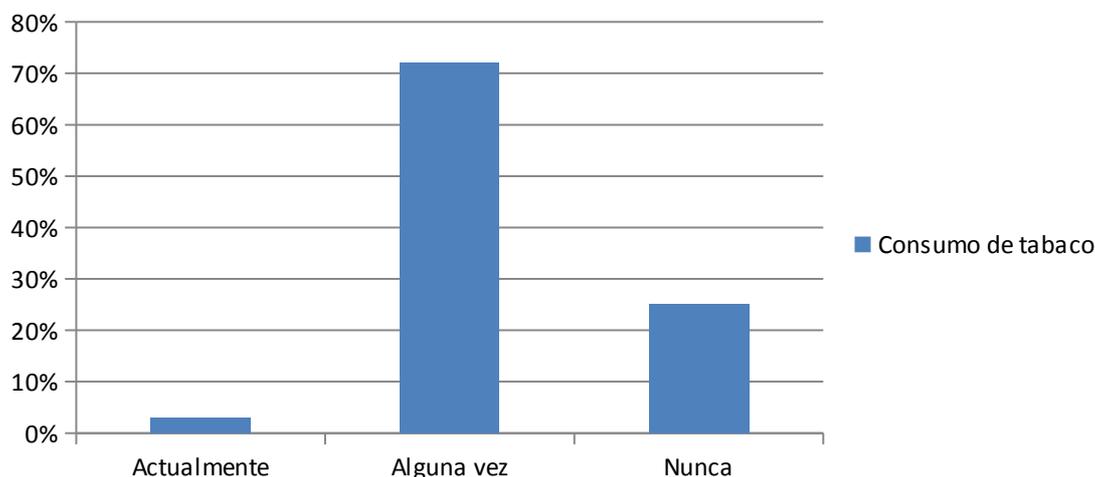
TABLA N°5: Distribución de frecuencia según Nivel de instrucción de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Nivel de instrucción	FA	FR	FR%
Sin estudios formales	0	0	0%
Primaria completa	13	0.14	13%
Primaria incompleta	0	0	0%
Secundaria completa	36	0.39	39%
Secundaria incompleta	24	0.26	26%
Terciaria completa	16	0.17	17%
Terciaria incompleta	4	0.04	4%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°5: Distribución de frecuencia según Nivel de instrucción de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de

Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°6: OCUPACIÓN

Definición conceptual: Principal tarea a la que se dedica un individuo

Definición operacional: Clasificación según actividad a la que se dedica el individuo al momento de la investigación.

Tipo: Cualitativa, nominal.

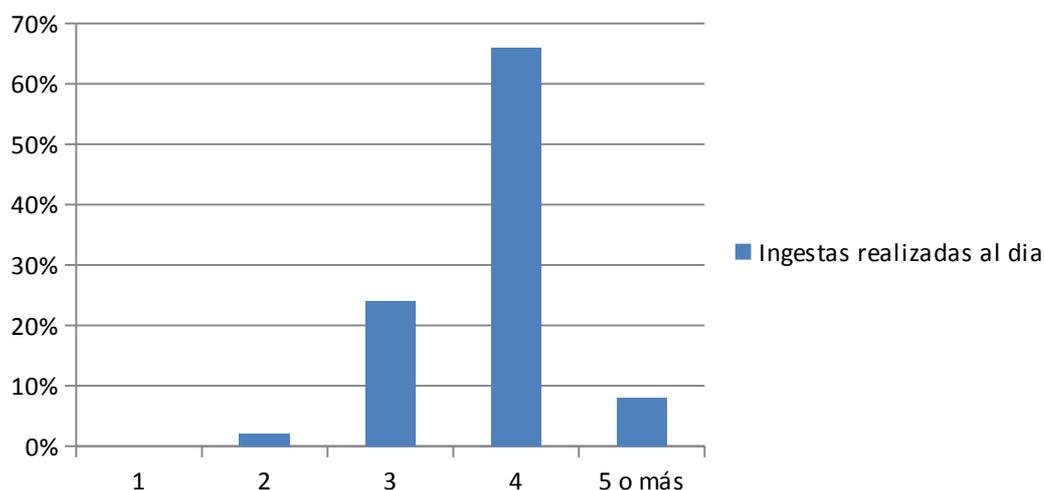
Categoría: Estudia, Trabaja, No Trabaja, Jubilado, Pensionista.

TABLA N°6: Distribución de frecuencia según ocupación de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Ocupación	FA	FR	FR%
Estudia	0	0	0%
Trabaja	43	0.46	46%
No trabaja	2	0.02	2%
Jubilado	44	0.47	47%
Pensionista	4	0.04	4%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°6: Distribución de frecuencia según ocupación de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°7: CONFORMACIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR

Definición conceptual: Grupo de personas que viven bajo un mismo techo, y se relacionan entre si compartiendo tanto lazos jurídicos y/o naturales.

Definición operacional: Determinación del número de personas que conviven con el individuo interrogado.

Tipo: Cuantitativa, discreta.

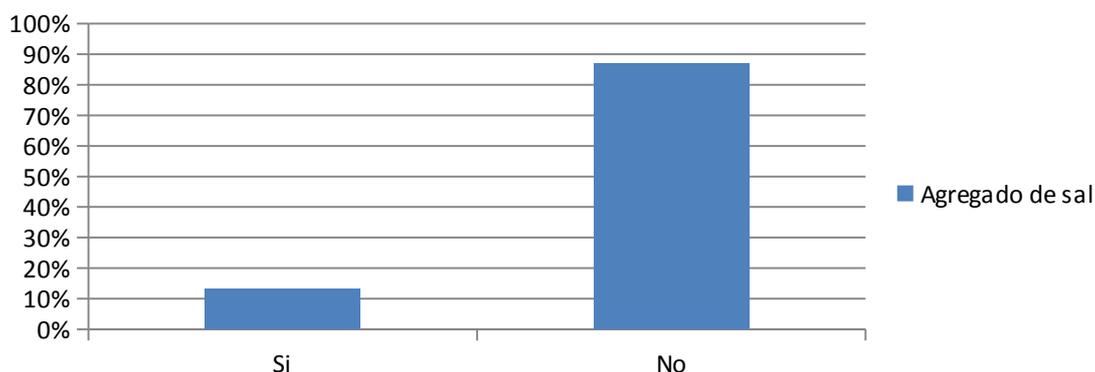
Categoría: 1, 2, 3,4 o más.

TABLA N°7: Distribución de frecuencia según conformación del núcleo familiar de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Núcleo familiar	FA	FR	FR%
1	16	0.17	17%
2	34	0.37	37%
3	24	0.26	26%
4 o más	19	0.20	20%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°7: Distribución de frecuencia según conformación del núcleo familiar de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°8: ANTECEDENTES PERSONALES

Definición conceptual: Datos conocidos sobre patologías existentes sobre la salud del usuario.

Definición operacional: Identificación de antecedentes médicos propios de la persona interrogada.

Tipo: Cualitativa, nominal.

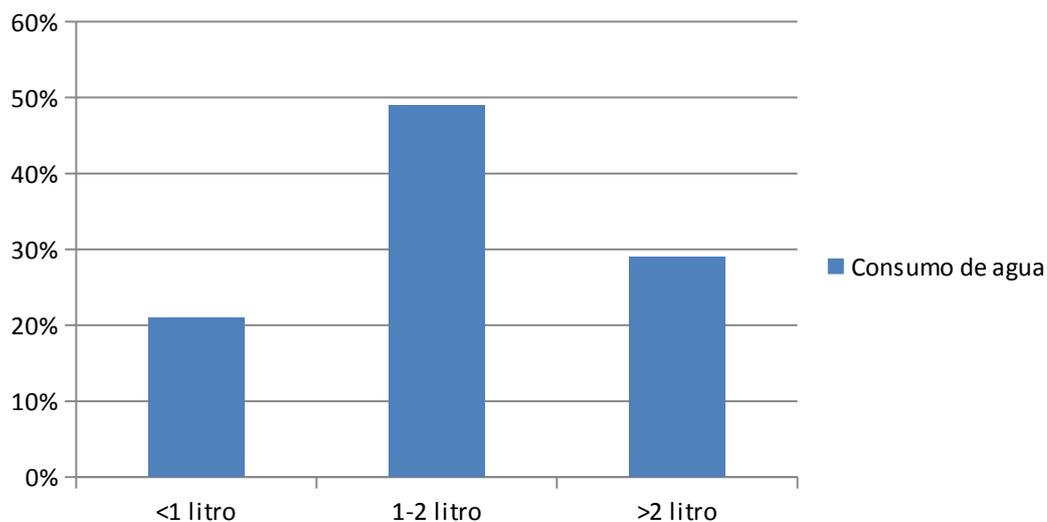
Categoría: Alergias, ECV, Enf. Respiratorias, Enf. Endócrinas, Insuficiencia Renal, Neoplasias, Pat. Psiquiátrica.

TABLA N°8: Distribución de frecuencia según antecedentes personales de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Antecedentes personales	FA	FR	FR%
Alergias	4	0.04	4%
ECV	93	1	100%
Enfermedades respiratorias	15	0.16	16%
Enfermedades endocrinas	32	0.34	34%
Insuficiencia renal	3	0.03	3%
Neoplasias	4	0.04	4%
Pat. Psiquiátricas	3	0.03	3%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°8: Distribución de frecuencia según antecedentes personales de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°9: ANTECEDENTES FAMILIARES

Definición conceptual: Datos conocidos sobre la salud de familiares directos del usuario.

Definición operacional: Incluye antecedentes médicos de familiares directos de la persona interrogada.

Tipo: Cualitativa, nominal.

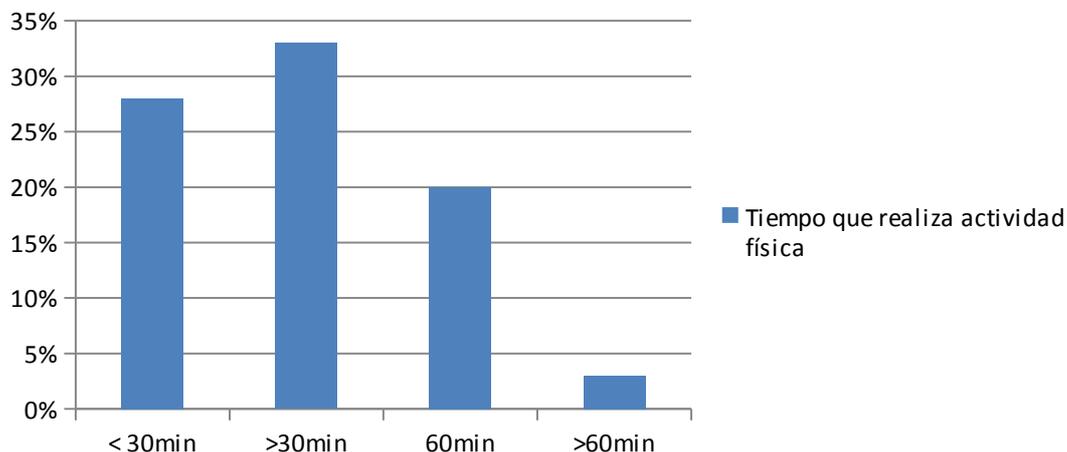
Categoría: ECV, Enf. Respiratorias, Enf. Endocrinas, Insuficiencia renal, Neoplasias, Patologías Psiquiátrica.

TABLA N°9: Distribución de frecuencia según antecedentes familiares de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Antecedentes familiares	FA	FR	FR%
ECV	67	0.72	72%
Enfermedades Respiratorias	6	0.06	6%
Enfermedades Endócrinas	24	0.26	26%
Insuficiencia Renal	0	0	0%
Neoplasias	24	0.26	26%
Patologías Psiquiátricas	1	0.01	1%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°9: Distribución de frecuencia según antecedentes familiares de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°10: HÁBITOS NOCIVOS

Definición conceptual: Aquellas conductas o agentes externos cuya práctica o interacción repetida provocan daños a corto o largo plazo, o a situar a un individuo a un mayor riesgo de contraer enfermedades.

Definición operacional: Identificación de acciones que pueda tener un individuo y sean nocivas para su salud.

Tipo: Cualitativa, nominal.

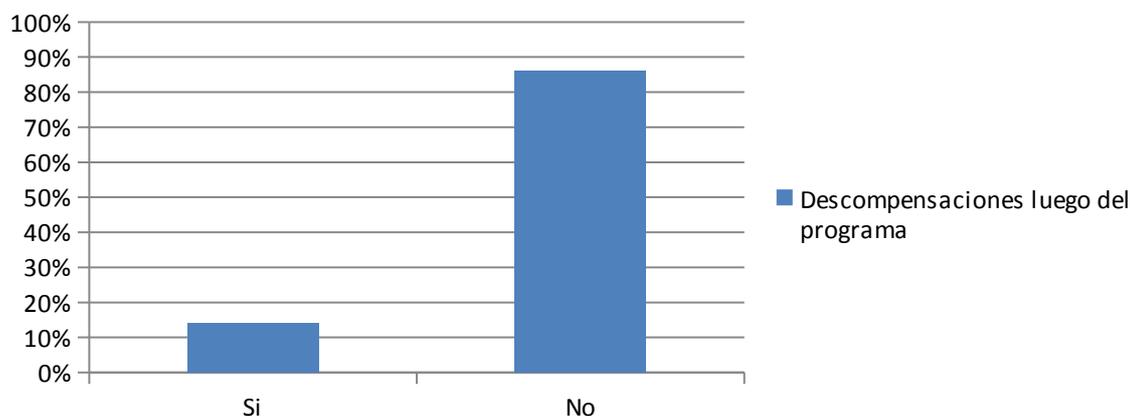
Categoría: Fumador, Ex. Fumador, Consume alcohol, No Consume Alcohol, Consumió alcohol anteriormente, Consumo de sustancias psicoactivas.

TABLA N°10: Distribución de frecuencia según hábitos nocivos de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Hábitos nocivos	FA	FR	FR%
Fumador	3	0.03	3%
Ex fumador	67	0.72	72%
Consume alcohol	23	0.24	24%
No consume alcohol	70	0.75	75%
Consumió alcohol anteriormente	21	0.22	22%
Consumo sustancias psicoactivas	0	0	0%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°10: Distribución de frecuencia según hábitos nocivos de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°11: CONSUMO DE TABACO

Definición conceptual: Práctica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas o posibilidades.

Definición operacional: Determinación según consumo o no de tabaco por parte del interrogado.

Tipo: Cualitativa, nominal.

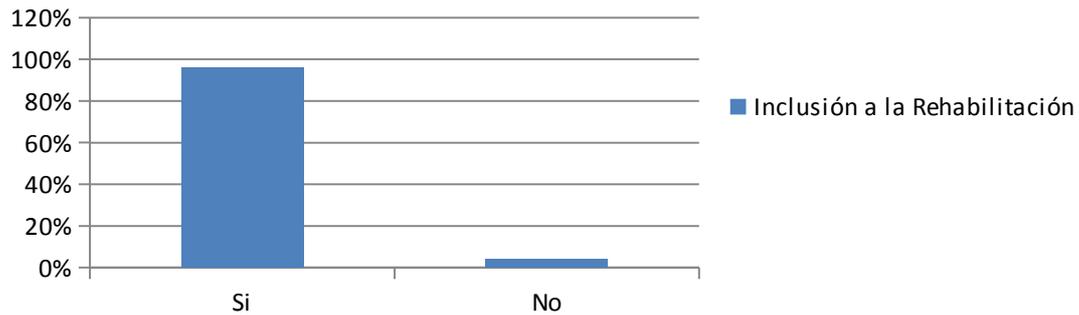
Categoría: Actualmente, Alguna vez, Nunca.

TABLA N°11: Distribución de frecuencia según consumo de tabaco de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Consumo de tabaco	FA	FR	FR%
Actualmente	3	0.03	3%
Alguna vez	67	0.72	72%
Nunca	23	0.25	25%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°11: Distribución de frecuencia según consumo de tabaco de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°12: MEDICACIÓN HABITUAL

Definición conceptual: Fármaco que ingiere un individuo de forma periódica.

Definición operacional: Identificación de fármacos que ingiere de forma habitual el individuo interrogado

Tipo: Cualitativa, nominal

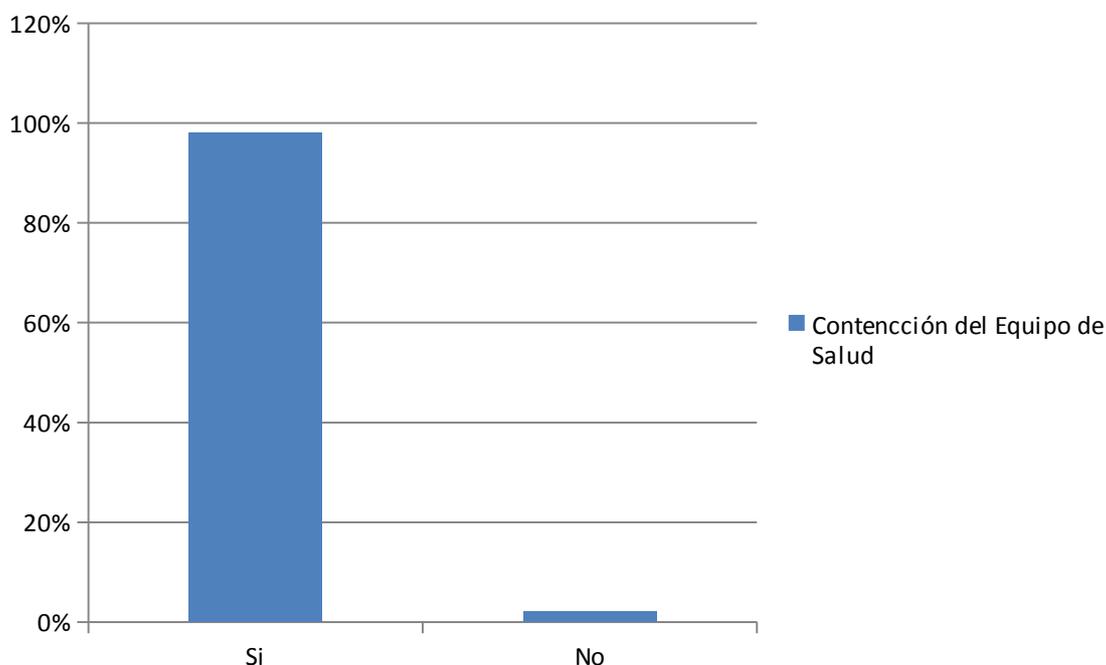
Categoría: Hipolipemiente, Antihistamínico, Corticoides, Antiagregante plaquetario, Antitrombótico, Antihipertensivo, Protector gástrico, Medicación psiquiátrica.

TABLA N°12: Distribución de frecuencia según Medicación habitual de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Medicación habitual	FA	FR	FR%
Hipolipemiantes	58	0.62	62%
Antihistaminicos	1	0.01	1%
Corticoides	2	0.02	2%
Antiagreganteplaquetario	71	0.76	76%
Antitrombótico	17	0.18	18%
Antihipertensivos	88	0.95	95%
Protector gástrico	33	0.35	35%
Medicación psiquiátrica	13	0.14	14%
Diurético	18	0.19	19%
Broncodilatadores	9	0.09	9%
Antiepilépticos	1	0.01	1%
Antidiabéticos	18	0.19	19%
Antiarrítmico	20	0.21	21%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°12: Distribución de frecuencia según medicación habitual de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°13: CAMBIOS EN LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS

Definición conceptual: Modificación en el régimen alimenticio.

Definición operacional: Establecer si existe modificación en la alimentación diaria luego del ingreso al programa.

Tipo: Cualitativa, nominal.

Categoría: Sí, No.

TABLA N°13: Distribución de frecuencia según cambios en los hábitos alimenticios de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Cambios en hábitos alimenticios	FA	FR	FR%
Si	89	0.96	96%
No	4	0.04	4%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°13: Distribución de frecuencia según cambios en los hábitos alimenticios de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°14: INGESTAS REALIZADAS AL DÍA

Definición conceptual: Número de ingestas realizadas al día.

Definición operacional: Determinación de la cantidad de veces que el individuo se alimenta al día en su cotidianidad.

Tipo: Cuantitativa, discreta.

Categoría: 1, 2,3, 4, 5 o más.

TABLA N°14: Distribución de frecuencia según ingestas realizadas al día de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Ingestas realizadas al día	FA	FR	FR%
1	0	0	0%
2	2	0.02	2%
3	22	0.24	24%
4	61	0.66	66%
5 o más	8	0.08	8%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°14: Distribución de frecuencia según ingestas realizadas al día de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°15: RÉGIMEN ALIMENTICIO

Definición conceptual: Dieta que realiza un individuo diariamente.

Definición operacional: Determinación del tipo de dieta que sigue el individuo interrogado de acuerdo a su patología.

Tipo: Cualitativa, nominal.

Categoría: Hiposódica, Diabético, Renal, Hepático, Ninguna.

TABLA N°15: Distribución de frecuencia según régimen alimenticio de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Régimen alimenticio	FA	FR	FR%
Hiposódica	83	0.89	89%
Diabético	26	0.28	28%
Renal	2	0.02	2%
Hepático	2	0.02	2%
Ninguna	7	0.07	7%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°15: Distribución de frecuencia según régimen alimenticio de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°16: AGREGADO DE SAL

Definición conceptual: Incorporación de cloruro de sodio a los alimentos previos a ser ingeridos o durante su preparación.

Definición operacional: Clasificación según incorporación de cloruro de sodio o no a los alimentos ingeridos o al ser preparados por parte del interrogado.

Tipo: Cualitativa, nominal.

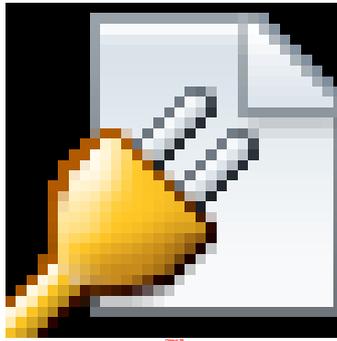
Categoría: Si, No.

TABLA N°16: Distribución de frecuencia según agregado de sal de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Agregado de sal	FA	FR	FR%
Si	12	0.13	13%
No	81	0.87	87%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°16: Distribución de frecuencia según agregado de sal de los usuarios insertos al Programa programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°17: CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS

Definición conceptual: Ingesta habitual de frutas y verduras.

Definición operacional: Determinación de la frecuencia del consumo de frutas y verduras en el individuo interrogado.

Tipo: Cualitativa, ordinal.

Categoría: Diario, A veces, Nunca.

TABLA N°17: Distribución de frecuencia según consumo de frutas y verduras de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Consumo de frutas y verduras	FA	FR	FR%
Diario	67	0.72	72%
A veces	26	0.28	28%
Nunca	0	0	0%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°17: Distribución de frecuencia según consumo de frutas y verduras de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°18: CONSUMO AGUA

Definición conceptual: Cantidad de agua que bebe un individuo en su cotidianidad.

Definición operacional: Determinación de la cantidad de agua que consume al día el individuo interrogado.

Tipo: Cuantitativa, discreta.

Categoría: < 1 litro, 1-2 litros, > 2 litros.

TABLA N°18: Distribución de frecuencia según consumo de agua de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Consumo de agua	FA	FR	FR%
<1 litro	20	0.21	21%
1-2 litros	46	0.49	49%
>2 litros	27	0.29	29%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°18: Distribución de frecuencia según consumo de agua de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°19: ACTIVIDAD FÍSICA

Definición conceptual: Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía durante al menos 10 minutos consecutivos.

Definición operacional: Clasificar al usuario interrogado de acuerdo a si realiza o no actividad física por al menos 10 minutos consecutivos.

Tipo: Cualitativa, nominal.

Categoría: Si, No.

TABLA N°19: Distribución de frecuencia según realización de actividad física de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Actividad física	FA	FR	FR%
Si	79	0.85	85%
No	14	0.15	15%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°19: Distribución de frecuencia según realización de actividad física de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°20: TIEMPO QUE REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA

Definición conceptual: Tiempo que dedica una persona a practicar actividad física.

Definición operacional: Duración en minutos que dedica el usuario a realizar actividad física.

Tipo: Cuantitativa, continua.

Categoría: < 30min,> 30min, 60 min, >60 min.

TABLA N°20: Distribución de frecuencia según tiempo que realiza actividad física de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Tiempo que realiza actividad física	FA	FR	FR%
< 30 min	26	0.28	28%
>30 min	31	0.33	33%
60 min	19	0.20	20%
>60 min	3	0.03	3%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°20: Distribución de frecuencia según tiempo que realiza actividad física de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°21: CONTROLES MÉDICOS

Definición conceptual: Cumplimiento por parte de una persona a sus citas médicas pautadas.

Definición operacional: Establecer la concurrencia del individuo interrogado a los controles médicos pautados.

Tipo: Cualitativa, nominal.

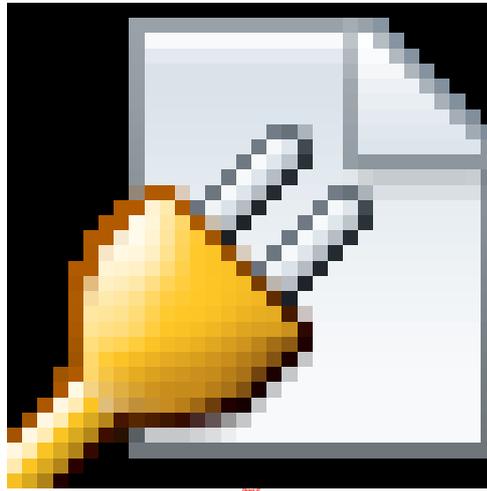
Categoría: Si, No.

TABLA N°21: Distribución de frecuencia según controles médicos de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Controles médicos	FA	FR	FR%
Si	91	0.98	98%
No	2	0.02	2%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°21: Distribución de frecuencia según controles médicos de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°22: DESCOMPENSACIONES C.V. LUEGO DE INICIARSE EN EL PROGRAMA

Definición conceptual: Alteración del equilibrio que el organismo presenta frente a una enfermedad durante un cierto periodo de tiempo.

Definición operacional: Determinar si el usuario encuestado ha presentado una descompensación cardiovascular luego de iniciarse en el programa.

Tipo: Cualitativa, nominal.

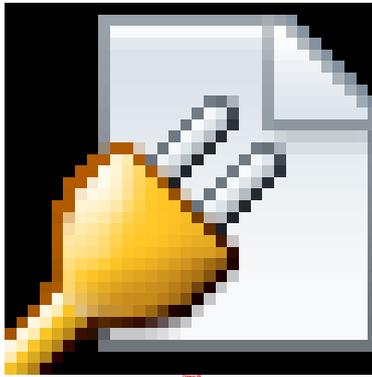
Categoría: Si, No.

TABLA N°22: Distribución de frecuencia según descompensaciones CV luego de insertos al Programa de los usuarios integrados a un programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Descompensaciones CV luego de iniciarse el programa	FA	FR	FR%
Si	13	0.14	14%
No	80	0.86	86%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°22: Distribución de frecuencia según descompensaciones CV luego de insertos al Programa de los usuarios Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°23: CONTROLES DE SALUD DENTRO DEL PROGRAMA

Definición conceptual: chequeo del estado de salud de un individuo.

Definición operacional: control del estado de salud de los usuarios mediante una serie de estudios y signos vitales dentro del programa.

Tipo: Cualitativa, nominal.

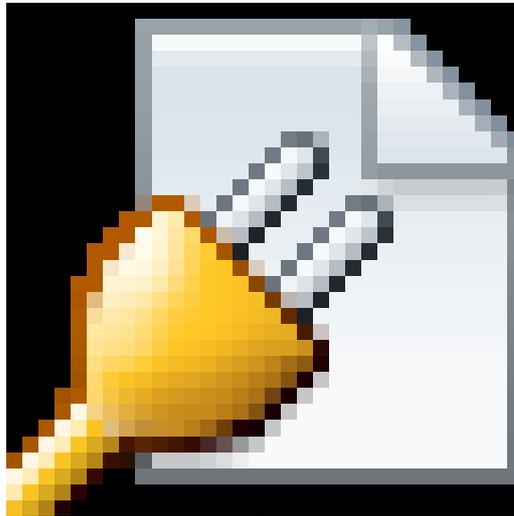
Categoría: Si, No.

TABLA N°23: Distribución de frecuencia según controles de salud dentro del programa de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Controles de salud dentro del programa	FA	FR	FR%
Si	84	0.90	90%
No	9	0.10	10%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°23: Distribución de frecuencia según controles de salud dentro del programa de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°24: CAMBIOS BENEFICIOSOS

Definición conceptual: Modificación favorable de la calidad de vida.

Definición operacional: Cambios favorables en actividades de la vida diaria del usuario encuestado luego de iniciarse en el programa.

Tipo: Cualitativa, nominal.

Categoría: Si, No.

TABLA N°24: Distribución de frecuencia según cambios beneficiosos de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Cambios beneficiosos	FA	FR	FR%
Si	84	0.90	90%
No	9	0.10	10%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°24: Distribución de frecuencia según cambios beneficiosos de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°25: INCLUSIÓN A LA REHABILITACIÓN

Definición conceptual: Sensación del usuario de pertenecer, estar involucrado con su RCV.

Definición operacional: Determinación de la existencia del sentido de pertenencia del usuario para con el programa.

Tipo: Cualitativa, nominal.

Categoría: Si, No.

TABLA N°25: Distribución de frecuencia según inclusión a la rehabilitación de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Inclusión en la Rehabilitación	FA	FR	FR%
Si	89	0.96	96%
No	4	0.04	4%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°25: Distribución de frecuencia según inclusión a la rehabilitación de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°26: SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Definición conceptual: Sentimiento de bienestar de un individuo hacia algo.

Definición operacional: Conformidad de bienestar y complacencia del usuario para con el programa.

Tipo: Cualitativa, nominal.

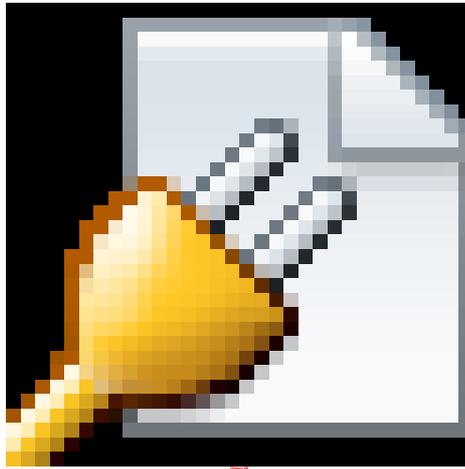
Categoría: Si, No.

TABLA N°26: Distribución de frecuencia según satisfacción del usuario inserto al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Satisfacción del usuario	FA	FR	FR%
Si	93	1	100%
No	0	0	0%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos

GRÁFICA N°26: Distribución de frecuencia según satisfacción del usuario inserto al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°27: CONTENCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD

Definición conceptual: Conformidad del usuario con respecto al apoyo brindado por parte de un equipo multidisciplinario.

Definición operacional: Establecer la existencia de sentimiento de apoyo por parte del equipo de salud involucrado en el programa de RCV al usuario interrogado.

Tipo: Cualitativa, nominal.

Categoría: Si, No.

TABLA N°27: Distribución de frecuencia según contención del equipo de salud de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Contención del Equipo de Salud	FA	FR	FR%
Si	91	0.98	98%
No	2	0.02	2%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos

GRÁFICA N°27: Distribución de frecuencia según contención del equipo de salud de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

VARIABLE N°28: REINGRESO AL PROGRAMA

Definición conceptual: Integrarse nuevamente al programa del cual ya formó parte.

Definición operacional: Volver a formar parte del programa de RCV.

Tipo: Cualitativa, nominal.

Categoría: Si, No.

TABLA N°28: Distribución de frecuencia según reingreso al programa de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.

Reingreso al Programa	FA	FR	FR%
Si	90	0.97	97%
No	3	0.03	3%
Total	93	1	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA N°28: Distribución de frecuencia según reingreso al programa de los usuarios insertos al Programa de RCV en una Institución de referencia de la ciudad de Montevideo durante el mes de Setiembre de 2017.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumento de recolección de datos para conocer la situación actual de la Rehabilitación Cardiovascular en la población Uruguaya

Lugar y fecha	Respuesta	Clave												
Lugar donde se realizará la encuesta	Institución de referencia en la ciudad de Montevideo	A1												
Entrevistador	Estudiante de Licenciatura en Enfermería	A2												
Fecha en que se realizó la encuesta	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">día</td> <td style="text-align: center;">mes</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">año</td> </tr> </table>							día	mes	año				A3
día	mes	año												

Datos personales del encuestado		
Pregunta	Respuesta	Clave
Sexo	<p style="text-align: center;">Masculino 1</p> <p style="text-align: center;">Femenino 2</p>	B1
¿Qué edad tiene usted?	Años	B2
¿Dónde reside?	<p style="text-align: center;">Montevideo 1</p> <p style="text-align: center;">Interior 2</p>	B3

¿Cuál es el nivel de instrucción más alto alcanzado?	<p>Sin instrucción formal 1</p> <p>Primaria incompleta 2</p> <p>Primaria completa 3</p> <p>Secundaria incompleta 4</p> <p>Secundaria completa 5</p> <p>Terciaria incompleta 6</p> <p>Terciaria completa 7</p>	B4
¿Cuál es su estado civil?	<p style="text-align: center;">Soltero 1</p> <p style="text-align: center;">casado 2</p> <p style="text-align: center;">Divorciado 3</p> <p style="text-align: center;">Viudo 4</p> <p style="text-align: center;">Unión libre 5</p>	B5
¿Cuál es su ocupación actual?	<p style="text-align: center;">Estudia 1</p> <p style="text-align: center;">Trabaja 2</p> <p style="text-align: center;">No trabaja 3</p> <p style="text-align: center;">Jubilado 4</p>	B6

	Pensionista	5	
¿Cuántas personas conforman su núcleo familiar?	1 2 3 4 o más	1 2 3 4	B7
Antecedentes Personales	Alergias Enfermedad Cardiovascular Enfermedad respiratoria Enfermedad endócrina Insuficiencia renal Neoplasia Patología psiquiátrica	1 2 3 4 5 6 7	B8
Antecedentes familiares	Enfermedad Cardiovascular Enfermedad respiratoria Enfermedad endócrina Insuficiencia renal Neoplasia Patología psiquiátrica	1 2 3 4 5 6	B9

Hábitos nocivos			
Pregunta	Respuesta		Clave
¿Usted fuma actualmente?	Sí No	1 2	C1
¿Fumó usted anteriormente?	Si No	1 2	C2
¿Consume bebidas alcohólicas actualmente?	Si No	1 2	C3
¿Consumió bebidas alcohólicas anteriormente?	Si No	1 2	C4
¿Consume usted alguna otra sustancia?	Si No	1 2	C5

Medicación habitual			
Pregunta	Respuesta		Clave
¿Qué medicación toma habitualmente?	Hipolipemiente	1	D1
	Antihistamínico	2	
	Corticoide	3	
	Antiagreganteplaquetario	4	
	Antitrombótico	5	
	Antihipertensivo	6	
	Protector gástrico	7	
	Medicación psiquiátrica	8	
	Diurético	9	
	Broncodilatador	10	
	Antiepiléptico	11	
	Antidiabético	12	
	Antiarrítmico	13	

Régimen alimenticio			
Pregunta	Respuesta		Clave
¿Ha modificado sus hábitos alimenticios luego de ingresar al programa?	Si	1	E1
	No	2	
¿Cuántas comidas realiza al día?	1	1	E2
	2	2	
	3	3	
	4	4	
	5 o más	5	
¿Cumple con algún tipo de dieta?	Hiposódica	1	E3
	Diabética	2	
	Renal	3	
	Hepática	4	
	Ninguna en particular	5	
¿Agrega sal a sus comidas?	Si	1	E4
	No	2	
¿Consume frutas y verduras?		1	E5
	A diario	2	
	A veces	3	
	Nunca		

¿Cuánto es su consumo diario aproximado de agua?	< 1 Lt. 1 a 2lt. > 2 Lt.	1 2 3 4	E6

Actividad física			
Pregunta	Respuesta		Clave
¿Realiza actividades que impliquen aumento en la frecuencia respiratoria y cardíaca durante al menos 10 minutos consecutivos?	Si No	1 2 Si la respuesta es No pase a G1	F1
En un día corriente ¿cuánto tiempo pasa usted realizando estas actividades?	<30 min. >30 min. 60 min. >60 min.	1 2 3 4	F2

¿Concurre a los controles médicos agendados?	Si No	1 2	G1
¿Ha tenido nuevas descompensaciones cardiovasculares luego de iniciarse en el programa?	Si No	1 2	G2
¿Le han realizado controles de salud dentro del programa?	Si No	1 2	G3
¿Cuáles?	Presión arterial Glicemia Colesterol Triglicéridos	1 2 3 4 5	G4

	Creatinina Peso	6	
¿Ha notado cambios beneficiosos en las actividades de su vida diaria luego de ingresar al programa?	Si No	1 2 Si la respuesta es No pase a H1	G5
¿Cuáles?	Trabajo Vida en familia Salir de compras Actividades del hogar Autocuidado Fiestas y reuniones Desempeño de creencias Vida sexual	1 2 3 4 5 6 7 8 9	G6

Satisfacción del usuario			
¿Se siente involucrado con la rehabilitación?	Sí No	1 2	H1
¿Se siente satisfecho con la misma?	Si No	1 2	H2
¿Se ha sentido contenido por el equipo de salud?	Sí No	1 2	H3
En caso de ser necesario ¿Volvería al programa?	Si No	1 2	H4

Encuesta al Licenciado en Enfermería a cargo del Programa de Rehabilitación Cardiovascular

Lugar y fecha	Respuesta	Clave									
Lugar donde se realizará la encuesta	Institución de referencia en la ciudad de Montevideo	I1									
Entrevistador	Estudiante de Licenciatura en Enfermería	I2									
Fecha en que se realizó la encuesta	<table border="0"> <tr> <td align="center">05</td> <td align="center">10</td> <td align="center">2017</td> </tr> <tr> <td align="center"> _ </td> <td align="center"> _ </td> <td align="center"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td align="center">día</td> <td align="center">mes</td> <td align="center">año</td> </tr> </table>	05	10	2017	_	_	_ _ _	día	mes	año	I3
05	10	2017									
_	_	_ _ _									
día	mes	año									

Datos personales del entrevistado							
Pregunta	Respuesta		Clave				
Sexo	Masculino	1	J1				
	Femenino	2					
¿Qué edad tiene usted?	Años	<table border="0"> <tr> <td align="center">5</td> <td align="center">6</td> </tr> <tr> <td align="center"> _ </td> <td align="center"> _ </td> </tr> </table>	5	6	_	_	J2
5	6						
_	_						

¿Hace cuánto tiempo trabaja en el área?	Tiempo	<table border="0"> <tr> <td align="center"> _ _ </td> <td align="center">años</td> </tr> <tr> <td align="center"> _ _ </td> <td align="center">meses</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">“Más de 20 años”</td> </tr> </table>	_ _	años	_ _	meses	“Más de 20 años”		K1
_ _	años								
_ _	meses								
“Más de 20 años”									
¿Trabaja en otro centro con otro programa de rehabilitación?	<table border="0"> <tr> <td align="center">Si</td> <td align="center">1</td> </tr> <tr> <td align="center">No</td> <td align="center">2</td> </tr> </table>	Si	1	No	2		K2		
Si	1								
No	2								

¿Realizó alguna capacitación para RCV?	Si No	1 2	K3
En los últimos 12 meses ¿ha realizado cursos de actualización?	Si No	1 “Soy docente de la Facultad” 2	K4
¿Qué funciones cumple en el programa?		“Coordinador junto al Dr. Gerard Burdiat”	K5
¿Considera que recibe apoyo y motivación en su actividad?	Si No	1 “Es difícil, la motivación está dada por los pacientes, y por los resultados que ustedes mismos están observando, eso es lo que estimula a seguir” 2	K6
¿Qué requisitos tienen los pacientes que ingresan al programa?		“Revascularizados, por perfusión, o cirugía, pueden ser quirúrgicos, coronarios, combinados más valvular, se excluye valvulares; y nosotros consideramos que el máximo de edad para tener efectos y cambios pusimos un tope de 75 años”	K7
¿Cuáles son los diagnósticos más frecuentes en los pacientes que ingresan al programa?		“Cardiopatía isquémica”	K8
¿Cree que cuenta con los recursos humanos necesarios para abordar el programa?	Si No	1 2 “Nunca es suficiente, porque cada vez se extiende más, los procedimientos de revascularización sobre todo a nivel de angioplastia se ha extendido la edad, se ha prolongado la calidad de vida de los pacientes, se ha incrementado el número, hemos visto pacientes cada vez más jóvenes”	K9

¿Cree que cuenta con los recursos materiales necesarios para abordar el programa?	Si No	1 2	K10
¿Cree que cuenta con los recursos financieros necesarios para abordar el programa?	Si No	1 2 “Los aporta la Institución. Nos falta algo de apoyo en la parte epidemiológica y estadística, muchas veces tenemos que procesar nosotros los datos o requerir apoyo extra-institucional”	K11
¿Cómo está compuesto el equipo de rehabilitación?	Médico Cardiólogo Licenciado en Enfermería Auxiliar en Enfermería Lic. en Nutrición Lic. en Fisioterapia Lic. en Educación Física Trabajador Social	1 “Especializado en RCV” 2 3 4 5 6 7 “A mi entender faltaría Psicóloga”	K12
Actualmente, ¿Con cuántos usuarios cuenta el programa?	Número de usuarios	“No tengo el número exacto, 3000, algo así, no me acuerdo en este momento, desde que empezó el programa, en 2009”	K13
¿Cuándo ingresa el usuario al programa?	Tiempo luego de la intervención	“Si es una angioplastia diferida, al alta ya se le puede coordinar. Si es un IAM, sin complicaciones, a partir del alta, cumpliendo sus 5 días de internación ya se le puede coordinar. Si es un IAM con complica-	K14

		<p>ciones se demora un poco más, hasta que el paciente este estable, y ahí lo ingresamos. Siempre tratamos de que la charla sea previa a la primera consulta con el Cardiólogo que lo va a seguir. Y si son pacientes quirúrgicos, nosotros consideramos que cuando ve al cirujano y está en condiciones de desplazarse y movilizarse, que son más o menos entre la segunda y tercer semana, ahí ya lo podemos coordinar para la charla”.</p>	
¿Cuántos de los usuarios que son contactados concurren a los talleres?	Número de usuarios	“Yo te diría un 50%”	K15
¿Los pacientes responden efectivamente en cuánto a la medicación?	Si No	1 2 “Nosotros no hacemos en el programa, seguimiento de la medicación, nosotros hacemos recomendaciones de la medicación que se le da al alta y cuál debe ser su cumplimiento y adhesión, y la importancia de la misma”	K16
¿Los pacientes responden efectivamente a cambios en hábitos alimenticios?	Si No	1 2 “El paciente generalmente es muy receptivo y ávido de sugerencias. Está el tema a largo plazo, esto es una enfermedad crónica y como tales una vez que la tenés y esta sellado como tal es para toda la vida, y ahí el seguimiento se debería hacer a largo plazo, es decir por lo menos en tres años para arriba, para ver si efectivamente el paciente se adhiere al tratamiento”.	K17
¿Los pacientes responden efectivamente a los ejercicios físicos?	Si No	1 2 “Es más o menos lo mismo”	K18

¿La familia del paciente es integrada al programa?	Si No	1 2	K19
¿Se realiza seguimiento a los usuarios?	Si No	1 “Vía telefónica” 2	K20
¿Ha habido casos de reingreso al programa?	Si No	1 2 “Nosotros consideramos que por un tema de RRHH y de tiempos, los pacientes que ya estuvieron en el programa y tuvieron con la charla, les podemos hacer una llamada telefónica pero no lo invitamos de vuelta”	K21
¿Qué instrumento utiliza para el registro de los usuarios que ingresan al programa?	Planilla Agenda Programa por computadora	1 2 3	K23
¿Cuenta con un día en particular para la captación de los usuarios?	Si No	1 2 “Captar se capta cualquier día, porque todos los días hay altas de pacientes, así que se pueden captar cualquier día. De lunes a viernes porque no trabajamos sábado y domingo”	K24
¿Se realizan actividades educativas para los usuarios?	Si No	1 2	K25
¿Qué tipo de actividades se realiza?	Talleres informativos Talleres interactivos	1 2 3	K26

	Exposiciones Otras	4	
¿Participa en las actividades educativas?	Si No	1 2	K27
¿Las actividades son dictadas por usted y otros profesionales?	Si No	1 2	K28
¿Qué profesionales participan en las actividades educativas realizadas?	Médico Cardiólogo Lic. en Nutrición Lic. Fisioterapia Lic. Educación física Lic. Psicología Lic. en Trabajo social	1 2 3 4 5 6	K29
¿Se realizan estudios estadísticos cada cierto tiempo para evaluar resultados?	Si No	1 2 “Nosotros desde que empezamos en el programa hemos presentado varios trabajos en los distintos congresos de cardiología Uruguay”	K30
¿Por qué es importante que el Licenciado en Enfermería integre el equipo de RCV?		“Por muchos motivos, uno: por la logística y coordinación del equipo y que aparte integra un equipo multidisciplinario. Dos:	K31

		<p>porque uno lo que pretende como Licenciado es potenciar la salud del paciente, no solo en la enfermedad, sino que hay que ver los aspectos positivos que tiene el paciente, reforzarlos y apoyarlo en los cambios de hábitos de vida. Porque somos un referente en la policlínica, los equipos médicos cambian, nosotros estamos todos los días”</p>	
<p>¿Cuál es para usted la importancia de la existencia de grupos de rehabilitación en el país?</p>		<p>“Debería extenderse, existe ya en otras instituciones como el CASMU, el FNR; nosotros iniciamos antes que el FNR, y debería extenderse a todas las instituciones porque no hay que olvidarse que las ECV en Uruguay son primer causa de muerte, motivo por el cual, tenemos que apostar a los cambios de hábitos de vida de los pacientes, porque esos resultados se ven a largo plazo. Creo que se tendría que apostar también,</p>	<p>K32</p>

		<p>no solo a la prevención secundaria, sino a la prevención primaria con programas que apunten sobre todo a lo que son: niños, adolescentes, y grupos familiares; porque hay un componente hereditario muy importante en estas patologías, y hay que educarlos, apoyarlos e instrumentar programas que ya el Estado ha hecho algunos, el MSP, como programas de alimentación a nivel nacional en las escuelas, reducción de sal; se están haciendo programas; el alcohol, se está apoyando más a las actividades físicas, pero nunca es suficiente. Esto requiere un trabajo continuo”.</p>	
<p>¿A qué atribuye el escaso número de programas de este tipo?</p>		<p>“Es complejo de responder a eso, yo creo que muchos de los componentes es que la tecnología en la medicina ha avanzado muchísimo, los laboratorios se han impuesto de una forma bastante</p>	<p>K33</p>

		<p>importante. Las instituciones, si bien el SNIS ha tratado de cambiar un poco la perspectiva en cuanto al sistema de atención de los pacientes, todavía, se invierte muchísimo en tecnología y se invierte poquísimos en prevención. Yo creo que uno de los motivos principales es el económico. Los administradores en alguna forma priorizan determinados aspectos, porque los resultados se ven a largo plazo, no se ven de forma inmediata. Hay una sustentación de la tecnología para el paciente que está enfermo en ese momento. Por eso la epidemiología es muy importante en este tipo de enfermedades, porque pone el norte hacia donde apuntamos y al que vamos ”</p>	
<p>¿Cuál sería para usted la estrategia a desarrollar para que todos los pacientes que lo requieran sean captados y se mantengan en el programa?</p>		<p>“Ajustar el sistema de coordinación, la captación del paciente, tener los RRHH necesarios, y logístico nece-</p>	<p>K34</p>

		<p>sarios. El apoyo de la institución para todos estos elementos. Demostrar a la institución con estos trabajos que están haciendo ustedes y que hacemos nosotros, los buenos resultados, publicarlos institucionalmente y nacionalmente, porque en eso está el aval a que estos programas puedan continuar”</p>	
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para pacientes

Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Departamento de Adulto y Anciano.

Consentimiento informado para la participación en el Trabajo Final de Investigación.

Por la presente, en forma expresa y voluntaria, autorizo que mi información sea utilizada en el marco del TFI “Rehabilitación Cardiovascular en adultos”, por el grupo de estudiantes de Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

En la información que se recoja no aparecerá mi nombre, ni ningún otro dato que permita identificarme. Mis datos serán confidenciales, y se me garantiza que mi nombre u otra forma de identificación no saldrán en ninguna publicación.

Los datos recogidos para el proyecto estarán identificados mediante un número, de manera que el acceso a mi información personal quedará restringido. Declaro que he podido responder las preguntas que entendí necesarias y he comprendido su objetivo y forma de trabajo. Comprendo que mi participación es voluntaria y que el hecho de no participar del mismo no modificaría mi atención ni tratamiento, sin que se vea afectada la continuidad y calidad de mi atención.

Nombre y Apellido del participante.....

Firma del participante.....

Fecha.....

Nombre y Apellido del docente a cargo.....

Firma del docente a cargo.....

Fecha.....

Consentimiento informado para Licenciado en Enfermería

Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Departamento de Adulto y Anciano.

Consentimiento informado para la participación en el Trabajo Final de Investigación.

Por la presente, en forma expresa y voluntaria, autorizo que mi información sea utilizada en el marco del TFI “Rehabilitación Cardiovascular en adultos”, por el grupo de estudiantes de Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

En la información que se recoja no aparecerá mi nombre, ni ningún otro dato que permita identificarme. Mis datos serán confidenciales, y se me garantiza que se mantendrá secreto profesional, ni mi nombre ni otra forma de identificación saldrán en ninguna publicación.

Los datos recogidos para el proyecto estarán identificados mediante un número, de manera que el acceso a mi información personal quedará restringido. Declaro que he podido responder las preguntas que entendí necesarias y he comprendido su objetivo y forma de trabajo.

Nombre y Apellido del participante.....

Firma del participante.....

Fecha.....

Nombre y Apellido del docente a cargo.....

Firma del docente a cargo.....

Fecha.....