

Nivel de satisfacción de pacientes y enfermeras tras un seguimiento intensivo protocolizado en pacientes post-infartados en atención primaria

Ángel Lizcano-Álvarez^{1,5}, Laura Carretero-Julián^{2,5}, Juana Gómez-Puente^{3,5}, Laura López-Kollmer^{4,5}

¹Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería y Estomatología. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. España | ²Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Departamento de Enfermería. Universidad Complutense. Madrid. España | ³Centro de Salud San Carlos. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Madrid. España. | ⁴Centro de Salud Miguel de Cervantes. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Madrid. España. | ⁵Grupo de Investigación en Cuidados Cardiovasculares. Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP). Madrid. España.

AUTOR DE CORRESPONDENCIA: angel.lizcano@urjc.es

Manuscrito recibido: 25/08/2024 Manuscrito aceptado: 26/02/2025

Cómo citar este documento

Lizcano-Álvarez A., Carretero-Julián L., Gómez-Puente J., López-Kollmer L. Nivel de satisfacción de pacientes y enfermeras tras un seguimiento intensivo protocolizado en pacientes post-infartados en atención primaria. *Quantitative and Qualitative Community Research RqR*. 2025 Julio; 13 (2): 43-59.

Financiación: El presente trabajo ha sido financiado con 5000€ procedente de la concesión del I Premio Nacional al Mejor Proyecto de Investigación en Enfermería por el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid en 2017

Conflicto de intereses: Este manuscrito no ha sido publicado ni presentado en ningún otro lugar y no está siendo considerado por otra revista simultáneamente. No tenemos ningún conflicto de intereses que revelar.

Agradecimientos: Los autores quieren agradecer a todos los pacientes y enfermeras de los equipos de atención primaria implicados. Asimismo, al Grupo de Investigación Clínica y Asistencial de la Red de Enfermería Cardiovascular en Atención Primaria (REccAP) perteneciente a la Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP) por realizar posible este estudio.

Original

RESUMEN

Objetivo: Describir la satisfacción de los pacientes y las enfermeras de atención primaria que han llevado un programa de seguimiento intensivo y protocolizado de pacientes que han tenido un infarto de miocardio (IAM) reciente.

Metodología: Estudio descriptivo transversal dentro de un cuasi-experimental, multicéntrico, antes y después sin grupo control. Se incluyeron 219 pacientes, entre 40-70 años diagnosticados de IAM. Finalizan el programa 132. Intervinieron 59 enfermeras de centros de salud. Se realizó un seguimiento intensivo durante 12 meses con 11 consultas de enfermería. Utilizaron un Cuaderno de Autocuidados Cardiovasculares como herramienta en el autocontrol de la enfermedad cardiovascular. El nivel de satisfacción se midió al finalizar el programa con un cuestionario ad hoc con preguntas cerradas y abiertas valorando el protocolo de seguimiento y el uso del cuaderno de autocuidados.

Resultados: Las enfermeras consideraron pertinente el seguimiento protocolizado y los cuidados prestados (90,1%). Más del 85% valoraron mucho/bastante la mejora de la relación terapéutica. El cuaderno fue muy útil y beneficioso como apoyo al seguimiento del paciente (90,1%) y en mejorar el cumplimiento de autocuidados. Los pacientes confirmaron que estaban muy satisfechos (87,8%) con la profesionalidad y el tiempo dedicado. 88,8% aumentaron sus conocimientos y adherencia en autocuidados. El 96,9% recomendarían el programa.

Conclusiones: Los pacientes y enfermeras, valoraron muy positivo realizar un adecuado seguimiento intensivo lo antes posible tras sufrir un IAM, ya que los pacientes percibieron una mejora en el manejo de su enfermedad, mientras que las enfermeras observaron un mejor empoderamiento de los autocuidados cardiovasculares.

Palabras clave

Satisfacción del Paciente; Enfermería de Atención Primaria; Infarto de Miocardio; Satisfacción en el Trabajo; Atención Secundaria de Salud.

Level of Satisfaction of Patients and Nurses After Protocolized Intensive Follow-Up in Post-Infarction Patients in Primary Care

Abstract

Objective: To describe the satisfaction of patients and primary care nurses who completed an intensive, protocol-based follow-up program for patients with a recent myocardial infarction (AMI).

Methodology: A descriptive, cross-sectional study was conducted within a quasi-experimental, multicenter, before-and-after study with no control group. 219 patients, aged 40-70 years, diagnosed with AMI were included. 132 completed the program. Fifty-nine nurses from health centers participated. Intensive follow-up was conducted for 12 months with 11 nursing consultations. They used a Cardiovascular Self-Care Workbook as a tool for self-management of cardiovascular disease. Satisfaction was measured at the end of the program using an ad hoc questionnaire with closed and open questions

assessing the follow-up protocol and the use of the self-care workbook.

Results: The nurses considered the protocol-based follow-up and the care provided to be appropriate (90.1%). More than 85% highly/fairly valued the improvement in the therapeutic relationship. The notebook was very useful and beneficial in supporting patient follow-up (90.1%) and improving self-care adherence. Patients confirmed they were very satisfied (87.8%) with the professionalism and time dedicated. 88.8% increased their self-care knowledge and adherence. 96.9% would recommend the program.

Conclusions: Patients and nurses rated appropriate intensive follow-up as soon as possible after an AMI as very positive, as patients perceived an improvement in managing their disease, while nurses observed greater empowerment in cardiovascular self-care.

Key words

Patient Satisfaction; primary care nursing; myocardial infarction; Job Satisfaction; Secondary Care.

Introducción

Los agentes implicados en la investigación y gestión sanitaria han venido incorporando a los objetivos de eficacia y racionalización, otros aspectos como el grado de satisfacción del paciente. (1). Se incluye, por ejemplo, la satisfacción sobre tratamiento, servicios sociosanitarios, la calidad de atención de los profesionales.

Valorar el nivel de satisfacción de una intervención enfermera es importante debido a sus implicaciones en el desarrollo de la práctica asistencial y en la evaluación de los resultados. Los pacientes satisfechos tienen mayor disposición a una mejor relación terapéutica, mejorando la adherencia al tratamiento y la salud autopercebida. (2)

Las personas con enfermedad cardiovascular (ECV) coronaria tiene más posibilidades durante los primeros meses de tener eventos recurrentes (3). La mejora de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) relacionados con el estilo de vida, entre ellos mantener una dieta cardiosaludable, una actividad física apropiada y una adherencia al tratamiento farmacológico, se asocia con un riesgo significativamente menor de nuevos eventos. El estudio EUROASPIRE V ha demostrado que una gran mayoría de pacientes coronarios tienen estilos de vida poco saludables en términos de tabaquismo, dieta y comportamiento sedentario, lo que afecta negativamente al control de los principales FRCV (4).

Esto conlleva a la necesidad de conseguir modificaciones en los estilos de vida y mejorar la adherencia al plan terapéutico (5). Entre las causas de la disminución de la adherencia terapéutica, se encuentra la insuficiente información recibida, deficiente comunicación y coordinación entre niveles asistenciales, así como la falta de apoyo de la familia o de los profesionales sanitarios al no tener en cuenta las necesidades, la autoeficacia percibida, las creencias, el

grado de comprensión y motivación del paciente por aprender sobre la prevención (6) y control de las ECV (4,7).

Por ello, es preciso valorar tanto los recursos personales como las competencias de la persona y su familia, desarrollar una intervención de estructura multicomponente, que involucre: ayudar al paciente a desarrollar habilidades como autobservación, autoevaluación, automonitoreo, autocontrol y autoeficacia, lo que implica un entrenamiento guiado y adecuado a las características propias de su entorno. (8)

Diferentes estudios han demostrado la eficacia de programas de prevención cardiovascular coordinados por enfermeras respecto al abordaje habitual tanto en pacientes con ECV establecida como en individuos de alto riesgo (9-11) Por consiguiente, las guías europeas de prevención cardiovascular recomiendan la implementación de programas protocolizados preventivos, de modo que todos los profesionales afines a la Atención Primaria realicen prevención de la ECV en pacientes de alto riesgo (12,13).

Dada la escasez de herramientas para el seguimiento en estas consultas, la Red de Enfermería en Cuidados Cardiovasculares de Atención Primaria (REccAP) que pertenece a la Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP), elaboró el Cuaderno del Paciente en Autocuidados Cardiovasculares (Author, 2012) instrumento de apoyo al paciente y su familia, que sirve como guía para mejorar el autocuidado.

Partiendo de este documento, se llevó a cabo una investigación para valorar la eficacia de una intervención intensiva e integral protocolizada de seguimiento en la prevención secundaria cardiovascular, con el fin de mejorar el autocontrol de la enfermedad cardiovascular y la conducta de cumplimiento en pacientes que hubiesen tenido un infarto de miocardio.

Otro de los objetivos, finalizada la intervención, fue conocer la valoración global y el nivel de satisfacción de los pacientes y de las enfermeras que participaron en la misma, tanto sobre el protocolo de seguimiento desarrollado en las consultas, como sobre la utilidad del cuaderno de autocuidados. A las enfermeras participantes se les preguntó además sobre su grado de satisfacción en la participación en la investigación.

Material y método

Diseño del estudio

Estudio cuasiexperimental multicéntrico antes-después sin grupo control desde enero 2017 a junio 2018 en las consultas de enfermería de 40 centros de salud de la Comunidad de Madrid.

Población

Se desarrolló desde marzo 2017 a enero 2019 en las consultas de enfermería de 40 centros de salud de la ciudad de Madrid (España). La población seleccionada fueron pacientes entre 40-70 años, diagnosticados según la CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria): K74 (Isquemia cardiaca con angina); K75 (Infarto agudo de miocardio); K76 (Isquemia cardiaca sin angina) (15).

Los criterios de inclusión fueron el compromiso de seguimiento del protocolo durante todas las consultas y, por lo tanto otorgar dicho compromiso informado. Se excluyeron las personas con un pronóstico inferior a un año, con problemas de desplazamiento independiente y con dificultad de comprensión por deterioro cognitivo o por el idioma.

Reclutamiento de profesionales

El reclutamiento de enfermeras fue voluntario tras ofrecimiento vía email a 320 enfermeras de APS. El grupo clínico asistencial (GCA) se conformó con un total de

59 enfermeras, que recibieron un taller formativo para homogeneizar los procedimientos del estudio y conocer el Manual de Recogidas de Datos (MRD) del investigador que sirvió de guía en la intervención de cada consulta y en la correcta recogida de datos.

Tamaño muestral y muestreo

Debido a la dificultad de captación por el insuficiente número de pacientes y enfermeras, se realizó un muestreo no probabilístico intencional. Se seleccionó a los pacientes detectados en las consultas con los criterios de inclusión y que aceptaban participar en el estudio.

Con un tamaño muestral calculado de 341 pacientes (para estimar una prevalencia desconocida, utilizando una varianza máxima del 50%, nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%), se inició el estudio con una muestra inicial de 209 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Contestaron el cuestionario los 132 pacientes que terminaron el programa de seguimiento. (Figura 1).

Intervención y recogida de datos

Para maximizar la homogenización de la intervención y del uso del Cuaderno de Autocuidados Cardiovasculares, se diseñó el Manual de Investigador donde se protocolizaba las acciones de cada consulta de enfermería, una plataforma digital ad hoc y una estructura organizativa (Apéndice A_ Grupo de Investigadores Clínicos REccAP) nodal formada por tres niveles. El primero, Grupo Técnico Investigador (GTI) formado por los dos investigadores principales y dos coordinadoras encargadas cada una del seguimiento de cuatro nodos. El segundo nivel, Grupo Clínico Investigador (GCI) compuesto por ocho enfermeros responsables cada uno de otro nodo constituido por 7-8 enfermeras del Grupo Clínico Asistencial (GCA)

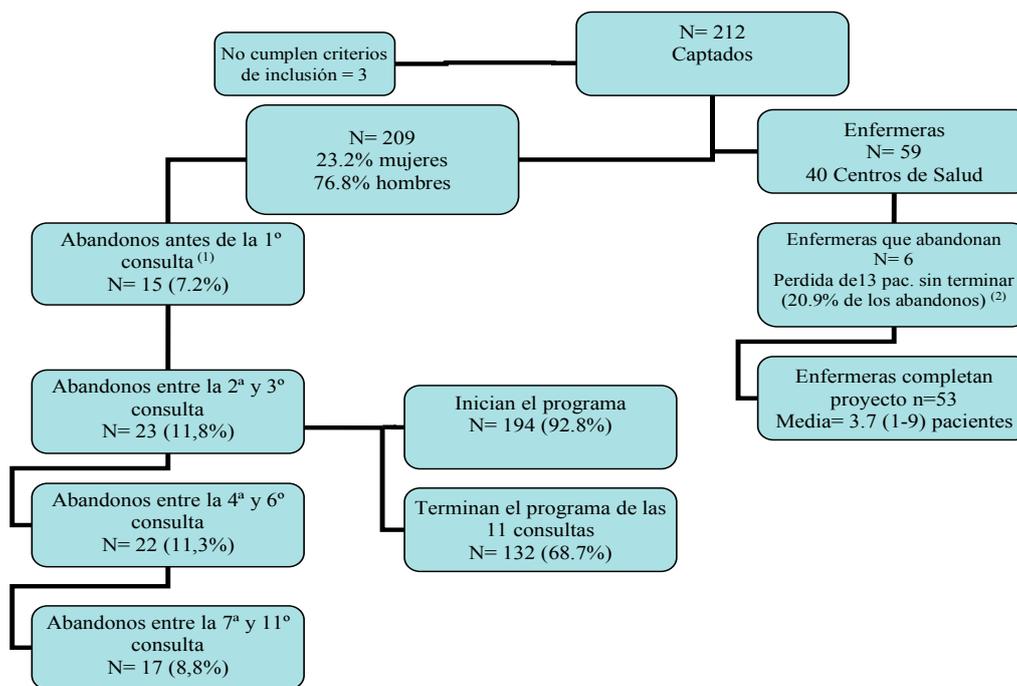


Figura 1. Flujograma de la población participante y de las enfermeras reclutadas.
 (1). Abandonan después de firmar el consentimiento en la consulta 0 y no acuden a la 1ª consulta. (2) Porcentaje sobre los 62 pacientes que abandonaron una vez iniciado el programa.

Desde las consultas de enfermería y de medicina, se hizo una captación previa de los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión. Los interesados acudían a la consulta de enfermería para iniciar la captación. En ese momento se explicaba el estudio, se firmaba el consentimiento informado y se entregaba el Cuaderno de Autocuidados Cardiovasculares.

El seguimiento intensivo constaba de 11 consultas de enfermería en un periodo entre 12-14 meses. Cada consulta tenía una duración concreta estimada de 30 a 60 minutos y una periodicidad entre consultas de 15 y 45 días. La estructura de intervención en cada consulta era:

- Evaluar la adherencia al plan de seguimiento y reevaluar la consulta anterior.
- Valoración y recogida de datos relacionados con los Patrones Funcionales de M. Gordon (PFMG) (Tabla 1).

- Estimación del nivel de uso del cuaderno de autocuidados por parte del paciente (autorregistro, lectura, etc.)
- Registro en la historia clínica y en la plataforma de recogida de datos del estudio.
- Realizar un plan de autocuidados cardiosaludables del paciente para próxima consulta.

Las enfermeras participantes que terminaron el estudio recibieron telemáticamente una encuesta de valoración. Se recopilaron datos cuantitativos por medio de un cuestionario con 10 preguntas sobre el protocolo de seguimiento y con 14 preguntas sobre el cuaderno de autocuidados. Se utilizó una escala likert con 5 alternativas: "mucho/bastante/regular/poco/no sabe o no contesta" (Tablas 2a, 2b y 2c) Asimismo, se quiso obtener unos datos cualitativos por medio de una pregunta abierta de comentarios y sugerencias.

Tabla 1. Estructura del seguimiento protocolizado de las consultas por Patrones Funcionales de M. Gordon. Elaboración Propia

| | |
|-------------|---|
| Consulta 0 | Consulta captación. Firma del consentimiento informado |
| Consulta 1 | Antecedentes. Estilo de vida cardiosaludable. |
| Consulta 2 | Valoración Patrón percepción/control de la salud y Patrón cognitivo- perceptivo |
| Consulta 3 | Valoración Patrón nutricional metabólico |
| Consulta 4 | Valoración Patrón nutricional metabólico |
| Consulta 5 | Valoración Patrón: actividad física /ejercicio |
| Consulta 6 | Valoración Patrón: Auto percepción |
| Consulta 7 | Valoración Patrón: Rol-relaciones y Patrón Sexualidad. |
| Consulta 8 | Valoración Patrón: Afrontamiento y Patrón Valores y Creencias. |
| Consulta 9 | Valoración Patrón: Eliminación y Patrón Sueño y descanso |
| Consulta 10 | Valoración Familiar |
| Consulta 11 | Valoración Final. Paciente Experto |

Tabla 2a. Participación en el protocolo de seguimiento. Resultados de la encuesta de valoración de las enfermeras

| Valoración sobre la participación en el protocolo de seguimiento | Mucho (n) % | Bastante (n) % | Regular (n) % | Poco (n) % | Nada (n) % | Ns/Nc (n) % |
|--|-------------|----------------|---------------|------------|------------|-------------|
| ¿Crees oportuno que los pacientes post infartados tengan un seguimiento protocolizado durante los primeros meses tras el evento cardiaco, por parte de la enfermera de AP? | 42 (79,2) | 11 (20,8) | – | – | – | – |
| ¿La realización de este estudio ha cambiado tu forma de realizar seguimiento a los pacientes post infartados? | 18 (33,9) | 27 (50,9) | 5 (9,4) | 3 (5,6) | – | – |
| ¿La participación de este estudio ha mejorado tus cuidados, la utilización de los PFMG y de los NOCs? | 10 (18,8) | 29 (54,7) | 19 (35,8) | 4 (7,5) | – | – |
| ¿Crees que ha sido útil para los pacientes el seguimiento de las visitas protocolizadas? | 18 (33,9) | 30 (56,6) | 4 (7,5) | 1 (1,8) | – | – |
| ¿Has visto diferencia en el nivel de adherencia al seguimiento del estudio entre los pacientes de tu cupo y los que no lo eran? | 4 (7,5) | 12 (22,6) | 5 (9,4) | 7 (13,2) | 11 (20,8) | 14 (26,4) |
| ¿Piensas que la adecuada relación terapéutica entre la enfermera y los pacientes de su cupo mejora la adherencia? | 29 (54,7) | 18 (33,9) | 2 (3,7) | 1 (1,8) | – | 3 (5,6) |

Tabla 2b. Participación en el estudio de investigación. Resultados de la encuesta de valoración de las enfermeras

| Valoración sobre la participación en el estudio de investigación | Mucho (n) % | Bastante (n) % | Regular (n) % | Poco (n) % | Nada (n) % | Ns/Nc (n) % |
|--|-------------|----------------|---------------|------------|------------|-------------|
| ¿Crees que el manual del investigador te ha ayudado y facilitado el seguimiento de los pacientes post-infartados? | 17 (32,1) | 28 (52,8) | 6 (11,3) | 2 (3,7) | – | – |
| ¿Consideras que la organización, la estructuración del estudio y el apoyo del equipo responsable de la investigación te han ayudado para desarrollar tu actuación en el estudio? | 10 (18,8) | 32 (60,3) | 9 (16,9) | 2 (3,7) | – | – |
| ¿Recomendarías a otra enfermera esta protocolización de las consultas para realizar un seguimiento de pacientes post-infartados? | 24 (45,2) | 20 (37,7) | 8 (15,1) | 1 (1,8) | – | – |
| En general, ¿crees que la participación en este estudio ha cumplido tus expectativas como enfermera investigadora del mismo? | 24 (45,2) | 17 (32,1) | 10 (18,8) | 2 (3,7) | – | – |

Tabla 2c. Utilización del cuaderno. Resultados de la encuesta de valoración de las enfermeras

| Valoración sobre la utilización del cuaderno | Mucho (n) % | Bastante (n) % | Regular (n) % | Poco (n) % | Nada (n) % | Ns/Nc (n) % |
|--|-------------|----------------|---------------|------------|------------|-------------|
| El contenido del cuaderno ¿te parece adecuado? | 20 (37,7) | 30 (56,6) | 3 (5,6) | – | – | – |
| La estructura del cuaderno ¿es adecuada? | 13 (25,5) | 24 (45,2) | 14 (26,4) | 2 (3,7) | – | – |
| ¿El lenguaje utilizado es claro? | 25 (47,1) | 28 (52,8) | – | – | – | – |
| ¿Consideras que el cuaderno es de fácil manejo para el paciente? | 14 (26,4) | 19 (35,8) | 19 (35,8) | 1 (1,8) | – | – |
| ¿Consideras que el cuaderno es de fácil manejo para la enfermera? | 14 (26,4) | 24 (45,2) | 13 (25,5) | 2 (3,7) | – | – |
| ¿El diseño del cuaderno te ha resultado atractivo? | 20 (37,7) | 27 (50,9) | 5 (9,4) | 2 (3,7) | – | – |
| ¿El tamaño de la letra es adecuado? | 25 (47,1) | 26 (49) | 2 (3,7) | – | – | – |
| ¿Los espacios para registrar datos tienen un tamaño adecuado? | 5 (9,4) | 24 (45,2) | 21 (39,6) | 3 (5,6) | – | – |
| ¿La utilización del cuaderno mejora el cumplimiento de la medicación prescrita? | 16 (30,1) | 26 (49) | 10 (18,8) | 1 (1,8) | – | – |
| ¿La utilización del cuaderno mejora el cumplimiento del ejercicio físico prescrito? | 7 (13,2) | 28 (52,8) | 17 (32,1) | 1 (1,8) | – | – |
| ¿La utilización del cuaderno mejora el cumplimiento de la dieta cardiosaludable? | 10 (18,8) | 33 (62,2) | 9 (16,9) | 1 (1,8) | – | – |
| ¿Consideras que la utilización del cuaderno mejora la capacitación para el autocontrol? | 16 (30,1) | 30 (56,6) | 6 (11,3) | 1 (1,8) | – | – |
| ¿Consideras útil el cuaderno para el paciente? | 15 (28,3) | 31 (58,5) | 6 (11,3) | 1 (1,8) | – | – |
| ¿Consideras beneficioso para el seguimiento de este tipo de paciente tener un cuaderno, aunque sea con otro diseño y/o estructura? | 54,7 (29) | 35,8 (19) | 4 (7,5) | – | – | 1 (1,8) |

Tabla 3a. Valoración sobre la atención enfermera. Resultados de la encuesta de valoración de los pacientes

| Valoración sobre la atención enfermera durante las visitas | TDA % (n) | BDA % (n) | MDA % (n) | BDS % (n) | TDS % (n) | Ns/Nc % (n) |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| El tiempo dedicado por la enfermera en cada una de las consultas ha sido suficientes para responder a mis demandas de cuidados cardiovasculares | 116 (87,8) | 13 (9,8) | 1 (0,7) | 2 (1,5) | – | – |
| El personal por el que he sido atendido estaba adecuadamente formado y entrenado para llevar a cabo el programa que acabo de terminar sobre la formación en mis autocuidados | 116 (87,8) | 14 (10,6) | – | 2 (1,5) | – | – |
| Me he sentido cómodo y satisfecho con la atención recibida en cada una de las consultas | 117 (88,6) | 12 (9,1) | 1 (0,7) | 2 (1,5) | – | – |
| Me ha parecido interesante la información recibida para mis autocuidados | 104 (78,7) | 24 (18,1) | 3 (2,2) | 1 (0,7) | – | – |

TDA: Totalmente de acuerdo; BDA: Bastante de acuerdo; MDA: Moderadamente de acuerdo; BDS: Bastante en desacuerdo; TDS: Totalmente en desacuerdo.

Tabla 3b. Valoración sobre la aportación del protocolo seguimiento. Resultados de la encuesta de valoración de los pacientes

| Valoración sobre la aportación del protocolo seguimiento | TDA % (n) | BDA % (n) | MDA % (n) | BDS % (n) | TDS % (n) | Ns/Nc % (n) |
|--|--------------|----------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| Tras el programa he aumentado mis conocimientos sobre la dieta, medicación y ejercicio para mejorar mis autocuidados cardiacos. | 89 (67,4) | 36 + (27,2) | 7 (5,3) | – | – | – |
| La información y los consejos recibidos hacen posible que siga el programa y lo integre en mi día a día a partir de ahora y mantenerlo en el tiempo. | 94 (71,2) | 30 (22,7) | 7 (5,3) | 1 (0,7) | – | – |
| Después de finalizar el programa tengo mucha más seguridad, menos dudas y menos temores acerca de cómo manejar mi enfermedad. | 82 (62,1) | 40 (30,3) | 9 (6,8) | 1 (0,7) | – | – |
| Considero que en la actualidad tengo una mayor adherencia al plan terapéutico (dieta, ejercicio, medicamentos) | 76 (57,5) | 42 (31,8) | 10 (7,5) | 4 (3,1) | – | – |
| El cuaderno de autocuidados me ha ayudado para mejorar mis conocimientos, mantener mis autocontroles y para cuidarme mejor. | 79 (59,8) | 39 (29,5) | 11 (8,3) | 3 (2,2) | – | – |
| Recomendaría la participación en el programa a otros pacientes que se encontrasen en mí misma situación. | 112 (84,8) | 16 (12,1) | 3 (2,2) | 1 (0,7) | – | – |

TDA: Totalmente de acuerdo; BDA: Bastante de acuerdo; MDA: Moderadamente de acuerdo; BDS: Bastante en desacuerdo; TDS: Totalmente en desacuerdo.

Al finalizar la última consulta del protocolo, los pacientes cumplimentaban una encuesta de valoración (Tablas 3a y 3b) de 10 preguntas elaborada ad hoc por el equipo de investigación. Se valoraba la calidad de atención enfermera y sobre el protocolo de seguimiento.

Análisis de los datos

Se efectuó un análisis descriptivo en el que las variables cualitativas se describieron mediante su distribución de frecuencias. Los datos cuantitativos se analizaron utilizando SPSS Versión 22 (IBM Corp).

Consideraciones éticas

El estudio tuvo el dictamen favorable por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Ramón y Cajal (código 139/16). Se llevó a cabo bajo los principios éticos de la Declaración de Helsinki (16)

Los datos formaron parte de una base de datos y fueron utilizados exclusivamente por el equipo de investigación. En todo momento se mantuvo el anonimato y la confidencialidad de acuerdo con lo la Ley Orgánica 15/1999 y la Ley de Investigación Biomédica 14/2007. Los participantes firmaron un consentimiento informado tras leer la hoja informativa del proyecto.

Resultados

Valoración de las enfermeras

En la valoración telemática participaron las 53 enfermeras que completaron el seguimiento de los pacientes. Se les preguntó sobre tres aspectos del estudio (Tabla 2)

Respecto al seguimiento protocolizado, destaca que entre el 70% y 100% consideraron oportuno mucho/bastante el seguimiento protocolizado y los cuidados prestados. Más del 85% valoraron mucho/bastante la utilidad del protocolo como mejora de la relación terapéutica.

La valoración sobre la participación en el proceso de investigación fue considerada positivamente (mucho/bastante) por encima del 75%. De la misma forma refirieron que el manual de recogida de datos del investigador les ha ayudado y facilitado el seguimiento de los pacientes post infartados. Además, consideran que tanto la organización, como la estructura del estudio y el apoyo del equipo técnico les ha ayudado para resolver su actuación en el estudio. Hay que destacar que un 83% recomendaría a otras enfermeras el seguimiento protocolizado y que cumplió sus expectativas para el 77,3%.

En cuanto, al cuaderno, piensan que es muy útil y beneficioso tener cualquier tipo como apoyo al seguimiento del paciente (90,1%). Respecto a uno de los objetivos del proyecto, medir la conducta de cumplimiento, afirmaron que el cuaderno ha ayudado a mejorar el cumplimiento en dieta (81%), en la medicación (79,1%) y algo menor en el ejercicio físico (66%). Para el autocontrol de la enfermedad cardiaca, el 86,7% consideraron que el cuaderno ayudo mucho/bastante. La estructura, diseño, contenido, lenguaje, etc, afirmaron que eran mucho/bastante adecuados. Los aspectos peor valorados son los espacios para registrar datos, el manejo para el paciente, la estructura del cuaderno y el manejo para la enfermera. Por lo tanto, se podría pensar que para las enfermeras participantes el uso del cuaderno fue bastante adecuado como herramienta de apoyo.

Valoración de los pacientes

Terminan el programa 132 personas, de las cuales el 76.8% son hombres. Edad media 58.2 años. El 46.4% con estudios secundarios/universitarios. La prevalencia de los FRCV: HTA (42.6%); Dislipemias (56.9%); Diabetes (22.5%); Obesidad (29.7%); Tabaquismo (10.5%).

Respecto a la valoración sobre la atención recibida por parte de las enfermeras durante las visitas, afirmaron que estaban muy satisfechos (87,8%) con la profesionalidad y el tiempo dedicado. Sólo al 3.4% de los pacientes, no le ha parecido interesante la información recibida para sus propios cuidados. También destacan la calidad de la información recibida sobre sus autocuidados.

En lo referente a la aportación del programa, alrededor del 90% consideran que han aumentado sus conocimientos tanto en los autocuidados cardiovasculares como en la dieta, ejercicio físico y control de la medicación. Esto les conlleva a pensar que tienen más seguridad para integrar

y manejar su enfermedad en el día a día con la información y consejos recibidos.

Hay que destacar que la gran mayoría de los pacientes afirmaron que tenían más adherencia al plan terapéutico y que el 96,9% recomendarían a otros pacientes este programa de seguimiento protocolizado.

Discusión

La medición de la valoración percibida por parte de los pacientes y de las enfermeras que han llevado a cabo un programa de cuidados enfermeros es una forma de conocer la calidad de los servicios. Una mayor calidad se traduce en una mayor satisfacción y en una mejor toma de decisiones en sus autocuidados. Asimismo, por parte de la enfermera, se hace consciente la importancia de su labor en la prevención cardiovascular.

La adherencia al plan terapéutico es un objetivo fundamental en pacientes postinfartados. La protocolización del seguimiento mejora la seguridad clínica, la calidad asistencial, permite un abordaje integral para lograr una adecuada valoración de la situación, logra trabajar los conocimientos, habilidades y actitudes que pueden verse modificadas por la enfermedad y contribuye a la mejora del proceso. La existencia de una relación larga entre el profesional y el paciente, con un seguimiento continuo, mejora la adherencia a la dieta, actividad física y medicación en pacientes con infarto de miocardio al favorecer que se alcance una confianza conjunta y una mayor comprensión de la enfermedad (17-19).

Aunque la implementación de los protocolos de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca (PSRhC) en Atención Primaria son escasos e infrautilizados (4), es importante su implantación para mejorar la adherencia terapéutica (20). La Atención Primaria facilita una relación te-

rapéutica duradera entre la enfermera y el paciente crónico cardiovascular además de un seguimiento continuo, una confianza conjunta, una comprensión de la enfermedad y una mejora en la adherencia (21). El presente estudio refleja esta buena relación, con más del 95% de satisfacción con la calidad de los cuidados, el tiempo dedicado por parte de la enfermera y de la información recibida. Esto coincide con las recomendaciones y conclusiones del estudio Euroaspire V, (4) sobre la adherencia terapéutica.

En el entorno de Atención Primaria, (22-24), no se ha encontrado estudios con este tipo de seguimiento intensivo protocolizado de once consultas de enfermería en un periodo tan corto durante los primeros 12-18 meses tras el evento. Nuestros datos reflejan una valoración muy positiva por parte de los pacientes y de las enfermeras. Los pacientes refieren más seguridad, menos dudas y menos temores acerca de cómo manejar su enfermedad y que lo van a integrar en su día a día. Se podría afirmar al igual que en el estudio de Jacqueline O'Toole, et al (25), que los cuidados enfermeros cardiovasculares son eficaces y bien valorados por los pacientes.

Aunque con metodología diferente, el estudio RESPONDE 2 (26) tiene unas conclusiones acordes con las nuestras en relación con el nivel de cumplimiento del plan terapéutico en la dieta, en la actividad física y en la medicación prescrita. Esto se refleja en la valoración de los pacientes refiriendo un aumento en sus conocimientos. En cambio, fue algo inferior la impresión de las enfermeras a la hora del autocontrol de la enfermedad cardiovascular y del nivel de cumplimiento prescrito de la medicación y de la dieta. El ejercicio físico es el que valoraron un menor nivel de cumplimiento por parte de los pacientes.

Destaca la opinión positiva de las enfermeras sobre la importancia que los pacientes post infartados tengan un segui-

miento protocolizado, y que llevar a cabo este protocolo, ha cambiado su forma de cuidar a estos pacientes aplicando los Patrones Funcionales de Gordon. Igualmente, la mayoría valoran muy positivamente la relación terapéutica y la utilidad para los pacientes. Por lo tanto se podría pensar que un seguimiento inmediato al infarto de miocardio es el periodo donde se tiene mejores resultados para capacitar al paciente en la autoeficacia (27,28) y en su empoderamiento.

Significativo fue la utilización del cuaderno, la gran mayoría de las enfermeras valoraron muy positivamente un apoyo con material educativo donde el paciente registre sus controles de los FRCV, facilite la comunicación entre los sanitarios y por lo tanto, mejore la autoeficacia, tanto del paciente como de su familia.

Un valor añadido del diseño del cuaderno, fue su labor para la educación individualizada centrada en los autocuidados y para entrenar al paciente en descubrir sus recursos y cómo utilizarlos. (29). También mejora los resultados cuando se da información verbal y escrita. La importancia de una guía para la autogestión, aparece en varios estudios con pacientes postinfartados (30,31).

Aunque más de la mitad de las enfermeras valoran positivamente la adecuación del uso por parte del paciente, habría que mejorar el formato. Es importante que el diseño de este tipo de material sea adecuado para la población a la que va dirigido, ya que esto facilitaría su uso y mejoraría la adherencia al plan terapéutico (32,33).

En nuestros resultados, al igual que en la investigación cualitativa realizada por Lönnberg et al (34) los participantes dan importancia a la responsabilidad del personal sanitario para favorecer el cambio de estilo de vida. Los resultados se categorizan en el valor del conocimiento, el auto-

control, la confianza en uno mismo y vivir con la condición de enfermo crónico. Todos estos aspectos que aparecen de forma indirecta en nuestros resultados, conlleva a que los pacientes recomienden el seguimiento protocolizado que han recibido.

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra que la encuesta fue elaborada ad hoc. La participación de las enfermeras en el estudio fue voluntaria y pudo producirse un sesgo de selección de los pacientes. Para aumentar la concordancia y ganar objetividad, se entrenó a las enfermeras en la implementación con el Manual del Investigador y se protocolizó el seguimiento.

La encuesta de satisfacción ha puesto de manifiesto que la mayoría de los profesionales están de acuerdo con un seguimiento protocolizado tras un evento cardiovascular y valoran muy positivamente la participación en el estudio. Las herramientas utilizadas en la investigación modificaron ampliamente la forma de realizar este seguimiento, mejorando aspectos como los cuidados prestados.

Los autores recomiendan que se realice una valoración final tanto de la satisfacción como de la utilidad de cualquier estudio que se realice con pacientes y profesionales implicados en el mismo, ya que esto da lugar a toma de decisiones y posibles mejoras, por lo tanto, resultados de calidad.

Conscientes de la relación que existe entre la satisfacción del paciente y el éxito de las intervenciones terapéuticas, este artículo transmite un alto nivel de satisfacción tanto de los pacientes posinfarto de miocardio como de las enfermeras con respecto al seguimiento intensivo después del infarto de miocardio y con el uso del Cuaderno de Cuidados Cardiovasculares como herramienta educativa.

Conclusiones

El grado de satisfacción es muy elevado. Los pacientes valoran una mejora en el manejo de su enfermedad tras el seguimiento. Las enfermeras evalúan una mayor capacitación y adherencia de los pacientes. Ambos consideran muy oportuno un seguimiento protocolizado intensivo e inmediato tras el infarto de miocardio.

La utilización de una herramienta de educación para la salud, como el cuaderno de autocuidados, ha sido considerado muy útil, pero con mejoras en su diseño.

Se debería potenciar la implantación de protocolos de seguimiento desde atención primaria para pacientes postinfartados, para mejorar la autoeficacia.

Agradecimientos

Grupo Investigadores Clínicos (REccAP): Ángel Lizcano Álvarez; Laura Carretero Julián; Cristina Gómez Menor; José Dionisio Benito; Lobato; Juana M^a Gómez Puente; Laura López Köllmer; Sergio Belmonte Sánchez; Teresa Villar Espejo; Laura Iglesias Rus; Gemma Ferrero García, Milagros Rico Blazquez, María Gálvez Fernandez.

Grupo Clínico Asistencial: Adoración Ortega Temiño, Ángeles Álvarez Hermida, Carmen Yegler Velasco, Carolina Guerrero Mártir, Carolina Regacho Ramírez, Encarnación Tornay Muñoz, Eva María Rey Camacho, Eva Molina Alén, Inmaculada Moreno G^a-Herrera, Leonor Molina Alameda, Leticia Gómez Chacón, M^a Ángeles de Francisco Casado, M^a Beatriz Pérez Vallejo, M^a del Mar García Navarro, M^a José Barras Bermejo, M^a Rosario Campo Martínez, M^a Sonsoles Molina Herráez, María Belén Pose García, María Luisa Merino Cuesta, Mónica Costumero García, Montserrat Jurado Sueiro, Rosa Cayetano Díaz, Rosa M^a Martínez Ortega, Sagrario Sancha Canales, Vanesa Gonzalez Alonso, Ana Rosa León Casquete, Arancha Martin Belinchón, Aránzazu Ramos Martín, Irene Díaz Jimenez, M^a José Muñoz Cátedra, Adoración Ortega Temiño, Ana Isabel Palacios Calle, Ana María Polo González, Amalia Domínguez González, Concepción Espariz Campano, Esther Blázquez Hernández, M^a Pilar Escudero Socorro, M^a Sandra Hernández Rodríguez, Margarita Ortiz Sánchez, Margarita Vázquez Asenjo, Nieves López Yunquera, Olga Brezo García del Pino, Tania Casasola Gutierrez.

Bibliografía

1. Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J.-M., Capodanno, D., et al. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42 (34), 3227–3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
2. Virani, S. S., Alonso, A., Aparicio, H. J., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M., Cheng, S., Delling, F. N., et al. (2021). Heart disease and stroke statistics—2021 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 143 (8), e254–e743. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950>
3. Abreu, A., Pesah, E., Supervia, M., Turk-Adawi, K., Bjarnason-Wehrens, B., Lopez-Jimenez, F., Pogossova, N., Grace, S. L., & Mampuya, W. M. (2019). Cardiac rehabilitation availability and delivery in Europe: How does it differ across countries? *European Journal of Preventive Cardiology*, 26 (11), 1131–1146. <https://doi.org/10.1177/2047487319827453>
4. De Smedt, D., De Bacquer, D., De Sutter, J., Dallongeville, J., Gevaert, S., & De Backer, G. (2017). The gender gap in risk factor control: Effect of lifestyle and medication in the EUROASPIRE IV study. *International Journal of Cardiology*, 243, 284–290. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.05.037>
5. Pogossova, N., Saner, H., Pedersen, S. S., Cupples, M. E., McGee, H., Höfer, S., Doyle, F., & Verschuren, M. (2015). Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22 (10), 1290–1306. <https://doi.org/10.1177/2047487314543075>
6. Sánchez, P. L., Abelairas, J., García-Montero, C., Mazón, P., Morillas, P., & Anguita, M. (2021). Rehabilitación cardíaca: situación actual y retos pendientes. Documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología. *Revista Española de Cardiología*, 74 (1), 84.e1–84.e16. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.06.031>
7. Turk-Adawi, K., Sarrafzadegan, N., & Grace, S. L. (2014). Global availability of cardiac rehabilitation. *Nature Reviews Cardiology*, 11 (10), 586–596. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2014.98>
8. Herdy, A. H., López-Jiménez, F., Terzic, C. P., Milani, M., Stein, R., Carvalho, T., & Anchiq, C. V. (2014). South American guidelines for cardiovascular disease prevention and rehabilitation. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 103 (2 Suppl 1), 1–31. <https://doi.org/10.5935/abc.2014S003>
9. Kemps, H. M., van Engen-Verheul, M. M., Kraal, J. J., & Peek, N. (2018). Cardiac tele-rehabilitation: A novel cost-efficient care delivery strategy that can induce long-term health benefits. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25 (18), 1975–1978. <https://doi.org/10.1177/2047487318796993>

10. Rawstorn, J. C., Gant, N., Direito, A., Beckmann, C., & Maddison, R. (2016). Telehealth exercise-based cardiac rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. *Heart*, 102 (15), 1183-1192. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308966>
11. Jorstad, H. T., Von Birgelen, C., Alings, A. M. W., Liem, A., Van Dantzig, J. M., Jaarsma, W., Lok, D. J. A., Kragten, H. J. A., De Vries, K., De Milliano, P. A. R., et al. (2013). Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: Main results of the RESPONSE randomised trial. *Heart*, 99. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2013-303989>
12. Herring, L. Y., Dallosso, H., Chatterjee, S., Bodicoat, D., Schreder, S., Khunti, K., Yates, T., Seidu, S., Hudson, I., & Davies, M. J. (2018). Physical Activity after Cardiac EventS (PA-CES): A group education programme with subsequent text-message support. *Trials*, 19. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2923-x>
13. Seidl, H., Hunger, M., Meisinger, C., Kirchberger, I., Kuch, B., Leidl, R., & Holle, R. (2017). The 3-year cost-effectiveness of a nurse-based case management versus usual care for elderly patients with myocardial infarction. *Value in Health*, 20. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.10.001>
14. Lizcano Álvarez, Á. M., Villar Espejo, T., López Köllmer, L., Gómez Menor, C., Ledesma Rodríguez, R., & Fernández Zarataín, G. (2012). *Cuaderno del Paciente en autocuidados cardiosaludables* (1a ed.). Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP).
15. WONCA Classification Committee. (1998). *International Classification of Primary Care, Second Edition (ICPC-2)*. Oxford University Press.
16. World Medical Association. (2013). World Medical Association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310.
17. Najafi, S. S., Shaabani, M., Momennassab, M., & Aghasadeghi, K. (2016). The nurse-led telephone follow-up on medication and dietary adherence among patients after myocardial infarction: A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4.
18. Zakeri, M. A., Khoshnood, Z., Dehghan, M., & Abazari, F. (2020). The effect of the Continuous Care Model on treatment adherence in patients with myocardial infarction: A randomised controlled trial. *Journal of Research in Nursing*, 25. <https://doi.org/10.1177/1744987119890666>
19. Spaulding, E. M., Marvel, F. A., Lee, M. A., Yang, W. E., Demo, R., Wang, J., Xun, H., Shah, L., Weng, D., Fashanu, O. E., et al. (2019). Corrie health digital platform for self-management in secondary prevention after acute myocardial infarction. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005509>
20. Arrarte, V., Campuzano, R., Tiedra, C. de, Manjón, T., Alarcón, J. A., Fernández, R., Calderón, A., Castro, A., Valle, A., Meroño, O., et al. (2020). Expert consensus on the coordination of cardiac rehabilitation between cardiology departments and primary care.

Revista Española de Cardiología Suplementos, 20. [https://doi.org/10.1016/S1131-3587\(20\)30020-0](https://doi.org/10.1016/S1131-3587(20)30020-0)

21. Wang, A., Pollack, T., Kadziel, L. A., Ross, S. M., McHugh, M., Jordan, N., & Kho, A. N. (2018). Impact of practice facilitation in primary care on chronic disease care processes and outcomes: A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 33 (11), 1968-1977. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4581-9>
22. Khalaf, K., Johnell, K., Austin, P. C., Tyden, P., Midlöv, P., Perez-Vicente, R., & Merlo, J. (2021). Low adherence to statin treatment during the 1st year after an acute myocardial infarction is associated with increased 2nd-year mortality risk. *European Heart Journal - Cardiovascular Pharmacotherapy*, 7. <https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvaa010>
23. Moreno-Palanco, M. A., Ibáñez-Sanz, P., Ciria-de Pablo, C., Pizarro-Portillo, A., Rodríguez-Salvanés, F., & Suárez-Fernández, C. (2011). Impact of comprehensive and intensive treatment of risk factors concerning cardiovascular mortality in secondary prevention: MIRVAS study. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 64. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2010.07.002>
24. Brotons, C., Soriano, N., Moral, I., Rodrigo, M. P., Kloppe, P., Rodríguez, A. I., González, M. L., Ariño, D., Orozco, D., Buitrago, F., et al. (2011). Randomized clinical trial to assess the efficacy of a comprehensive programme of secondary prevention of cardiovascular disease in general practice: The PREseAP Study. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 64. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2010.06.007>
25. O'Toole, J., Ingram, S., Kelly, N., Quirke, M. B., Roberts, A., & O'Brien, F. (2019). Patient satisfaction with innovative nurse practitioner cardiology services. *Journal for Nurse Practitioners*, 15. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.12.013>
26. Minneboo, M., Lachman, S., Snaterse, M., Jørstad, H. T., ter Riet, G., Boekholdt, S. M., Scholte op Reimer, W. J. M., Peters, R. J. G., Riezebos, R. K., van Liebergen, R. A. M., et al. (2017). Community-based lifestyle intervention in patients with coronary artery disease: The RESPONSE-2 trial. *Journal of the American College of Cardiology*, 70. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.05.041>
27. Lei, H., Yang, J., Kong, L., Liu, N., Liu, S., Yu, N., Peng, Y., Wen, Y., & Tang, J. (2018). Correlations among psychological resilience, self-efficacy, and negative emotion in acute myocardial infarction patients after percutaneous coronary intervention. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00001>
28. Polsook, R., Aunguroch, Y., & Thongvichean, T. (2016). The effect of self-efficacy enhancement program on medication adherence among post-acute myocardial infarction. *Applied Nursing Research*, 32, 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.05.002>
29. Oh, Y. H., & Hwang, S. Y. (2021). Individualized education focusing on self-management improved the knowledge and self-management behaviour of elderly people with atrial fibrillation: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 27. <https://doi.org/10.1111/ijn.12902>

30. Kennedy, A., Rogers, A., Bowen, R., Lee, V., Blakeman, T., Gardner, C., Morris, R., Protheroe, J., & Chew-Graham, C. (2014). Implementing, embedding and integrating self-management support tools for people with long-term conditions in primary care nursing: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.11.008>
31. Wang, W., Thompson, D. R., Chow, A., & Kowitlawakul, Y. (2014). An education booklet to aid cardiac patients' recovery at home. *International Nursing Review*, 61. <https://doi.org/10.1111/inr.12091>
32. Hung, G. S. L., Gardiner, B., & Patel, B. M. (2021). Evaluation of patient information material in the consent process for surgical stabilization of rib fractures. *Journal of Trauma Nursing*, 28. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000601>
33. Daghighi, M. M., Fattori, G., & Ciardullo, A. V. (2006). Evaluation of easy-to-read information material on healthy life-styles written with the help of citizens' collaboration through networking. *Promotion & Education*, 13. <https://doi.org/10.1177/175797590601300304>
34. Lönnberg, L., Damberg, M., & Revenäs, Å. (2020). "It's up to me": The experience of patients at high risk of cardiovascular disease of lifestyle change. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1794414>
35. Lizcano Álvarez, Á., Villar Espejo, T., López Köllmer, L., Gómez Menor, C., Ledesma Rodríguez, R., & Fernández Zarataín, G. (2021). The efficacy of an integrated care training program for primary care nurses for the secondary prevention of cardiovascular risk. *Enfermería Clínica (English Edition)*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2020.10.009>

**Quantitative & Qualitative
Community Nursing Research**

Volume 13, Number 2. Julio 2025