



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA
ESPECIALIDAD: CUIDADO ENFERMERO EN CARDIOLOGÍA Y
CARDIOVASCULAR

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA DEL PACIENTE A
LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE ENFERMERIA
ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA Y CARDIOVASCULAR**

Presentado por:

Licenciadas: DEL POZO NAVARRO, JEANETTE YAJAIRA
UCULMANA FRANCO, ROSA JULIANA

LIMA – PERU

2016

DEDICATORIA

El presente trabajo dedico a mis progenitores por innumerables motivos hayan logrado encaminarme en el buen camino y así lograr el objetivo deseado.

Dedico también a mi asesor de trabajo académico por la guía y orientación brindada.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por permitir tener y disfrutar a mi familia, gracias a mi familia por apoyo en cada decisión y por permitirme cumplir el desarrollo de mi trabajo académico. Gracias por creer en mí y gracias a Dios por permitirme vivir y disfrutar cada día.

ASESOR: DR Walter Gómez Gonzales

JURADO

Presidente: Mg. Julio Mendigure Fernández

Secretario: Dra. Milagros Salazar De la Torre

Vocal: Dra. Sherin Kredert Araujo

INDICE

RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
CAPÍTULO I: INTRODUCCION	
1.1. Planteamiento del problema.	11
1.2. Formulación del problema	19
1.3. Objetivos.	20
CAPÍTULO II: MATERIALES Y METODOS	
2.1. Diseño de estudio: Revisión sistemática	21
2.2. Población y muestra.	21
2.3. Procedimiento de recolección de datos	21
2.4. Técnica de Análisis.	22
2.5. Aspectos Éticos.	23
CAPÍTULO III: RESULTADOS	
3.1. Tablas, diagramas, gráficos.	24
CAPÍTULO IV: DISCUSION	
4.1. Discusión.	37
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones.	41
5.2 Recomendaciones	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	43

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Resumen de estudios sobre factores intervienen en la Adherencia del paciente a los programa de rehabilitación Cardíaca.	29
Tabla 2: Artículos de investigación sobre factores intervienen en la Adherencia del paciente a los programas de rehabilitación Cardíaca, según lugar.	32
Tabla 3: Artículos de investigación sobre factores intervienen en la Adherencia del paciente a los programas de rehabilitación Cardíaca, según tipo y diseño de investigación.	33

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores que intervienen en la adherencia del paciente con enfermedad cardiovascular (ECV) a los Programas de rehabilitación cardiaca. **Materiales y métodos:** La técnica de análisis empleada fue la elaboración de tablas resumen y evaluación crítica intensiva de los artículos de acuerdo a criterios técnicos establecidos. **Resultados:** Los estudios revisados de 8 artículos es con alta fuerza de recomendación, el 50% de ellos procedió de España y el otro 50% se dividió entre Chile, Venezuela, Colombia y Costa Rica, siendo la mayoría de diseño casos y controles. **Conclusión:** El ingreso económico, edad, aspecto emocional y relación con el personal de salud son factores que intervienen positivamente en la adherencia a los tratamientos de rehabilitación cardiaca, mientras que el sexo femenino y patologías concomitantes son factores que influyen negativamente.

Palabras clave: Adherencia, Programa de rehabilitación cardiaca, adherencia a programas de rehabilitación, factores que influyen en adherencia.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors involved in patient adherence with cardiovascular disease (CVD) to cardiac rehabilitation programs. **Materials and**

Methods: The analysis technique used was the preparation of summary tables intensive and critical evaluation of articles according to technical criteria.

Results: 8 products reviewed studies is high strength of recommendation, 50% of them came from Spain and the other 50% is divided between Chile, Venezuela, Colombia and Costa Rica, with most case-control design. **Conclusion:** the income, age, emotional aspect and relationship with health personnel are factors positively adherence to treatment of cardiac rehabilitation, while the female sex and comorbidities are factors negatively.

Keywords: Adherence, Cardiac Rehabilitation Program, adherence to rehabilitation programs, factors influencing adherence.

CAPITULO I: INTRODUCCION

1.1. Planteamiento Del Problema.

La enfermedad cardiovascular (ECV) es un problema de salud pública en expansión y es la primera causa de muerte en el mundo que además afecta las dimensiones físicas, sociales y emocionales de la calidad de vida del paciente.(1)

Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo.(2) Y estima que la mortalidad anual por enfermedad cardiovascular se elevara a 22,2 millones en el año 2030.(3)

A su vez, decimos que es un problema en expansión debido a que el crecimiento de la población y el aumento de la longevidad está y seguirá dando lugar a un elevado número de personas mayores con tendencia a la cronicidad de enfermedades.(3)

Si bien, estas enfermedades continúan siendo la primera causa de muerte, en los últimos 20 años la mortalidad cardiovascular ha disminuido de forma continuada. Así, de entre los países europeos donde el 51% de las muertes por ECV se presenta en las mujeres y el 42% entre los hombres; España es en la actualidad, uno de los países con mayor esperanza de vida del mundo cuyas tasas de morbilidad por enfermedad cardiovascular son más favorables.(3)

Sin embargo, los datos presentados en el último informe de la OMS sobre Enfermedades no transmisibles, demuestran que estas afectan a todos los países y que la carga de mortalidad y morbilidad se concentra especialmente en los países de ingresos bajos y medios donde ocurren más de tres cuartas partes de las defunciones por ECV.(2) Esto queda comprobado cuando las estadísticas mundiales muestran que de los 16 millones de muertes de personas menores de 70 años atribuibles a enfermedades no transmisibles, un 82% corresponden a los países de ingresos bajos y medios y un 37% se deben a las ECV. En estos casos, la pérdida de productividad a causa de las muertes prematuras y los costos individuales y nacionales de la lucha contra las ENT constituyen importantes obstáculos para la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible.(2)

El impacto derivado de estas enfermedades se ve reflejado en diferentes aspectos. En el plano económico, en grandes gastos, tanto para las instituciones como para los pacientes, por los altos costos derivados de la atención médica y los reingresos que causan incapacidades y ausentismos laborales. En el plano físico, porque el paciente experimenta, derivado de las limitaciones por su

sintomatología clínica (disminución de la respiración, fatiga muscular y dolor en el pecho), disminución en la tolerancia al ejercicio, lo cual lleva a una percepción de discapacidad mayor (3). Y en el plano emocional, gran ansiedad, incluso, depresión.(4)

Al considerarse estas enfermedades como una prioridad sanitaria, es que a partir de los años cuarenta, se presta atención a la enfermedad coronaria entre sujetos físicamente activos y sedentarios.(3). Surgieron así, distintos estudios clínicos que dan muestra de la relación definitiva entre actividad física y la incidencia de enfermedad coronaria entre trabajadores con distintos niveles de actividad/sedentarismo.(5)

La rehabilitación inició cuando, en la primera mitad del siglo XX, el reposo en cama, se consideró una regla general de tratamiento después de un infarto agudo de miocardio (IAM). Se pensaba en esta época que seis semanas de reposo absoluto en cama eran indispensables, ya que este periodo era el necesario para transformar la zona necrótica del corazón en cicatriz. Fue en 1962 cuando Levine y Loung demostraron que el descanso en un sillón durante la primera semana postinfarto tenía efectos benéficos (6). Desde este momento se empezaron a observar los beneficios de la movilización precoz y se acortó al máximo el periodo de reposo y convalecencia, al tiempo que se les dio vital importancia a los problemas emocionales y a la reincorporación laboral. (4)

Posteriormente, diferentes estudios epidemiológicos han demostrado que la capacidad aeróbica se asocia en forma inversa y significativa a mortalidad cardiovascular. De este modo, el rol del ejercicio en sujetos con ECV ha sido estudiado rigurosamente, con sólidos resultados en materia de seguridad,

aumento de la capacidad funcional y reducción de la mortalidad cardiovascular.(1)

Como resultado de estas investigaciones, diversos autores, incorporaron pautas de actividad física, como caminar, variando en el momento del inicio, desde la segunda a la cuarta semana, posterior al acontecimiento cardiaco agudo.(3)

En 1964, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la rehabilitación cardiaca como el “conjunto de actividades necesarias para asegurar a los enfermos del corazón, una condición física, mental y social óptima, que les permita ocupar por sus propios medios un lugar normal en la sociedad” (7).

De igual modo, la RCV ha sido definida por la Asociación Europea de Prevención y Rehabilitación como la “aplicación clínica del cuidado preventivo, a través de un enfoque profesional multidisciplinario, para la reducción del riesgo integral y el cuidado global a largo plazo de los pacientes cardiovasculares”.(1)

La Asociación Británica para la Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardiaca (BACPR), en su informe sobre estándares y componentes principales de la prevención cardiovascular, la definió de la siguiente manera, englobando los elementos fundamentales de otras definiciones: “La RHBC es la suma coordinada de actividades necesarias para influir favorablemente en la causa subyacente de la enfermedad cardiovascular, así como para proporcionar las mejores condiciones físicas, mentales y sociales, de modo que los pacientes puedan, por sus propios esfuerzos, mantener o reanudar el funcionamiento óptimo en su comunidad, mediante la mejora de la conducta de salud, y producir la progresión lenta o el reverso de la enfermedad”.(3)

La American Heart Association y el American College of Cardiology reconocen los programas de rehabilitación cardiaca como parte esencial del cuidado de los

pacientes cardiovasculares y, por ello, son recomendados como útiles y eficaces (clase I). Un consenso realizado entre la American Heart Association, la American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation y la Agency for Health Care Policy concluyó que los programas de rehabilitación cardiaca deben ofrecer, de forma multifacética y multidisciplinar, intervenciones que permitan la reducción del riesgo cardiovascular; de manera que los programas que solo ofrecen entrenamiento físico no pueden ser considerados rehabilitación cardiaca.(4)

Entre tanto, la Sociedad Colombiana de Cardiología define la rehabilitación cardiaca como un conjunto de actividades necesarias para que el paciente cardiovascular tenga un proceso de reacondicionamiento gradual que le permita alcanzar y mantener una funcionalidad óptima desde los puntos de vista físico, mental y social, por medio de las cuales pueda reintegrarse a la sociedad y a su actividad laboral (8).

Los programas de rehabilitación cardiovascular (RCV) incluyen todas estas características, influyendo además en la restauración de la calidad de vida y la mejoría de la capacidad funcional. Por consiguiente, la RCV está recomendada en la actualidad con evidencia de clase I por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), la Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Colegio Americano de Cardiología (ACC) en el tratamiento de la ECV e insuficiencia cardiaca (IC).(1) Así, en la actualidad, basándose en la evidencia disponible acerca de los beneficios del ejercicio en la reducción del riesgo de desarrollo y progresión de ECV, se ha recomendado la práctica de actividad física regular como una estrategia para reducir su incidencia.(1) Hoy, la movilización precoz y el ejercicio

físico controlado constituyen el tratamiento adecuado para el manejo de la enfermedad coronaria.

De este modo, una de las estrategias que se han desarrollado para enfrentar la enfermedad cardiovascular son los programas de prevención de factores de riesgo y de rehabilitación cardíaca, dirigidos a pacientes adultos medios y adultos mayores con alteraciones y factores de riesgo asociados a enfermedad cardiovascular. Los programas de rehabilitación cardíaca son estrategias de prevención secundaria y terciaria, cuyo fin es lograr que el paciente se reintegre a su vida emocional, familiar y laboral. En este se encuentran los programas de rehabilitación cardíaca, los cuales son una alternativa para restaurar la calidad de vida, la autonomía y la integración social, además de mejorar la capacidad física.(4)

Los programas de rehabilitación cardíaca se dividen en tres fases, cada una de las cuales especifica su tiempo de desarrollo y las actividades que deben llevar a cabo los individuos en su recuperación. La fase I o intrahospitalaria tiene una duración aproximada de ocho a doce días, en la cual se involucran todos los pacientes cuya condición hemodinámica lo permita. El objetivo principal de las actividades desarrolladas en esta fase es contrarrestar los efectos del reposo prolongado (1), como lo es el mantener el tono muscular, prevenir la hipotensión postural, disminuir el riesgo de trombosis venosa profunda y preparar psicológicamente al paciente y a su familia para afrontar la situación en curso (5). Se considera que este es el momento ideal para iniciar las actividades de prevención secundaria, por medio de las cuales se brinda educación al paciente y su familia sobre la enfermedad, la dieta, los factores de riesgo y su modificación, los medicamentos, los cuidados que ha de tener en casa, la

actividad física permitida y los signos de alarma (1,9). La fase II, conocida también como fase activa, ambulatoria supervisada o poshospitalaria, tiene una duración de tres a seis meses y tiene como objetivo principal aumentar la capacidad funcional del paciente (1), para conseguir que este se desenvuelva de forma independiente dentro de su hogar y fuera de este. En dicha etapa cobra gran importancia la adherencia del paciente al ejercicio físico regular y a las actividades educativas enfocadas en el conocimiento de la enfermedad, el cambio en los estilos de vida y la readaptación familiar, ocupacional y social (5,9). Por último, se desarrolla la fase III, o también conocida como fase de mantenimiento, cuya duración está entre los cuatro y los seis meses, e incluso puede llegar a prolongarse de manera indefinida. En esta fase el individuo no requiere supervisión continua durante la realización de la actividad física (usualmente del tipo de resistencia), sino que desarrolla su actividad conforme a un plan de entrenamiento establecido al finalizar la segunda fase de la rehabilitación, con lo que se busca mantener la capacidad funcional ya adquirida.(4)

Sus beneficios incluyen: mejor tolerancia al ejercicio, disminución de los síntomas, mejoramiento de los niveles de lípidos, eliminación del tabaquismo, mejoramiento del estado psicosocial, reducción del porcentaje de mortalidad por enfermedad cardiovascular (25%), reincorporación laboral y reducción de costos en el tratamiento subsecuente.(5)

Es conocido que la RC disminuye más del 25% la mortalidad sin embargo, solo el 40% de los pacientes son referidos en EU y Canadá a dichos programas, la adherencia es otro gran problema pues solo uno de cada tres pacientes remitidos permanece después de seis meses.(5)

En Europa, a pesar de los beneficios comprobados de la RHBC sólo un promedio de 34% de los/as pacientes elegibles se remiten a estos servicios, y un 20% en última instancia, participa. Esta tendencia va en contra de las guías de práctica clínica basadas en la evidencia, que como se ha visto recomiendan la RHBC de forma estandarizada en el manejo de las enfermedades cardiovasculares (Grace et al., 2011).(3)

Como se puede observar, la RCV se encuentra subutilizada tanto en prevención primaria, como secundaria. De estos últimos pacientes, ingresan a RCV menos de 10% en América Latina.(1). En México, a pesar de todos los beneficios conocidos es innegable la baja participación (33%) de los pacientes en centros que cuentan con dichos programas.(5)

Las posibles razones para esto incluyen el escepticismo médico sobre los beneficios de la RCV, la accesibilidad variable, la preferencia por indicar ejercicio en casa y el enfoque prioritario en los procedimientos de revascularización y medicación, por sobre las estrategias de cambios en los estilos de vida.(1). Los factores del paciente asociados con la participación en el programa son: referencia del paciente, enfermedades asociadas, percepción de los beneficios del programa por el paciente, distancia, transportación, autoconcepto, motivación, autoestima, composición familiar, soporte social y ocupación. Dentro de los factores asociados con la no-adherencia se incluyen: estigmatización de la tercera edad, género femenino, pocos años de educación formal, poca actividad física o tiempos de ocio prolongados.(5)

Por lo anterior, se hace necesario que el profesional de enfermería intervenga en la mejora de la calidad de vida, promoviendo la participación de los pacientes

en los programas de rehabilitación cardiaca y aplicando herramientas útiles para la determinación de la calidad de vida, a fin de lograr una medición más comprensiva, integral y válida del estado de salud de los pacientes con enfermedades cardiovasculares y la efectividad de la atención ofrecida dentro del programa.(3) Sin embargo, la falta de adherencia a los programas de RCV requiere un análisis de los factores que ocasionan esta problemática, para posteriormente iniciar un abordaje que apoye al paciente, interviniendo los factores que influyen en el abandono de manera integral, además de controles médicos y terapia farmacológica adecuada.(1)

1.2. Formulación del problema

La pregunta formulada se desarrolló bajo la metodología PICO y fue la siguiente:

P = Paciente/ Problema	I = Intervención	C =Intervención de comparación	O = Outcome Resultados
Paciente con enfermedad cardiovascular ECV	No corresponde	No corresponde	Factores que intervienen en la adherencia al programa de Rehabilitación Cardiaca

¿Qué factores intervienen en la adherencia del paciente con enfermedad cardiovascular ECV a los Programas de rehabilitación cardiaca?

1.3. Objetivos

Sistematizar los factores que intervienen en la adherencia del paciente con enfermedad cardiovascular ECV a los Programas de rehabilitación cardiaca

CAPITULO II: MATERIALES Y METODOS

2.1. Diseño de estudio

Las Revisiones Sistemáticas son un diseño de investigación observacional y retrospectivo, que sintetiza los resultados de múltiples investigaciones primarias. Son parte esencial de enfermería basada en evidencia por su rigurosa metodología, identificando los estudios relevantes para responder preguntas específicas de la práctica clínica.

2.2. Población y muestra

La población está constituida por la revisión bibliográfica de 14 artículos científicos publicados e indizados en las bases de datos científicos, con una antigüedad no mayor de diez años y que responden a artículos publicados en idioma español.

2.3. Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó a través de la revisión bibliográfica de artículos de investigación tanto nacionales como internacionales, que tuvieron como tema

principal la adherencia a los programas de rehabilitación cardiovascular. De todos los artículos que se encontraron, se incluyeron los más importantes según nivel y calidad de evidencia y se excluyeron los menos relevantes.

Se estableció la búsqueda siempre y cuando se tuvo acceso al texto completo del artículo científico.

El algoritmo utilizado para la búsqueda fue:

Rehabilitación cardíaca AND cardiovascular

Rehabilitación cardíaca OR cardiovascular

Programa AND rehabilitación cardíaca OR rehabilitación cardiovascular

Adherencia AND Programa rehabilitación cardíaca

Factores AND Adherencia AND Programa rehabilitación cardíaca

Bases de Datos:

Dialnet, Lilacs, Scielo, Ebsco host, Proquest.

2.4. Técnica de análisis

El análisis de la revisión sistemática está conformado por la elaboración de una tabla de resumen con los datos principales de cada uno de los artículos seleccionados, evaluando cada uno de los artículos para una comparación de los puntos o características en las cuales concuerdan y los puntos en los que existe discrepancias, así como una evaluación crítica e intensiva de cada artículo de acuerdo los criterios técnicos establecidos.

2.5. Aspectos Éticos

La evaluación crítica de los artículos científicos revisados, está de acuerdo a las normas técnicas de la bioética en la investigación, garantizando el cumplimiento de los principios éticos.

CAPITULO III: RESULTADOS

3.1 Tablas

DATOS DE LA PUBLICACIÓN				
1. Autor	Año	Número de la Investigación	Revista donde se ubica la Publicación	Volumen y Número
Buigues Gonzales, Cristina	2015	“Programa de rehabilitación cardiaca coordinado por enfermería: resultados de EUROACTION en España”	Repositorio de la Universidad de Valencia http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/49045/Buigues_Gonzalez_Cristina_TesisDoctoral_PDF_20oct15.pdf?sequence=1&isAllowed=y	2015; Cod. 10550-49045

CONTENIDO DE LA PUBLICACIÓN							
Tipo de investigación	Diseño de Investigación	Población	Muestra	Instrumentos	Aspectos Éticos	Resultados Principales	Conclusiones
Cuantitativa	Estudio experimental	626 pacientes fueron identificados de forma consecutiva, en el hospital de intervención (INT) y en el hospital control (CONT).	539 sujetos (pacientes o familiares), tanto en el hospital intervención como en el de atención habitual.	La información recogida se realizó a través de la historia clínica de los/as pacientes y de la información obtenida en las valoraciones y el seguimiento realizada por los/as distintos/as profesionales a través de diferentes formularios.	Consentimiento informado	Específicamente los < de 65 años (81%) consumían más fruta y verdura que los ≥ de 65 años (38%). El sexo mantuvo relación con la finalización del programa. Se observó una asociación significativa entre ambas variables $X^2(1) = 11.7, p < .01$. Específicamente los hombres (80%) fueron más tendentes a finalizar el programa que las mujeres (48%).	Los programas de RHBC basados en el seguimiento, educación para la salud y con implicación de la familia, obtienen mejores resultados que el cuidado habitual.

DATOS DE LA PUBLICACIÓN

2. Autor	Año	Nombre de la Investigación	Revista donde se ubica la Publicación	Volumen y Número
Arango Vélez, Elkin; Patiño Villada, Fredy; Díaz-Cardona Gildardo.	2014	"Factores asociados con la adherencia a la actividad física en el tiempo libre"	Revista Cultura Física y Deporte. Universidad de Antioquia. Colombia, http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/educacionfisicaydeporte/article/view/20413	33 (1), 129-151, Ene-Jul 2014

CONTENIDO DE LA PUBLICACIÓN

Tipo de investigación	Diseño de Investigación	Población	Muestra	Instrumentos	Aspectos Éticos	Resultados Principales	Conclusiones
Cuantitativa	Estudio de Casos y Controles.	Adultos que participan en un programa de actividad física (AF).	176 personas usuarias de un programa de AF,	Cuestionario estructurado, a partir de la escala MPAM-R (Motives for Physical Measure-Revised) (Ryan et al., 1997) y las historias médico-deportivas.	Consentimiento informado	Las personas viudas y quienes reportaron ingresos mensuales de más de 5 salarios mínimos estuvieron más adheridos a la AFTL. el ser fumador redujo la frecuencia de adherencia al compararlo con los exfumadores (41,7% vs 61,3%; $p>0,05$). Las personas con algún tipo de artrosis mostraron una menor adherencia a la AFTL (48,7% vs. 67,2%; $p=0,035$)	Las variables que se asociaron en forma independiente con la adherencia a la AFTL fueron la edad y el antecedente personal de artrosis. Se requiere realizar nuevos estudios que incluyan otras variables que puedan explicar en forma más global este fenómeno.

DATOS DE LA PUBLICACIÓN

DATOS DE LA PUBLICACIÓN

3. Autor	Año	Nombre de la Investigación	Revista donde se ubica la Publicación	Volumen y Número
4. Autor	Año	Nombre de la Investigación	Revista donde se ubica la Publicación	Volumen y Número
Wong-On, Manuel; Carrillo- Escolar-Gutiérrez, María; Barrantes, Severita; Molina- López-Moya, Belén; Astua, Milena; Vargas-Quesada, Portables Barreiro Laura; Christian; Chaverri-Flores, Sofia. Carcedo-Roble, Carmen;	2013	"influencia de la relación profesional presión arterial en la fase sanitario-paciente en la adherencia de rehabilitación cardiaca al tratamiento en un programa de rehabilitación cardíaca (prc)"	Revista Acta Médica Costarricense Proceedings of 6th International and 11th National Congress II del programa of Clinical Psychology. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v56n3/art05v56n3.pdf http://www.aepcles/psclinica_web/PROCEEDING/PROCCE	Vol 56 (3), julio-2014; 978-84-697-0321-2
Alonso-Abolafia, Adela			DINGCOMPLETO.pdf#page=54	

CONTENIDO DE LA PUBLICACIÓN

Tipo de investigación	Diseño de Investigación	Población	Muestra	Instrumentos	Aspectos Éticos	Resultados Principales	Conclusiones
Cuantitativa	Estudio de Casos y Controles.	Pacientes portadores de enfermedad arterial coronaria admitidos en la fase II del programa de rehabilitación cardiaca, del Centro Nacional de Rehabilitación	175 pacientes portadores de enfermedad arterial coronaria admitidos en la fase II del programa de rehabilitación cardiaca.	Test de Cardinal (para adherencia al ejercicio), prueba de esfuerzo, el ecocardiograma y la arteriografía coronaria y una evaluación biomecánica	Consentimiento informado	En cuanto a la adherencia al ejercicio a 2 años plazo, el estudio muestra que el 61,1% de los pacientes sigue haciendo ejercicio al menos 3 veces por semana. Otra dificultad para la adherencia de los pacientes es el cambio domiciliario y ausencia a las citas de control que obstaculizan este proceso.	Se encontró un alto porcentaje de adherencia al ejercicio y baja incidencia de eventos a 2 años plazo.

DATOS DE LA PUBLICACIÓN

5. Autor		Año	Nombre de la Investigación			CONTENIDO DE LA PUBLICACIÓN		¿Dónde se ubica la Publicación		Volumen y Número
Tipo de investigación	Diseño de Investigación	Población	Muestra	Instrumentos	Aspectos Éticos	Resultados Principales	Conclusiones			
Dinámica	Estudio prospectivo de Casos y Controles.	Pacientes coronarios del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, España	364 pacientes coronarios	Cuestionario de depresión de Beck y el Cuestionario de ansiedad STAI y el Cuestionario adaptado del Inventario de Recursos Sociales (Díaz Veiga, 1987) para evaluar la Percepción de Apoyo de los Profesionales Sanitarios (Sanitary Professional Support Perceived),	Consentimiento informado	Los resultados de la evaluación en 123 de 224 pacientes (55%). Cuando se introduce el análisis de regresión logística, solo la edad y el apoyo percibido por los profesionales sanitarios continuaron siendo significativos en el mantenimiento de los cambios promovidos por el tratamiento.	Se percibe una percepción que tienen los pacientes de apoyo recibido por los profesionales en los PRC ejerce un efecto positivo en la adhesión al tratamiento a largo plazo, manteniendo los cambios en el estilo de vida promovidos por el tratamiento (12 meses). La buena relación profesional sanitario-paciente en los PRC favorece que los pacientes adquieran y mantengan un estilo de vida más saludable.			

CONTENIDO DE LA PUBLICACIÓN

Tipo de investigación	Diseño de Investigación	Población	Muestra	Instrumentos	Aspectos Éticos	Resultados Principales	Conclusiones
Cuantitativa	Estudio retrospectivo de Casos y Controles.	Pacientes del Hospital Ramón y Cajal de	59 pacientes, 54 (91,5%)	Se confeccionó un cuestionario para evaluar: a) adherencia a las	Consentimiento informado	La barrera más importante para los sujetos a la hora de practicar es el clima (45,8%), la segunda razón más frecuentemente	Aunque el coste de respuesta que supone el paso a un estilo de vida activo es superior al que puede suponer el control de los

		Madrid que completaron el programa de rehabilitación cardiaca	varones y mujeres 5 (8,5%)	recomendaciones de actividad física, b) adherencia a las conductas de control de factores de riesgo y c) barreras para la práctica de la actividad Física.		mencionada es la falta de tiempo (28,8%). Esta razón es esgrimida por un mayor porcentaje de sujetos que no cumplen las recomendaciones al igual que la falta de compañía para realizar estas actividades es la tercera razón más frecuentemente dada para justificar la no realización de ejercicio (22%).	factores de riesgo, el prácticamente inexistente nivel de adherencia a los ejercicios de relajación creemos que puede estar poniendo de manifiesto una escasa valoración por parte de los sujetos del grado en que esta conducta puede contribuir al control de su patología.
DATOS DE LA PUBLICACIÓN							
6. Autor	Año	Nombre de la Investigación	Revista	donde se ubica la Publicación	Volumen y Número		
De la Calle Perez L., Barriopedro Moro I., Aznar Lain S.	2004	niveles de adherencia	Revista universitaria de educación Física y el deporte. Cronos, España.	http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=bbf492d0-3cfc-4d86-a79c-4c8432d5f1c3%40sessionmgr104&vid=9&hid=4114	Vol. 3(5):19-25		

CONTENIDO DE LA PUBLICACIÓN

Tipo de investigación	Diseño de Investigación	Población	Muestra	Instrumentos	Aspectos Éticos	Resultados Principales	Conclusiones
Cuantitativa	Estudio retrospectivo de Casos y Controles.	105 programas de rehabilitación cardiaca	112 Pacientes sobrevivientes a un infarto al miocardio.	“Cuestionario de agresión” (Buss y Perry, 1992), el “Cuestionario de estrategias de afrontamiento” (Rodríguez-Marín et al., 1992), la “Escala de apoyo social” (Dunn et al., 1978) y el “Inventario autoeficacia percibida para el control de peso” (Román et al., 2007).	Consentimiento informado	El afrontamiento dirigido al problema, el apoyo social percibido y la autoeficacia percibida resultaron significativos para discriminar 105 grupos (sig= 0,000), mientras que la hostilidad y el afrontamiento emocional no explican	El apoyo social percibido, el afrontamiento orientado al problema y la autoeficacia percibida diferencian a las personas que inician el programa de rehabilitación cardiaca, lo que sugiere la importancia de considerar estas variables en la rehabilitación de pacientes

						dichas diferencias (sig=0,155).	que han tenido un infarto al miocardio.
--	--	--	--	--	--	---------------------------------	---

DATOS DE LA PUBLICACIÓN

7. Autor	Año	Nombre de la Investigación	Revista donde se ubica la Publicación	Volumen y Número
Dura Mata María José.	2006	"Factores pronósticos del cumplimiento de los objetivos de un programa de Rehabilitación Cardíaca"	Biblioteca de la Universidad Autónoma de Barcelona: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2005/tdx-1219107-125122/mjdm1de1.pdf	Vol. 13, Nº 1, 2006

CONTENIDO DE LA PUBLICACIÓN

Tipo de investigación	Diseño de Investigación	Población	Muestra	Instrumentos	Aspectos Éticos	Resultados Principales	Conclusiones
Cuantitativa	Estudio retrospectivo de Casos y Controles.	Pacientes del programa de rehabilitación cardíaca del Hospital Universitario Germans Trias	123 pacientes	Protocolo estandarizado con parámetros físicos y psicosociales.	Consentimiento informado	El principal motivo de abandono al programa fue pasar a cirugía cardíaca, seguido de presentar complicaciones médicas extra vasculares. Se encontró relación significativa entre sexo y	El sexo masculino, la ausencia de patologías concomitantes, actividad laboral de bajo esfuerzo, ausencia de responsabilidades familiares, son variables relacionadas

		i Pujol de Barcelona				adherencia (pv0,01), edad (0,02), patologías previas (o,01) y personas a su cargo que dependen económicamente (0,00)	positivamente con la adherencia al programa de rehabilitación cardiaca.
--	--	----------------------	--	--	--	--	---

DATOS DE LA PUBLICACIÓN

8. Autor	Año	Nombre de la Investigación	Revista donde se ubica la Publicación	Volumen y Número
Águila de los Ríos J.	2016	“Efectos benéficos de un programa de rehabilitación cardiaca-fase II en pacientes de riesgo moderado-alto tras cardiopatía isquémica ”	Repositorio institucional de la Universidad de Extremadura. España. http://dehesa.unex.es/xmlui/handle/10662/4133 http://hdl.handle.net/10662/4133	2016-04-08

CONTENIDO DE LA PUBLICACIÓN

Tipo de investigación	Diseño de Investigación	Población	Muestra	Instrumentos	Aspectos Éticos	Resultados Principales	Conclusiones
Cuantitativa	Estudio cuasiexperimental.	114 pacientes referenciados al Centro Fisiocardio para iniciar el programa de	61% de la población formaron el grupo de cardiopatía isquémica y el restante de no isquémica. Muestra de 68 pacientes con	Historia clínica, parámetros antropométricos, ergometría y cuestionarios de calidad.	Consentimiento informado y aprobación del Comité de Ética	El grado de adhesión al programa de rehabilitación cardiaca fue mayor en el sexo masculino (26.4%) que en el femenino (25,8%). Así como la adhesión fue mayor en más edad: mayores de 61 años (27.4%), de 46 a 60 años	No existen diferencias significativas en la adherencia por sexo (p=0,662). Pero si existen diferencias en las edades y su

		rehabilitación cardiaca.	cardiopatía isquémica como motivo del programa de rehabilitación cardiaca.			(26.8%) y de 45 años a menos (21.6%). Las enfermedades osteomusculares presentes en el 26.5% de los pacientes, puede influir en el desarrollo de su actividad física.	relación con la adherencia a las sesiones (p=0,034) y a la adherencia por semanas (p=0,063)
--	--	-----------------------------	--	--	--	--	---

Tabla 1: Resumen de estudios sobre factores que intervienen en la adherencia del paciente a los programas de rehabilitación cardíaca

Tipo de estudio / Título	Tipo de Intervención / Resultado	Calidad de evidencia	Fuerza de recomendación
Experimental "Programa de rehabilitación cardíaca coordinado por enfermería: resultados de EUROACTION en España"	El sexo mantuvo relación con la finalización del programa. Se observó una asociación significativa entre ambas variables $\chi^2(1) = 11.7, p < .01$. Específicamente los hombres (80%) fueron más tendientes a finalizar el programa que las mujeres (48%).	Alta	Alta
Estudio de Casos y Controles. "Factores asociados con la adherencia a la actividad física en el tiempo libre"	Las personas viudas y quienes reportaron ingresos mensuales de más de 5 salarios mínimos estuvieron más adheridos a la AFTL. el ser fumador redujo la frecuencia de adherencia al compararlo con los exfumadores (41,7% vs 61,3%; $p > 0,05$). Las personas con algún tipo de artrosis mostraron una menor adherencia a la AFTL (48,7% vs. 67,2%; $p = 0,035$)	Moderada	Moderada
Estudio de Casos y Controles. "Respuesta de la frecuencia cardíaca y presión arterial en la fase II del programa de rehabilitación cardíaca en Costa Rica"	Otra dificultad para la adherencia de los pacientes es el cambio domiciliario y ausencia a las citas de control que obstaculizan este proceso.	Moderada	Moderada
Estudio de casos y controles. "influencia de la relación profesional sanitario-	La percepción que tienen los pacientes del apoyo recibido por los profesionales en los PRC ejerce un efecto positivo	Moderada	Moderada

paciente en la adherencia al tratamiento en un programa de rehabilitación cardíaca (prc)”	<p>en la adhesión al tratamiento a largo plazo.</p> <p>Cuando se introduce el análisis de regresión logística, solo la edad y el apoyo percibido por los profesionales sanitarios continuaron siendo significativos en el mantenimiento de los cambios promovidos por el tratamiento.</p>		
<p>Estudio de Casos y Controles.</p> <p>“Variables psicosociales en la adherencia a programas de rehabilitación cardíaca”</p>	<p>La barrera más importante para los sujetos a la hora de practicar es el clima (45,8%), la segunda razón más frecuentemente mencionada es la falta de tiempo (28,8%). Esta razón es esgrimida por un mayor porcentaje de sujetos que no cumplen las recomendaciones al igual que la falta de compañía para realizar estas actividades es la tercera razón más frecuentemente dada para justificar la no Realización de ejercicio (22%).</p>	Moderada	Moderada
<p>Estudio retrospectivo de Casos y Controles.</p> <p>“Niveles de adherencia en post-infartados”</p>	<p>El afrontamiento dirigido al problema, el apoyo social percibido y la autoeficacia percibida resultaron significativos para discriminar 105 grupos (sig= 0,000), mientras que la hostilidad y el afrontamiento emocional no explican dichas diferencias (sig=0,155).</p>	Moderada	Moderada
<p>Estudio de Casos y Controles.</p>	<p>El principal motivo de abandono al programa fue</p>	Moderada	Moderada

<p>“Factores pronósticos del cumplimiento de los objetivos de un programa de Rehabilitación Cardíaca”</p>	<p>pasar a cirugía cardíaca, seguido de presentar complicaciones médicas extra vasculares. Se encontró relación significativa entre sexo y adherencia (p=0,01), edad (0,02), patologías previas (0,01) y personas a su cargo que dependen económicamente (0,00)</p> <p>El sexo masculino, la ausencia de patologías concomitantes, actividad laboral de bajo esfuerzo, ausencia de responsabilidades familiares, son variables relacionadas positivamente con la adherencia al programa de rehabilitación cardíaca.</p>		
<p>Estudio cuasiexperimental de seguimiento e intervención. “ Efectos benéficos de un programa de rehabilitación cardíaca-fase II en pacientes de riesgo moderado-alto tras cardiopatía isquémica ”</p>	<p>No existen diferencias significativas en la adherencia por sexo (p=0,662). Pero si existen diferencias en las edades y su relación con la adherencia a las sesiones (p=0,034) y a la adherencia por semanas (p=0,063)</p>	<p>Moderada</p>	<p>Moderada</p>

Tabla 2 : Artículos de investigación sobre factores intervienen en la adherencia del paciente a los programas de rehabilitación cardiaca, según lugar.

Artículos de Investigación	Lugar	N°	%
8 Artículos de Investigación	Venezuela	1	12.5%
	Colombia	1	12.5%
	Costa Rica	1	12.5%
	España	5	62.5%
Total		8	100.00

Fuente: Elaboración propia - Revisión de 8 artículos sobre adherencia del paciente a los programas de rehabilitación cardiaca.

La tabla 2 muestra que el 62.5% de los estudios consultados mediante revisión sistemática han sido realizados en España, el otro 37.5% de los estudios revisados sobre adherencia del paciente a los programas de rehabilitación cardiaca, corresponden a 2 países sudamericanos vecinos como son Venezuela y Colombia, mientras que un estudio fue realizado en El país centroamericano de Costa Rica.

Tabla 3: Artículos de investigación sobre factores que intervienen en la adherencia del paciente a los programas de rehabilitación cardíaca, según tipo y diseño de investigación.

Tipo de investigación	Diseño de investigación	N°	%
Cuantitativa	Experimental, prospectivo	1	17.5%
	Cuasi experimental, de seguimiento e intervención	1	17.5%
	De casos y controles	3	37.5%
	De casos y controles	3	37.5%
TOTAL		8	100.00

Fuente: Elaboración propia - Revisión de 8 artículos sobre adherencia del paciente a los programas de rehabilitación cardíaca.

En la tabla 3 se puede observar que el 75% de estudios consultados mediante revisión sistemática pertenecen a casos y controles, mientras que el 35% restante corresponden a estudios de intervención-experimental.

CAPITULO IV: DISCUSION

La mayoría de estudios analizados coinciden en que la edad, sexo, ingresos económicos y disponibilidad de tiempo son los factores que influyen en la adherencia de los pacientes a los Programas de Rehabilitación cardiaca. Así Buigues (10) encontró que el sexo está asociado significativamente con la adherencia a los programas de rehabilitación cardiaca ($p < .01$), siendo el sexo masculino el que favorece la adherencia (80%), mientras que el sexo femenino no la favorece (48%). De igual manera Escolar-Gutiérrez (1) encontró que los factores que favorecen la adherencia a los programas de rehabilitación cardiaca son la edad y el apoyo percibido por los profesionales sanitarios; Águila (14) también menciona que la edad es un factor asociado a la adherencia a los PCR aunque no en tan alta significancia el sexo y Arango (8) encontró que un factor que favorece la adherencia a los programas de rehabilitación cardiaca fue tener un ingreso mensual de más de 5 salarios mínimos al igual que Dura Mata (13) encontró que el sexo masculino, la edad, la ausencia de patologías concomitantes, actividad laboral de bajo esfuerzo y ausencia de responsabilidades familiares, son variables relacionadas positivamente con la adherencia al programa de rehabilitación cardiaca.

Acevedo (3) menciona que el aumento de la longevidad está y seguirá dando lugar a un elevado número de personas mayores con tendencia a la cronicidad de enfermedades. Así como también los datos estadísticos mundiales, especialmente en los países europeos coincide con lo encontrado por los investigadores respecto a la influencia del sexo en la adherencia, esto se relaciona con el hecho de que el 51% de las muertes por ECV se presenta en las mujeres y el 42% entre los hombres.

Entonces podríamos asumir que el elevado número de muertes femeninas por ECV estaría relacionado a la falta de adherencia que ellas tienen a los programas de rehabilitación cardíaca. Este dato merece un análisis exhaustivo pues puede relacionarse con la falta de tiempo como factor que dificulta la adherencia considerando las responsabilidades hogareñas que muchas veces para las mujeres no tiene jubilación como si lo puede ser en el caso de los varones. Por otro lado también cabe la reflexión sobre la evolución de la pirámide poblacional, si cada vez presentamos mayor longevidad y la edad influye en la adherencia a los programas de rehabilitación cardíaca, entonces surge la duda de que medidas previsoras debemos tomar al respecto.

El aspecto emocional sería un factor que puede influir positiva o negativamente en la adherencia, así De la Calle (12) concluye que los factores que influyen en la adherencia a los Programas de Rehabilitación cardíaca son el afrontamiento dirigido al problema, el apoyo social percibido y la autoeficacia percibida; mientras que Dinorah Guerra (11) menciona como factores que dificultan la adherencia de los pacientes son el clima, la falta de tiempo y la falta de compañía para realizar estas actividades.

Escolar- Gutiérrez (1) menciona que las enfermedades cardiovasculares afectan las dimensiones físicas, sociales y emocionales de la calidad de vida del paciente. Así como Martínez (4) indica que es sabido que ellas producen en el plano emocional, gran ansiedad, incluso, depresión. Por lo que también Arango (8) menciona que hace falta generar un proceso de reacondicionamiento gradual que le permita alcanzar y mantener una funcionalidad óptima del paciente desde los puntos de vista físico, mental y social, por medio de las cuales pueda reintegrarse a la sociedad y a su actividad cotidiana.

A partir de lo señalado, será necesario reflexionar sobre el rol de apoyo emocional que cumple la Enfermera, favoreciendo un adecuado afrontamiento de los pacientes afectados, trabajando la motivación e incluso las actividades propias de socialización y soporte emocional que son dirigidas al público adulto mayor. Tal vez sea este apoyo un talón de Aquiles en el desempeño del profesional de Enfermería que colabora con los programas de rehabilitación cardíaca.

Por último, según la revisión sistemática realizada, las enfermedades son un factor que dificulta la adherencia al programas de rehabilitación cardíaca entre otros aspectos, así lo mencionan Arango (8) al encontrar que el ser fumador (41.7%) y presentar algún tipo de artrosis (48.7%) son factores que reducen la adherencia y Dura Mata (13) que también refiere que pasar a cirugía cardíaca y presentar complicaciones médicas extra vasculares son factores que dificultan la adherencia de los pacientes. Por otro lado, Wong-On (6) encontró que los factores que dificultan la adherencia de los pacientes son el cambio domiciliario y ausencia a las citas de control.

Definitivamente, como lo indica Acevedo (3), tener una enfermedad cardiovascular más otras enfermedades concomitantes no es lo esperado, según la bibliografía este tipo de enfermedades afecta mucho el plano físico, porque el paciente experimenta,

derivado de las limitaciones por su sintomatología clínica (disminución de la respiración, fatiga muscular y dolor en el pecho), disminución en la tolerancia al ejercicio, lo cual lleva a una percepción de discapacidad mayor.

Todo esto nos lleva a pensar en el enfoque multidisciplinario de la atención de salud, el cual debe aplicarse meticulosamente en este tipo de pacientes y a todo nivel de los servicios de salud.

Por todo lo analizado, podemos estar conformes y coincidir con Acevedo (3) en la premisa de que la rehabilitación cardíaca requiere la suma coordinada de actividades necesarias para influir favorablemente en la causa subyacente de la enfermedad cardiovascular, así como para proporcionar las mejores condiciones físicas, mentales y sociales, de modo que los pacientes puedan, por sus propios esfuerzos, mantener o reanudar el funcionamiento óptimo en su comunidad, mediante la mejora de la conducta de salud, y producir la progresión lenta o el reverso de la enfermedad.

Somos justamente el personal de salud y los profesionales de Enfermería los llamados a garantizar las mejores condiciones bio-psico-sociales a los pacientes que asisten al programa de rehabilitación cardíaca vigilando los indicios que indiquen dificultades en la adherencia.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

1. La revisión sistemática de los 8 artículos científicos sobre factores que interviene en la adherencia a los programas de rehabilitación cardiaca, fueron hallados en las bases de datos Dialnet, Lilacs, Scielo, Ebsco y Proquest, todos ellos corresponden al tipo y diseño de estudios explicativos experimentales, de intervención y casos y controles.
2. El ingreso económico, edad, aspecto emocional y relación con el personal de salud son factores que intervienen positivamente en la adherencia a los tratamientos de rehabilitación cardiaca.
3. El sexo femenino y patologías concomitantes son factores que influyen negativamente en la adherencia de los pacientes a los programas de rehabilitación cardiaca.

5.2. Recomendaciones.

1. Realizar intervenciones tempranas sobre los factores que influyen negativamente en la adherencia a los programas de rehabilitación cardiaca.

2. Fortalecer los programas de prevención de las enfermedades crónicas concomitantes en pacientes con enfermedad cardiovascular.
3. Procurar la atención multidisciplinaria para este tipo de pacientes, especialmente interviniendo constantemente sobre el aspecto emocional e involucrar al entorno familiar en el cumplimiento de los objetivos del programa de rehabilitación.
4. Continuar las investigaciones respecto a la variabilidad de la influencia de los factores estudiados y nuevos factores que puedan establecerse en una clasificación para su mejor abordaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escolar-Gutiérrez M., López-Moya B., Portabales L., Carcedo-Robles C., Alonso-Abolafia A. Influencia de la relación profesional sanitario-paciente en la adherencia al tratamiento en un programa de rehabilitación cardíaca (PRC).(on line). Colección: Pro ceedings of 6th International and 11th National Congress of Clinical Psychology. Asociación Española de Psicología Conductual. España; 2013. p50-55.(accesado el 10 de mayo del 2016). Disponible en: http://www.aepc.es/psclinica_web/PROCEEDING/PROCCEDINGCOMPLETO.pdf#page=54
2. Sánchez-Delgado J., Jacome-Hortua A., Pinzón S., Angarita-Fonseca A. Validez de contenido de la escala de barreras para la rehabilitación cardíaca. Rev. Univ. Salud. [internet]. Colombia; 2015. [citado 15 de Mayo del 2016]; 17(2): 170 - 176. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072015000200003&script=sci_arttext&tlng=en
3. Acevedo M., Kramer V., Bustamante MJ., Yañez F., Guido D., Corbalan R., et al. Rehabilitación cardiovascular y ejercicio en prevención secundaria. Rev. Med. Chile . [internet]. Chile; 2013. [citado 15 de Mayo del 2016]; 2013 (141): 1307-1314. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n10/art10.pdf>
4. Martínez E., Orozco A. Programas de Rehabilitación cardíaca en las principales ciudades de Colombia. Rev. Investigación y Educación en Enfermería. [internet]. Colombia; 1999. [citado 17 de Mayo del 2016]; XVII (2): 61-76. Disponible en:

<https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16867/14605>

5. Rivas Estany F., Fase de mantenimiento de la Rehabilitación Cardíaca. Características. Rev. Cubana de Cardiología y Cirugía cardiovascular. [internet]. Cuba; 1999 [citado 21 de Mayo del 2016];13(2):149-57. Disponible en: <https://sers.us/Downloads/459-3765-1-PB.pdf>
6. Wong- On M., Carrillo-Barrantes S., Molina-Astua M., Vargas-Quesada C., Chaverri-Flores S., Respuesta de la frecuencia cardíaca y presión arterial en la fase II del programa de Rehabilitación cardíaca en Costa Rica. Rev Acta Medica Costarricense. [internet]. Costa Rica; 2014 [citado 20 de Mayo del 2016]; 50 (3): 115-120. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v56n3/art05v56n3.pdf>
7. Sociedad Interamericana de Cardiología, Sociedad Sudamericana de Cardiología, Comité interamericano de Prevención y Rehabilitación Cardiovascular. Concenso de Rehabilitación y Prevención Secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología. [internet]. Uruguay; 2013 [citado 20 de Mayo del 2016]; 28 (2): 1-36. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v28n2/v28n2a11.pdf>
8. Arango E., Patiño F., Díaz-Cardona G. Factores asociados con la adherencia a la actividad física en el tiempo libre. Rev. Educación Física y Deporte. [internet]. Colombia; 2014 [citado 23 de Mayo del 2016]; 33 (1): 129-151. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/educacionfisicaydeporte/article/view/20413>
9. Rossini Y., Estrada O., Tejada P., Crespo O. Factores relacionados con adherencia a un programa de rehabilitación. Rev. Facultad de Salud. [internet]

- Colombia;2010 [citado 20 de Mayo del 2016]; 2 (1): 39-50. Disponible en: <http://journalusco.edu.co/index.php/RFS/article/view/528/681>
10. Buigues Gonzales C. Programa de Rehabilitación cardiaca coordinado por Enfermería: resultados de EUROACTION en España. España, 2015. (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia. Programa de Doctorado en Enfermería. (accesado el 20 de junio del 2016). Disponible en: http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/49045/Buigues_Gonzalez_Cristina_TesisDoctoral_PDF_20oct15.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 11. Guerra-Rosas D., Lugli_Rivero Z. Variables Psicosociales en la adherencia a programas de rehabilitación cardiaca. Rev. Psicología conductual. [internet].Venezuela, 2010. [citado 24 de Mayo del 2016]; 18 (1): 167-181. Disponible en: <http://crawl.prod.proquest.com.s3.amazonaws.com/fpcache/c6cf0db4092472db408046b388fd54c5.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJF7V7KNV2KKY2NUQ&Expires=1463099091&Signature=AiUtlIYo%2FXipM%2BRUIfyVo4lShag%3D>
 12. De la Calle Pérez L, Moro M, Laín S. Niveles de adherencia en post-infartados. Rev. Kronos [serial online]. España, 2004 [citado 24 de Mayo del 2016]; 3(5):19-25. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=bbf492d0-3cfc-4d86-a79c-4c8432d5f1c3%40sessionmgr104&vid=9&hid=4114>
 13. Dura Mata M. Factores pronósticos del cumplimiento de los objetivos de un programa de rehabilitación cardiaca. España, 2006. (Tesis doctoral) Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina. (accesado el 20 de junio del 2016). Disponible en: <https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2005/tdx-1219107-125122/mjdm1de1.pdf>

14. Águila de los Ríos J. Efectos benéficos de un programa de rehabilitación cardiaca – fase II en pacientes de riesgo moderado – alto tras cardiopatía isquémica. España, 2016 (Tesis doctoral) Universidad de Extremadura, Departamento de Anatomía, biología celular y zoología. (accesado el 20 de junio del 2016). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10662/4133>