

**Mª José Ferreira Díaz.**

Enfermera Rehabilitación Cardíaca. Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo.
Doctora en Psicología. Escuela de Enfermería de Lugo - Centro Adscrito USC.



La enfermera como educadora clave tras un evento cardíaco: un puente entre la diabetes y la rehabilitación

En España, cada vez más personas con diabetes tipo 2 sufren eventos cardiovasculares mayores como el infarto de miocardio. La evidencia científica ha demostrado que la diabetes y la enfermedad coronaria están estrechamente ligadas, compartiendo múltiples factores de riesgo y potenciándose mutuamente (1). En este contexto, las unidades de rehabilitación cardíaca (RHBC) se han consolidado como una estrategia eficaz

y segura para mejorar el pronóstico de las personas afectadas, permitiendo no solo la recuperación física, sino también su empoderamiento mediante programas estructurados de educación terapéutica (2). ¿Pero quién lidera estos aprendizajes? La figura de la enfermera educadora se sitúa hoy en el epicentro de este proceso transformador, acompañando a la persona en uno de los momentos más vulnerables de su vida.

UN NEXO EPIDEMIOLÓGICO INELUDIBLE: DIABETES Y CORAZÓN

La relación entre enfermedad cardiovascular y diabetes es incuestionable. Ambas patologías comparten factores de riesgo como la hipertensión, la dislipemia o el sedentarismo, y se potencian mutuamente. Las personas con diabetes tienen entre dos y cuatro veces más riesgo de padecer eventos coronarios y, tras un infarto, presentan peor evolución clínica y mayores tasas de reingreso hospitalario (1).

En los programas de RHBC, aproximadamente el 30 % de los participantes presentan diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada, y un porcentaje adicional significativo muestra prediabetes o resistencia a la insulina. Esto convierte a la alteración en el metabolismo de la glucosa, en una condición altamente prevalente dentro de estas unidades, que exige una atención específica e integrada durante el proceso de rehabilitación (2). A pesar de ello, la educación diabetológica estructurada sigue sin estar sistemáticamente incorporada en muchos programas, lo que representa una oportunidad de mejora en la atención postinfarto.

REHABILITACIÓN CARDÍACA: MÁS QUE EJERCICIO FÍSICO

Las unidades de RHBC ofrecen un enfoque

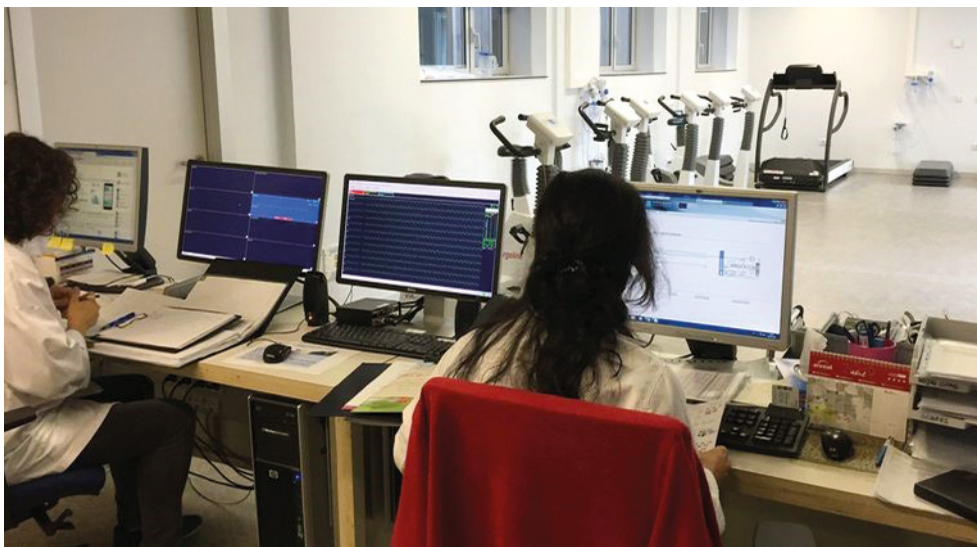
integral de prevención secundaria, es decir, la prevención que se centra en evitar que el problema cardíaco vuelva a repetirse y en reducir el riesgo de nuevas complicaciones. Estas unidades están compuestas por equipos multidisciplinares y ofrecen sesiones de ejercicio físico supervisado, talleres educativos, evaluación médica y acompañamiento emocional. Pero más allá del protocolo, lo que cambia verdaderamente el pronóstico es la capacidad de transformar hábitos y creencias. Y ahí, la enfermera tiene un papel protagonista.

La enfermera no solo valora y monitoriza al paciente, sino que educa. Educa para que la persona con diabetes entienda su tratamiento, reconozca signos de alarma, planifique su alimentación, pierda el miedo a la actividad física y adquiera confianza para retomar su vida. Además, aborda temas habitualmente invisibilizados como la sexualidad, el sueño, la ansiedad o el impacto emocional de un diagnóstico crónico (3).

LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN EL CONTEXTO DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

El periodo posterior a un infarto es especialmente receptivo para introducir cambios en el estilo de vida. Desde la práctica clínica, hemos observado que es el momento ideal para enseñar a ajustar la insulina o los »

**EN LOS PROGRAMAS
DE RHBC,
APROXIMADAMENTE
EL 30 % DE
LOS PARTICIPANTES
PRESENTAN
DM2 DIAGNOSTICADA,
Y UN PORCENTAJE
ADICIONAL
SIGNIFICATIVO
MUESTRA
PREDIABETES
O RESISTENCIA
A LA INSULINA**



Unidad de Rehabilitación Cardíaca Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo. Foto Elaboración propia.



» hipoglucemiantes según el ejercicio, comprender el efecto del estrés en la glucemia, mejorar la selección de alimentos o fomentar la monitorización activa.

En un estudio cualitativo con pacientes coronarios incluidos en un programa de RHBC en Galicia, Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo, los participantes destacaban que la enfermera fue la primera profesional que les ayudó a “entender lo que les pasaba” y a “saber cómo cuidarse”. Esta investigación, realizada mediante grupos focales, evidenció que tras la intervención educativa se produjeron cambios reales en la dieta, la forma de cocinar, el control del peso y la actitud frente al autocuidado (4).

Este proceso va más allá del conocimiento técnico. Se trata de generar un vínculo de confianza que facilite la adherencia al tra-

tamiento y la toma de decisiones compartidas. El componente emocional es clave, especialmente en personas con diabetes que han vivido un evento vital disruptivo como un infarto.

RESULTADOS OBSERVADOS: MÁS CALIDAD DE VIDA, MEJOR CONTROL, MENOS RECAÍDAS

La implementación estructurada de la educación terapéutica dentro de los programas de RHBC se traduce en resultados medibles. En un estudio longitudinal con 181 pacientes, dentro del Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo, se observó una mejoría significativa en todos los dominios de calidad de vida (función física, salud mental, vitalidad, función social) al cabo de un año de seguimiento. Esta mejoría fue especialmente notable incluso en personas con bajo nivel educativo o con presencia de ansiedad/estrés (5).

» Además, se registraron cambios sostenibles en los hábitos dietéticos: los pacientes redujeron el consumo de carnes rojas y bollería industrial, aumentaron la ingesta de verduras, aprendieron a planificar desayunos saludables y dejaron de consumir refrescos azucarados de forma habitual. La adherencia al tratamiento farmacológico alcanzó el 98% y se observaron reducciones en las cifras de tensión arterial, peso corporal y glucosa en sangre (5).

REFORZAR LO QUE FUNCIONA: EL VALOR DEL CUIDADO ENFERMERO

A pesar de sus beneficios, las unidades de RHBC siguen siendo poco accesibles en España: menos del 5 % de las personas candidatas accede a estos programas, según un análisis de la

implantación nacional (6). Además, la participación femenina es particularmente baja, representando solo aproximadamente el 20–22 % de los pacientes atendidos (7, 8). Esta infrarrepresentación se explica por barreras estructurales como los tradicionales roles de cuidado, la falta de apoyo social y el menor reconocimiento del riesgo cardiovascular en las mujeres.

Ampliar estas unidades, garantizar la integración de la educación diabetológica dentro de ellas y fortalecer el papel de la enfermera como referente educativo y emocional no son solo estrategias útiles, sino imprescindibles. Porque educar no es un extra, es parte esencial del tratamiento. Afrontar un infarto en el contexto de la diabetes no es solo un desafío clínico, sino también vital. Convertir ese impacto en una oportunidad de cambio requiere tiempo, compromiso y acompañamiento. **D**

CONCLUSIONES

La enfermera en rehabilitación cardíaca no es solo una cuidadora ni una docente, es una aliada estratégica para la salud cardiovascular y metabólica. A través de la educación terapéutica, facilita que las personas con diabetes tomen el control de su salud en uno de los momentos más vulnerables de su vida. Fortalecer su rol y garantizar el acceso a estas unidades es, sin duda, una de las mejores inversiones en salud pública que podemos hacer hoy en día. La mejora en la esperanza de vida tras un evento coronario no es fruto únicamente de los avances farmacológicos. El papel de la tecnología, como la hemodinámica y la revascularización coronaria, ha sido decisivo. Pero ninguna intervención sustituye el acompañamiento necesario para que esa vida prolongada sea también una vida con sentido, calidad y autocuidado.

REFERENCIAS

1. Zhang X, Devlin HM, Smith B, et al. Effect of lifestyle interventions on cardiovascular risk factors among adults without impaired glucose tolerance or diabetes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(5):e0176436.
2. Martínez Martínez M. Rehabilitación cardíaca en el paciente con diabetes y enfermedad cardiovascular. *Revista Diabetes* [Internet]. 2023 Jun [citado 2025 Jul 21]; Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/estilos-de-vida/ejercicio/rehabilitacion-cardiaca-en-el-paciente-con-diabetes-y-enfermedad-cardiovascular/>
3. Ferreira-Díaz MJ. Mejora de la calidad de vida a través de un programa de rehabilitación cardíaca [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED); 2022.
4. Ferreira-Díaz MJ, Laguía A, Topa G. Pacientes coronarios hablando de riesgos nutricionales: etiquetado NutriScore y máquinas de “vending” en los hospitales. *Acción Psicológica*. 2020;17(2):135–152. doi:10.5944/ap.17.2.30655.
5. Ferreira-Díaz MJ, Topa G, Laguía A. Improving quality of life through a cardiac rehabilitation program: a 4-wave longitudinal study. *REC CardioClinics*. 2024;In press. doi:10.1016/j.rccl.2024.07.008.
6. Asociación Española de Rehabilitación Cardíaca. Resultados del Registro AULARC: tan solo el 22 % de los pacientes atendidos en las unidades de rehabilitación cardíaca en España son mujeres. *Cardioteca.com* [Internet]. 2022 [citado 2025 Jul 21]; Disponible en: <https://www.cardioteca.com/prevencion/5782-situacion-de-la-rehabilitacion-cardiaca-en-espana-resultados-del-registro-aularc.html>.
7. Davis AM. Cardiac rehabilitation. In: Frontera WR, Silver JK, Rizzo TD, editors. *Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 678–683.
8. González-Juanatey JR, Chaves E, Roura G, et al. Prevención y rehabilitación de la enfermedad cardiovascular en España. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66(5):421–426. doi:10.1016/j.recesp.2012.10.007.