

### **Cómo citar este documento**

Sancho Cantus, David; Romero Sánchez, José Manuel; Pastor Montero, Sonia; Martínez Sabater, Antonio, Sánchez Esteban, Belén. Atención integral a la mujer con cardiopatía isquémica tras el alta hospitalaria. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc041.php>

## **ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA**

Autores: David Sancho Cantus, José Manuel Romero Sánchez, Sonia Pastor Montero, Antonio Martínez Sabater, Belén Sánchez Esteban

Hospital Francesc de Borja de Gandía (Valencia)

Correo electrónico: [dsanch46@gmail.com](mailto:dsanch46@gmail.com)

**RESUMEN:** Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) suponen en la actualidad la primera causa de mortalidad en ambos sexos en todo el mundo, a pesar de las campañas preventivas que se vienen llevando a cabo para controlar los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV). Además las consecuencias de estas patologías se suelen evaluar mediante parámetros cuantitativos como las tasas de mortalidad o morbilidad, el coste o impacto económico que generan, etc; aunque cada vez se hace más evidente la necesidad de emplear instrumentos de valoración cualitativos que nos ayuden a comprender cómo perciben los individuos la enfermedad. Esta visión posibilitaría una mejora en la asistencia prestada y en el enfoque que se le da a estas patologías. En el caso concreto de la enfermedad coronaria en la mujer se han detectado una serie de diferencias en aspectos como el esfuerzo terapéutico o al diagnóstico, por ejemplo. La cuestión que suscita o motiva este trabajo es la siguiente: ¿qué ocurre tras el alta hospitalaria? ¿qué tipo de cobertura le ofrece el sistema sanitario a una mujer que ha tenido un infarto de miocardio y es dada de alta hospitalaria? ¿qué posibilidades le ofrece nuestra red asistencial sanitaria tras abandonar el hospital? Y lo que tal vez sea más importante ¿se contempla realmente la diversidad de esferas psicológica, social, cultural y física en las que la paciente debe “reintegrarse”? Este texto propone la implantación de un programa de atención integral a la mujer con cardiopatía isquémica tras abandonar el recinto hospitalario, tratando de cubrir las necesidades que se puedan generar tras el proceso asistencial en las diversas esferas del individuo, para asegurar la prestación de unos cuidados desde el punto de vista holístico.

**PALABRAS CLAVE:** género, cardiopatía isquémica, rehabilitación

**ABSTRACT:** Nowadays, in spite of the preventive campaigns that have been made in order to control heart risk factors, heart diseases are the first cause of mortality in the world in both men and women. Moreover, the consequences of these pathologies are usually assessed by using quantitative parameters such as the mortality or morbidity

rate, the economic cost or impact which they generate, etc. Although it is clearly evident that we need to use qualitative control instruments which help us understand how people sense the disease. This view would facilitate an improvement of the assistance given and of the approach which is given to these pathologies.

As for the heart disease in women, there have been some differences in aspects like the therapeutic effort or the diagnosis. The point which motivates this research is the following one: What happens after the discharge from hospital? What kind of assistance does the Health System offer to a woman who has suffered a heart attack and has been discharged from hospital? What kind of possibilities does our Health System offer to patients once they have been discharged from hospital? Or what's more, Are the different psychological, social, cultural and physical spheres to which the patient must "return" being considered? This text proposes the introduction of a comprehensive assistance programme for women with ischaemic heart disease after they have been discharged from hospital and tries to meet the necessities which can be generated after the assistance process in all the individual spheres in order to guarantee the assistance care as far the holistic point of view is concerned.

**KEY WORDS:** gender, ischaemic heart disease, rehabilitation

## ANÁLISIS DEL CONTEXTO. SITUACIÓN ACTUAL DEL TEMA.

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.** Actualmente las enfermedades crónicas suponen para los sistemas de salud uno de los retos más importantes a los que se enfrentan éstos en el tercer milenio, y ello es debido a dos factores fundamentalmente: a las elevadas cifras de mortalidad que provocan estas enfermedades y a la enorme cantidad de recursos socioeconómicos que consumen. Se estima que aproximadamente el 75% del gasto sanitario de un país desarrollado es generado por estas enfermedades.<sup>1,2</sup> Con todo esto puede intuirse el impacto que tienen las enfermedades crónicas en el contexto socioeconómico y sanitario de un país.

Dentro de este grupo las enfermedades cardiovasculares (en adelante ECV) constituyen la primera causa de muerte en todo el mundo,<sup>3-7</sup> aún a pesar del auge que han experimentado en los últimos años las enfermedades tumorales o algunas patologías infecciosas. Hoy se sabe que hay un número creciente de hombres y mujeres que conviven con una enfermedad cardiovascular. De hecho se estima que cada año aumentará un 1.5% los casos de infarto y angina que requerirán ingreso hospitalario, debido entre otros factores al envejecimiento de la población. Se cree que en el año 2050 habrá en nuestro país más de 16 millones de personas mayores de 65 años,<sup>5</sup> lo cual representa aproximadamente el 30.8% de la población. Ante estas cifras no es de extrañar que se incrementen las necesidades asistenciales de la población por el aumento de las enfermedades crónicas y prevalentes en estos colectivos de edad avanzada.

En Europa, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de fallecimiento entre hombres y mujeres, siendo responsables de casi la mitad de las muertes.<sup>8-9</sup> En el caso concreto de nuestro país, y según datos del Instituto Nacional de Estadística recogidos en el documento "Estrategia de Cardiopatía isquémica del Sistema Nacional de Salud" del Ministerio de Sanidad y Consumo, las ECV constituyen la primera causa de muerte para el conjunto de la población española.<sup>4,6,7,10</sup> La tasa bruta de mortalidad en 2006 fue de 84.2 casos por cada 100.000 habitantes, lo que supone el 31% de todas las defunciones.<sup>11,12</sup> Por comunidades autónomas, la mayor mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en 2006 se observó en Canarias, Comunidad Valenciana y Melilla.<sup>12</sup>

En el año 2007 un total de 4665 personas fallecieron en la Comunitat Valenciana a causa de enfermedades isquémicas del corazón; de ellas 2031 eran mujeres.<sup>13</sup>

Dentro del grupo de ECV es la cardiopatía isquémica la que ocupa el primer lugar por lo que respecta a nuevos casos, con una tasa de morbilidad de 352 casos por 100.000 habitantes.<sup>11,13</sup>

Por otra parte las consecuencias de las ECV se pueden cuantificar no sólo en términos de morbilidad y mortalidad, sino también en relación con su impacto socioeconómico directo e indirecto. En datos extraídos del European Cardiovascular Disease Statistics (2008),<sup>14</sup> se aprecia que el coste global de la ECV en Europa asciende a más de 192 billones de euros al año, de los cuales la cardiopatía isquémica (en adelante CI) supone un desembolso superior a los 49 billones de euros al año, es decir, aproximadamente un cuarto de los costes totales que producen en conjunto las ECV. En el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica (PICI) 2004-2007 se estima un coste total para la cardiopatía isquémica de 1.948,89 millones de euros en nuestro país, de los cuales 176,28 se atribuyen a la Comunidad Valenciana (entre costes directos e indirectos).<sup>15</sup> Todos estos argumentos parecen suficientes para justificar el interés en el estudio de la patología cardiovascular.

Un aspecto importante a considerar en esta patología es el del género. Éste y los

aspectos sociológicos, culturales y antropológicos relacionados con él son factores que contribuyen a establecer diferencias en los procesos fisiológicos y patológicos de hombres y mujeres. Algunas enfermedades como la CI se han estudiado clásicamente desde una perspectiva masculina, incluso se cree de una forma bastante extendida que la CI es una enfermedad ligada al género masculino.<sup>16</sup> De hecho se han constatado sesgos de género en el abordaje de ciertas enfermedades entre las cuales se encuentra la CI,<sup>17</sup> unos sesgos que no sólo se producen en cuanto al diagnóstico de la enfermedad, sino también en lo que respecta al tratamiento y a la forma de abordar la patología, que suele ser menos agresiva en las mujeres.<sup>18</sup> Existen en la actualidad suficientes evidencias en la literatura nacional e internacional que señalan la necesidad de una mayor investigación respecto a las formas de presentación de CI en la mujer con el objetivo principal de vencer el *síndrome de Yentl*.<sup>19</sup> Este síndrome, descrito por la Dra Bernardine Healy en 1991, trata de la “invisibilidad médica” de las mujeres en el estudio de enfermedades cardíacas, precisamente porque, como ya se ha apuntado, se creen ligadas al género masculino. Numerosos estudios constatan que la representación de las mujeres en los ensayos clínicos dedicados a las ECV ha sido marginal, y esto es aún más preocupante en mujeres ancianas.<sup>17</sup>

Desde hace algunos años ha surgido entorno a esta cuestión cierta preocupación por parte de algunos clínicos que han comprobado algunas diferencias de género en las ECV, principalmente en la CI. En este sentido se ha observado que la mujer presenta la enfermedad en edades más avanzadas<sup>20-22</sup> (lo cual se atribuye en gran medida al efecto protector que ejercen los estrógenos que median en la menstruación); la forma de aparición de la enfermedad es más frecuentemente atípica<sup>23-26</sup> y está asociada con una mayor comorbilidad y gravedad. También se observan diferencias en relación con el grado de conocimiento y las creencias sobre la enfermedad, así como en las actitudes adoptadas ante los primeros síntomas.<sup>27-30</sup>

Veamos cómo se traducen a nivel normativo estas diferencias. En el contexto internacional se trata el principio de igualdad en diversos textos sobre derechos humanos, como la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, aprobada por la Asamblea de Naciones Unidas en 1979 o la Directiva 2004/113/CE, entre otros.<sup>31-32</sup>

En el ámbito estatal son numerosas las referencias que abordan el tema de la igualdad entre hombres y mujeres. La Carta Magna<sup>33</sup> plasma en su artículo 14 “el derecho a la igualdad y a la no discriminación por razón de sexo”. El artículo 27.1 de la llamada Ley de Igualdad<sup>31-32</sup> recoge la integración de este principio de igualdad en las políticas de salud: “las políticas, estrategias y programas de salud integrarán en su formulación, desarrollo y evaluación las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente”. La pretendida equidad en salud impregna de buenas intenciones nuestra sociedad, aunque puede intuirse ya que siguen existiendo inequidades en salud en relación con el género.<sup>34-36</sup>

Ya en el ámbito concreto de la Comunitat Valenciana el Plan de salud 2005-2009<sup>37</sup> contempla en una de sus áreas de intervención la salud integral de las mujeres.

DEMOGRAFÍA (ANEXO 1). La zona explorada es la comarca de la Safor, en la Comunidad Valenciana, con una superficie total de 429.6 Km<sup>2</sup> y una densidad de 410,23 hab./km<sup>2</sup>.<sup>38</sup> La capital y ciudad principal es Gandía, que cuenta con una población a 1 de enero de 2008 de 81.950 personas, lo que supone casi el 50% del total de la comarca. De ellas 10219 son mujeres de más de 55 años,<sup>39</sup> esto sólo en Gandía, sin contar los municipios adyacentes. Este dato será importante tenerlo en cuenta por lo que respecta a la edad de presentación de la CI en mujeres y lo que ello

comporta. Podría decirse, pues, que éste grupo (considerando también a las mujeres mayores de 55 años de los otros municipios de la comarca) será el de mayor riesgo, y sobre el que habrá que centrar la atención de forma preferente, debido a los factores de riesgo que ya se ha apuntado con anterioridad.

## IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS: LA DEMANDA PERCIBIDA Y SENTIDA

La demanda técnica explorada plantea una serie de problemas detectados en relación con las mujeres con CI. Los principales problemas que encuentran los autores en este tema son:

- Muchas mujeres no son conscientes del riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca, e incluso creen que estas enfermedades suelen afectar de forma mayoritaria a los hombres.<sup>40-42</sup>
- Se carece en general de conocimientos previos sobre la enfermedad, lo cual genera una demora en la solicitud de asistencia médica especializada.<sup>6,30,43-45</sup>
- La prevención secundaria que se realiza en la CI es nula o prácticamente inexistente, lo cual comporta un elevado número de casos reincidentes de la enfermedad.<sup>46-49</sup>
- Se observan ciertos niveles de ansiedad y depresión en las mujeres tras el evento cardíaco.<sup>50</sup>
- Existe una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular modificables.<sup>4</sup>
- Desconocimiento general de los factores de riesgo CV más importantes y su manejo.<sup>51,52</sup>
- Las mujeres no suelen reconocer los primeros síntomas de la enfermedad coronaria, al tener en muchas ocasiones una aparición con síntomas atípicos.<sup>25,28,53-55,-56</sup>
- En muchas ocasiones a la mujer se la trata con fármacos ansiolíticos o antidepresivos cuando acude a consulta con síntomas de enfermedad coronaria.<sup>25</sup>
- Existen diferencias de género constatadas en el abordaje de la CI en sus distintas fases.<sup>16,22,23,26,57</sup>
- La mujer tiende a menospreciar los síntomas del evento cardíaco cuando éste se presenta, pues cree que no se trata de nada importante.<sup>58</sup>
- Es necesaria una mayor investigación de tipo cualitativo para conocer por qué la mujer reacciona de una determinada forma ante la enfermedad coronaria; qué factores se esconden detrás de esa actitud.<sup>59</sup>
- En la mujer la enfermedad coronaria suele presentarse más tarde en el tiempo y con manifestaciones diferentes a las del hombre; además la gravedad del episodio suele ser mayor.<sup>45,60</sup>
- Existe una invisibilidad de la mujer en ciertos temas de salud, entre los cuales se encuentran las enfermedades cardiovasculares.<sup>19</sup>

La demanda sentida se ha explorado mediante entrevistas con un grupo de mujeres afectadas por CI, residentes todas ellas en la comarca de la Safor, y que fueron tratadas en el hospital comarcal Francisc de Borja de Gandía. Al ser preguntadas por los principales problemas que detectaron ellas en su proceso de enfermedad éstos fueron los principales aspectos referidos:

Las mujeres manifiestan una *falta de información en general*. Por lo que respecta a la prevención primaria de la enfermedad reconocen que sí que existen campañas de educación para la salud dirigidas al control de los factores de riesgo, aunque ellas también admiten no sentirse en su mayoría dentro de un grupo de riesgo. De hecho las mujeres refieren un mayor temor hacia el cáncer ginecológico que hacia las CI y ello provoca que estén más concienciadas en la prevención de aquella patología que creen más cercana.

De lo que sí que se quejan estas mujeres es del proceso que empieza una vez son

dadas de alta hospitalaria. *No existe un seguimiento de su reintegración al ámbito familiar, social, laboral y comunitario.* Hay que pensar que muchas de estas mujeres debido a la enfermedad suelen presentar algún tipo de incapacidad para llevar a cabo de forma normal las actividades de la vida diaria, y no reciben ningún tipo de instrucción, consejo o educación al respecto. Tampoco se las informa de las posibles recaídas que pueden producirse de su enfermedad; la angina post infarto por ejemplo. *Echan de menos un seguimiento más estrecho de su proceso una vez abandonan el hospital;* un seguimiento que las más de las veces se reduce a una serie de consejos higiénico-dietéticos protocolizados y a una nueva cita con el especialista en unos meses en el mejor de los casos. Pero estas mujeres son amas de casa en su mayoría, son madres, esposas y abuelas. ¿Qué hay de la vida que llevaban antes de sufrir la enfermedad? ¿Van a poder llevar el mismo ritmo? ¿En qué va a cambiar su vida? Estos son algunos de los interrogantes a los que se enfrentan estas mujeres y a los que nadie parece darles respuesta. No se las prepara para el impacto psicológico que va a suponer en sus vidas la enfermedad, ni para los cambios que van a experimentar en su regreso a casa.

En cierto sentido la principal preocupación que refiere este colectivo estriba precisamente en el temor *a no poder llevar una vida como la que llevaban antes de la enfermedad.* Hay que tener en cuenta el factor cultural en este aspecto, pues la mujer sobre todo la mujer mayor sigue aún hoy siendo la encargada de las tareas domésticas, y esto adquiere tintes dramáticos cuando en casa hay algún otro familiar con necesidades específicas de atención por discapacidad o invalidez. La mujer suele ser la cuidadora principal, y en muchas ocasiones ve cómo es necesario reestructurar la dinámica familiar debido a su enfermedad, lo cual suele causarle frustración, sentimientos de culpa e impotencia.

Se evidencia por tanto una *falta de estrategias y redes de apoyo a la mujer para una correcta gestión de su enfermedad.*

## DEFINICIÓN DEL PROBLEMA COMO UNA NUEVA DEMANDA DE SALUD. MARCO TEÓRICO

*“No podemos presumir de tener un sistema sanitario centrado en el paciente y a la hora de la verdad no contar con él”.*<sup>61</sup> Con este titular publicado en El Mundo en octubre de este mismo año 2009 se resume con bastante claridad cuál va a ser la línea argumental de la justificación de esta nueva demanda. El sistema sanitario se encarga aún en la actualidad de decidir lo que es mejor para el paciente, anclado en un paternalismo neopositivista que impide atender de forma efectiva y real sus necesidades.

Afirmar que las mujeres tienen problemas y necesidades de salud específicos<sup>62</sup> probablemente no sea ninguna novedad. Lo que sí constituye un hecho novedoso es el atender esa realidad y dotar a la mujer de los recursos suficientes para que sea capaz de gestionar de la forma más independiente posible su propia salud. De hecho y según plantea la ONU las necesidades femeninas en salud siguen sin estar cubiertas.

En el caso concreto de los enfermos con patología crónica una tarea importante será la de enseñarles a convivir con su enfermedad, puesto que estas patologías suelen acompañarles el resto de sus vidas. Este aspecto entronca directamente con una de las líneas teóricas fundamentales de la disciplina enfermera, la propuesta por Dorothea E. Orem. Esta autora define el autocuidado como una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo. Se trata, pues, de una conducta

dirigida hacia la propia persona o hacia su entorno, con el objetivo principal de regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, su salud o su bienestar.<sup>63,64</sup>

Precisamente éste será uno de los objetivos que se marcarán en la planificación, ya que se pretende que la mujer adquiera el mayor grado de independencia o autonomía posible. Ello le permitirá gestionar de forma efectiva los recursos que tiene a su alcance para manejar eficientemente la enfermedad. Todo lo anterior llevaría a la mujer a mantener una agencia de autocuidados, de forma que sea capaz de identificar qué necesidades tiene, con qué recursos cuenta para cubrir o satisfacer dichas necesidades y qué le va a suponer esto. Estas ideas descansan en los supuestos básicos de la Teoría de Orem, entre los cuales destacan los siguientes:

1. En igualdad de condiciones los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas y mantener la motivación esencial para el autocuidado
2. Las formas de cubrir los requisitos de autocuidado son elementos culturales que varían con los individuos y los grupos sociales. Aparece aquí una idea que se ha podido vislumbrar o intuir en otras partes del texto; la importancia del factor cultural en la prestación de (auto)cuidados.

Enlazando directamente con la teoría anterior se encuentra la Teoría del Déficit de autocuidado. Esta línea argumental plantea algunos supuestos de interés:

1. El ocuparse en el autocuidado se ve afectado por las limitaciones de conocimientos de las personas sobre qué hacer o cómo hacerlo
2. Las habilidades de los individuos para ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente están condicionadas por la edad, etapa de desarrollo, experiencia vital, orientación sociocultural, salud y recursos disponibles.

Una vez expuestas las argumentaciones teóricas correspondientes se puede entender que el proceso que se pretende instaurar cuenta con un complejo entramado de factores personales, sociales, culturales,... No responderá de igual modo ante una misma propuesta una mujer cuyo marido haya fallecido de Infarto de miocardio que otra mujer soltera que no tiene ningún familiar con patología cardíaca; o una mujer que ha sufrido una angina de pecho a los 91 años y otra que la ha sufrido a los 56. Sea como fuere, el propósito queda claro; dotar a la mujer con CI de los recursos necesarios para que sea capaz de una forma lo más independiente posible de llevar a cabo su propia "agencia de autocuidados".

Precisamente los esfuerzos en la CI y en la ECV en general en la mujer se deben centrar en reforzar los aspectos preventivos, especialmente la prevención que debe efectuarse tras el alta, la gran olvidada en estos temas.

Atención a la mujer en la Cardiopatía isquémica. Son múltiples y muy diversas las razones por las cuales este problema de salud se formula como una nueva demanda. Por una parte están las motivaciones *económicas*.<sup>65</sup> Se ha hablado ya en el texto de las repercusiones que de forma directa e indirecta tiene la CI en el conjunto de la sociedad en lo que respecta a costes hospitalarios, de empleo de tecnologías sanitarias, etc. Atender esta nueva demanda significaría reducir estos costes otorgando a la mujer una mayor capacidad en el manejo de su patología, por lo que se podría disminuir el número de reingresos e incluso los costes derivados del tratamiento de la patología en algunos casos. Asimismo se pretende que decrezcan las tasas de incapacidad relacionadas con esta patología cardíaca, hecho que también redundará en una reducción de los costes sociosanitarios. Otro grupo de razones que respaldan

esta formulación son las *sociofamiliares*. La mujer debe reincorporarse lo más pronto posible a sus roles familiares y sociales, pero carece del asesoramiento necesario para que esta reinserción sea lo menos traumática posible. Es evidente que existe un factor que es complejo de manejar, y es el rol que adopta la mujer en el seno familiar en la actualidad. No podemos olvidar que el colectivo sobre el que se centra nuestro interés es el de mujeres mayores de 55 años, que crecieron en un contexto social, político y cultural muy diferente del que tenemos en la actualidad. Antaño era habitual, y así estaba asumido por la sociedad en general, que la mujer se encargase de todas las tareas domésticas incluido el cuidado a los familiares mayores o enfermos que en ocasiones vivían en el propio domicilio conyugal y en otras ocasiones no. Todo ello independientemente de que la mujer además trabajase por cuenta ajena fuera de casa, lo cual complicaba bastante el panorama. Con estos antecedentes la situación que nos encontramos en la actualidad contempla una mujer criada bajo una educación machista y sexista; una mujer que hasta hace relativamente unos pocos años necesitaba del permiso de su marido para poder firmar documentos bancarios, por ejemplo. Se comprende sin mucho esfuerzo el enorme choque social, político y por supuesto personal al que se ven sometidas estas mujeres que se creen incapaces en muchas ocasiones de romper esta tendencia y de dedicarse un tiempo a sí mismas. De hecho, una de las mujeres entrevistadas a propósito de este trabajo me reconoció que empezó con dolor precordial y no fue al hospital hasta que no tuvo la comida preparada para sus nietos y toda la casa limpia. Hay una cita que resume estas ideas con meridiana claridad:

“Era una buena madre, una esposa comprensiva y al mismo tiempo una amante fantástica y ardiente. Participaba políticamente e incluso para el gimnasio tenía tiempo. Las ventanas estaban lavadas, lo mismo que las alfombras y manteles cuando la ambulancia llegó a buscarla.”<sup>66</sup>

Lena Holstein

Esta realidad no puede ser obviada. Es más, debe atenderse de una forma especial este comportamiento de la mujer si se pretende que las actuaciones que se plantean llevar a cabo sean eficaces. La Educación para la Salud consiste en un cambio de conductas, pero para ello de forma previa debe haberse trabajado el sistema de valores, actitudes y conocimientos.

Existen otro tipo de razones que argumentan esta necesidad de intervención; son las de tipo *ético*. No parece justo conociendo las inequidades de salud por lo que respecta al género en ciertas patologías y las referencias legislativas al respecto, permanecer impasibles ante este trato distintivo que se les da a hombres y mujeres en la CI. Empezando por las fases diagnósticas de la enfermedad en las cuales la mujer sufre una infravaloración diagnóstica debido a su falta de concienciación y a la infundada “masculinización” de la CI,<sup>23</sup> y continuando con el abordaje terapéutico de la patología a nivel hospitalario (se ha comprobado que se emplean esfuerzos menos agresivos en mujeres<sup>22</sup>), hay una serie de elementos sobre los cuales se puede y se debe actuar con el fin de mejorar la calidad de vida de la mujer y una plena reincorporación a la sociedad posteriormente. Se vislumbra ya de algún modo que una de las líneas argumentales que impregnan esta demanda es la calidad de vida de la mujer. Evidentemente todos estos beneficios y aspectos positivos redundarán en una reducción de la morbimortalidad asociada a la CI, lo cual constituye una razón de tipo *epidemiológico*<sup>67-68</sup> que sustenta esta nueva demanda. Un último motivo, no por ello menos importante, que justifica este interés son las exigencias de las propias afectadas, que no ven cubiertas sus necesidades de forma adecuada.

Pero sin duda la razón fundamental que puede argüirse para formular este problema como una nueva demanda de salud estriba en su novedad. La atención a la mujer en

la CI tras el alta hospitalaria es prácticamente inexistente a pesar de la importante repercusión que puede generar tanto directa como indirectamente. Se trata, pues, de una vez explorados los recursos existentes y factibles, optimizar los mismos para conseguir una atención real, efectiva y eficaz en los términos descritos anteriormente.

## ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

Tras el análisis pormenorizado de los problemas detectados en etapas anteriores se procede a recoger toda esta información en una tabla (ANEXO 2) con el objeto de priorizar los problemas que van a requerir una actuación más inmediata. El propósito general-que más tarde se traducirá en objetivo- en la intervención que se pretende llevar a cabo será que la mujer consiga un nivel de autonomía suficiente que le permita pilotar su enfermedad con los recursos necesarios para ello. La solución de este problema arrastraría de forma inevitable otras cuestiones asociadas a las que daría respuesta: para que la mujer pueda desarrollar o conseguir ese nivel de autonomía precisa de información. Necesita saber en qué consiste su enfermedad, cuáles son los signos y síntomas que suelen caracterizarla, por qué tiene diferentes formas de presentación según sexos, cuáles son los factores de riesgo asociados y cómo pueden manejarse,... Además de esta información la mujer necesita recursos (humanos, técnicos, asistenciales) que apoyen su comportamiento y que den respuesta a esas necesidades específicas.

Por otra parte es necesario también actuar sobre la concienciación social, tanto a nivel de las autoridades sanitarias como en la implementación de políticas sociales y sanitarias que se orienten en esta dirección. Se trata de reactivar las diversas normas legales existentes sobre igualdad para conseguir que ésta no sea un simple constructo que está de moda.

Con todo ello se conseguiría aumentar la calidad de vida de la mujer con CI y favorecer su convivencia diaria con la enfermedad. Esto, claro está, reduciría el número de trastornos mentales asociados a la patología (ansiedad, depresión, estrés,...)

**DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.** La mujer con CI se encuentra tras ser dada de alta en el hospital con una nueva situación que va a cambiar su vida por completo en todas sus esferas; personal, familiar, social y cultural. Además los recursos con los que cuenta para hacer frente a esta situación son escasos y en la mayoría de las ocasiones poco conocidos. Por ello las actuaciones irán encaminadas en esta dirección, y dirigidas al colectivo concreto de mujeres con CI del área de salud 11 de l'Agència Valenciana de Salut. Es evidente que aunque esta intervención se centre inicialmente en un colectivo bastante reducido se pretende que tenga una aplicación posterior más amplia, de forma que se pueda "exportar" a colectivos mayores una vez se observen los beneficios que se van produciendo.

**DIMENSIÓN EDUCATIVA DEL PROBLEMA.** Las mujeres poseen ideas previas sobre la enfermedad que resultan equivocadas y erróneas, por lo que la EpS deberá guiar e impregnar toda la intervención que se planifique. En este sentido será fundamental aportar una información correcta y adaptada a sus necesidades, para que la mujer se motive y se consiga un cambio de su conducta ante la enfermedad. No se trata exclusivamente de la puesta en marcha de un programa de salud (uno más), sino que se pretende fundamentalmente la concienciación de la mujer sobre su patología para provocar el empoderamiento real, no teórico, que la lleve a reconocer cuál es su situación, cuáles sus necesidades y qué recursos necesita para satisfacerlas. Estas necesidades, como podrá intuirse por el discurso empleado hasta el momento, no son

exclusivamente de tipo fisiológico, sino que el espectro de actuación es más ambicioso, incluyendo la esfera psicológica, el ámbito familiar, el social y el cultural. La toma de conciencia por parte de la mujer, pues, aparece como aspecto fundamental del proceso y condición sine qua non esta intervención sería un absoluto fracaso.

## DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS

Los objetivos propuestos se dividen en dos bloques; objetivos estructurales del programa y objetivos de intervención que se pretende conseguir en las mujeres que participan de él.

### OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA:<sup>37</sup>

1. Fomentar la autonomía e independencia suficientes que le posibiliten a la mujer manejar su patología de una forma adecuada

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA:

1. Conseguir la reinserción personal, familiar, social, laboral, de la mujer.
2. Todas las pacientes deben recibir el tratamiento integral más adecuado a su perfil, por lo que se deberá individualizar el plan de cuidados.<sup>(1)</sup>
3. Formación del personal sanitario para que conozca las diferencias de género en la CI y los principios básicos de su abordaje, así como las necesidades que se plantean a la mujer tras sufrir la enfermedad.<sup>(2)</sup>
4. Todas las mujeres diagnosticadas de CI que sean alta hospitalaria recibirán el informe de alta de Enfermería.
5. Conocer cómo se trata la enfermedad desde los medios de comunicación.
6. Implicar a sociedades científicas y a colectivos de la sociedad en estrategias de promoción de la salud.<sup>(3)</sup>
7. Trabajar en la toma de conciencia de los profesionales sanitarios sobre la importancia y la trascendencia de la CI en la mujer, así como las repercusiones de la enfermedad a nivel familiar, social y cultural.
8. Potenciar la promoción de la salud y la educación sanitaria en los medios de comunicación.<sup>(4)</sup>
9. Intervención sobre los factores de riesgo concomitantes y la comorbilidad asociados a la CI.<sup>(5)</sup>
10. Involucrar a los medios de comunicación locales en la problemática de la mujer en la CI.
11. Mejorar la atención a la incapacidad que provoca la CI en la mujer.<sup>(6)</sup>

### OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:

**OBJETIVOS A CORTO PLAZO:** Se considerarán objetivos a corto plazo aquellos que se planifican para ser conseguidos desde que la mujer con CI abandona el recinto hospitalario hasta que finaliza el programa de rehabilitación cardíaca.

- **COGNITIVOS**
  1. La mujer conocerá cómo actuar ante los primeros síntomas de la CI.
  2. La mujer será capaz de desmitificar la enfermedad.
  3. La mujer expresará sus necesidades y expectativas respecto al sistema sanitario en general y a su proceso de enfermedad.
- **ACTITUDINALES**

---

<sup>1</sup> Línea de actuación 5.2.4.1.A.17 del Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2005-2009

<sup>2</sup> Línea de actuación 5.2.4.1.A.25 del Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2005-2009

<sup>3</sup> Línea de actuación 5.2.4.1.A.4 del Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2005-2009

<sup>4</sup> Línea de actuación 5.2.4.1.A.3 del Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2005-2009

<sup>5</sup> Línea de actuación 5.2.4.1.A.16 del Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2005-2009

<sup>6</sup> Objetivo 43 del Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2005-2009

1. La mujer se implicará en el proceso de autocuidados.
  2. La mujer adoptará una actitud positiva frente a su patología y la situación que la rodea.
- PROCEDIMENTALES
    1. La mujer identificará los conocimientos previos que posee sobre su patología en el momento de sufrir el evento cardiaco.
    2. La mujer identificará qué repercusión tiene la enfermedad en su vida en los distintos niveles.

**OBJETIVOS A MEDIO Y LARGO PLAZO.** Se considerarán objetivos a medio plazo aquellos que se pretenden conseguir a partir de que la mujer finalice el programa de rehabilitación cardiaca y hasta aproximadamente el año del evento cardiaco. A partir de ese momento se contemplan ya los objetivos a largo plazo. De forma didáctica se considerarán en un mismo bloque para diferenciarlos de los objetivos a corto plazo.

- COGNITIVOS
  1. La mujer conocerá las estrategias para mantener un estilo de vida cardiosaludable.
  2. La mujer adquirirá los conocimientos suficientes para la gestión de la enfermedad.
- ACTITUDINALES
  1. La mujer se implicará en su proceso de rehabilitación de la enfermedad.
- PROCEDIMENTALES
  1. La mujer identificará y controlará los FRCV.<sup>(7)</sup>
  2. La mujer participará de forma efectiva en las actividades de prevención secundaria y en el programa de rehabilitación cardiaca.<sup>(8)</sup>
  3. La mujer se reincorporará plenamente a la sociedad los distintos roles que venía adoptando antes de la enfermedad.

#### PLANIFICACIÓN: ACTIVIDADES Y RECURSOS

¿Qué recursos en general son necesarios para conseguir los objetivos propuestos?

- RECURSOS MATERIALES: mobiliario sanitario.
- RECURSOS HUMANOS: un enfermero de enlace, un cardiólogo, dos fisioterapeutas, dos enfermeros especializados en cardiología, un psicólogo, un trabajador social,...
- RECURSOS ECONÓMICOS: serán necesarias ayudas y subvenciones de las Administraciones sanitarias para poner en marcha el programa.

#### INTERVENCIÓN: PROGRAMA SOCIOSANITARIO MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA TRAS SU PASO POR EL HOSPITAL

Requisito previo: Enfermería de enlace. La intervención principal a llevar a cabo inicialmente necesita de forma previa la creación de la figura de enfermero de enlace o de caso, una figura plenamente integrada en otras comunidades como la andaluza y que en la Comunidad valenciana comienza a esbozarse con cierta timidez. Este profesional sería el encargado de coordinar los niveles asistenciales de atención primaria y hospitalaria para que una vez la paciente abandona el recinto hospitalario

<sup>7</sup> objetivo 5.2.4.1 OE.3 del Plan de Salut de la Comunitat Valenciana 2005-2009

<sup>8</sup> objetivo 5.2.4.1.OE.2 del Plan de Salut de la Comunitat Valenciana 2005-2009

se pueda llevar un seguimiento efectivo de su recuperación. Ésta sería la figura de referencia que comunicaría a los distintos profesionales que van a intervenir en el programa; trabajadores sociales, fisioterapeutas, cardiólogos, personal de enfermería, etc. Todo ello con el propósito principal de poner a la mujer en unas óptimas condiciones para evitar su reingreso.<sup>69</sup> ¿Cuáles podrían ser las atribuciones específicas de esta figura de enfermería de enlace? Entre ellas se encargaría del establecimiento y control del informe de alta de enfermería, y se aseguraría que esa información llegase de forma correcta a atención primaria para facilitar el seguimiento de la paciente y su inclusión en el programa de rehabilitación. Hay que especificar llegados este punto que se debe entender aquí el concepto de rehabilitación cardiaca en su acepción más amplia, incluyendo para ello tanto los aspectos puramente físicos de la enfermedad, como los psicológicos, sociales y culturales. La creación de esta figura responde a dos de los objetivos que se plantea el programa:

**E2 (Objetivo Específico del programa número 2).** Todas las pacientes deben recibir el tratamiento integral más adecuado a su perfil, por lo que se deberá individualizar el plan de cuidados

**E4.** Incluir el informe de alta hospitalaria de Enfermería y, en su caso, potenciar la comunicación entre atención primaria y especializada

Podría surgir aquí una cuestión: ¿por qué debe ser enfermería quien coordine y dirija el programa? Son diversos los motivos que pueden argüirse, todos ellos sustentados por las evidencias, aunque nos centraremos exclusivamente en dos:<sup>70</sup>

- Dedicación temporal amplia al paciente.
- Capacidad para integrar a todos los componentes del equipo multidisciplinar y coordinarlos.

La intervención tendría su inicio en el servicio de urgencias hospitalarias, en el cual se insertaría un consultor especialista en cardiología<sup>71</sup> en general. Su objetivo es el de filtrar necesariamente la patología coronaria para que la persona diagnosticada de CI empiece ya desde ese momento a ser seguida de una forma personal, tanto la de aquellas pacientes que tengan que ser hospitalizadas como las que no.

En esta misma línea el Plan Integral de CI 2004-2007 del Ministerio de Sanidad y Consumo aborda la urgencia de trabajar tanto la prevención secundaria como la rehabilitación cardiaca.<sup>72</sup>

Líneas argumentales del programa: los pilares básicos en los que se basa este programa son la educación para la salud y el “counseling”, dirigidas ambas a la consecución de un cambio de actitudes y valores en la mujer respecto a su enfermedad y a su estilo de vida, fundamentalmente.<sup>73</sup> No obstante una parte importante del programa la constituiría la Rehabilitación cardiaca, que aunque ha demostrado sobradamente sus enormes beneficios, adolece de algo que se pretende paliar aquí: se centra casi de forma exclusiva en los aspectos físicos de la enfermedad y aún en la actualidad es relativamente escasa.<sup>74,5</sup> Con todo, se estima que la rehabilitación cardiaca supondría un ahorro de 1600 euros por paciente.<sup>(9)</sup>

Estos pilares básicos se concretarían en una serie de elementos<sup>76</sup> a través de los cuales se brinda una atención integral a la mujer mediante la intervención de psicólogos clínicos, cardiólogos, enfermeros especialistas en cardiología, geriatras (puesto que la mujer con CI suele ser bastante más mayor que el varón), trabajadoras

<sup>9</sup> Estudio publicado en la Revista Española de Cardiología en 1996 por Carmen de Pablo y José María Maroto

sociales, fisioterapeutas, etc.

## DE LOS OBJETIVOS A LA PRÁCTICA. UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

### PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA. LA REINSERCIÓN DE LA MUJER EN LA SOCIEDAD

Una vez la mujer es dada de alta de su proceso hospitalario el objetivo es su reintegración en la sociedad, para lo cual se deben cubrir aspectos físicos, psicológicos y socioculturales de la misma. El programa a desarrollar consta de distintos bloques que son complementarios y no tienen por qué ser cronológicos.

#### BLOQUE I. REHABILITACIÓN FÍSICA.

Temporalización: 12 semanas. Transcurrido este periodo el programa debe adaptarse individualmente para que la mujer pueda realizar un seguimiento en su domicilio.

Objetivos de esta fase: dotar a la paciente de los instrumentos necesarios para que mejore su condición física tras la patología y proporcionarle toda aquella información que le va a ser necesaria para llevar a cabo de forma autónoma su autocuidado.

Recursos humanos necesarios:<sup>77,78</sup>

1. Médico cardiólogo. Sería el encargado de supervisar los aspectos médicos del programa en su vertiente física, valorando la evolución de la patología en el tiempo.
2. Médico rehabilitador. Junto con el fisioterapeuta sería el encargado de planificar y desarrollar el programa de entrenamiento físico.
3. Un médico geriatra. Será el encargado de evaluar de forma más específica las necesidades de las pacientes dado que éstas suelen presentar la enfermedad unos 10 años después que los varones.
4. Fisioterapeuta. Es el responsable del diseño de planes individualizados de ejercicios, de la instrucción a las pacientes y asesoramiento.
5. Enfermero. Sería el responsable del programa y sus funciones consisten en elaborar planes de cuidados individualizados, aplicar estrategias educativas efectivas, resolución de situaciones de emergencia y facilitar la continuidad de los cuidados posibilitando la perfecta integración y comunicación de los diferentes profesionales.
6. Nutricionista. Es la persona encargada de vigilar los hábitos nutricionales de las pacientes e introducir los cambios necesarios para conseguir una alimentación y un estilo de vida cardiosaludables.

Todos ellos tendrían un objetivo en común; el de conseguir que la mujer sea capaz de vivir de la forma más autónoma posible con su enfermedad.

Recursos materiales: sería necesario un gimnasio con todo el instrumental y aparataje adecuados para la realización de ejercicio físico (ANEXO 3), además del correspondiente material audiovisual (ordenador, proyector, transparencias,...)

Recursos económicos: Como ejemplo a título orientativo, para una paciente con riesgo moderado-alto se podría estar hablando de un coste de unos 1900-2000 euros<sup>79</sup>:

- 12 semanas de tratamiento a 3 sesiones por semana de 1 hora de duración (DUE-fisioterapeuta)..... 450 euros por paciente (72 horas en total a 25 euros/hora: 1800 euros / 4 pacientes que se tratan en una hora)

- 4 sesiones de educación impartidas por un médico y un enfermero, de una hora de duración cada una..... 42.5 euros por paciente (4 sesiones de una hora suponiendo que el médico perciba 40 euros/ hora y 25 euros /hora para el enfermero y repartiendo equitativamente el tiempo:  $2 \times 25 + 2 \times 40 = 130$  /10 pacientes por sesión.....130 euros (13 euros por paciente)

Actividades propuestas en esta fase:

- TALLER DE AUTOCUIDADOS. APRENDER A CONVIVIR CON LA ENFERMEDAD

Contenidos del taller:

- Control de FRCV (ANEXO 4)
- Ejercicio físico. Pregunte a su fisioterapeuta
- Mitos y verdades de la enfermedad coronaria. ¿Qué sabemos de ella?
- Alimentación y hábitos dietéticos
- Gerencia del autocuidado. Aprendiendo a cuidarse

Desarrollo del taller **Gerencia del autocuidado**; aprendiendo a cuidarse

Destinatarios: todas las mujeres con CI que han abandonado el hospital y comienzan su fase de rehabilitación

Aspectos que se pretenden conseguir:

- favorecer la reintegración de la mujer en la sociedad
- fomentar el interés por las prácticas del autocuidado
- dar a conocer las terapias complementarias empleadas en el tratamiento de enfermedades crónicas ( por ejemplo la musicoterapia)
- conseguir una mayor concienciación por parte de la mujer sobre la patología coronaria y sus repercusiones
- averiguar qué sabe la mujer sobre su enfermedad para corregir ideas equivocadas y afianzar comportamientos correctos
- lograr la mayor autonomía de la mujer y el desarrollo normal de las actividades de la vida diaria

*Braistorming con las pacientes.* A través de dicha técnica se obtendría la información necesaria para conocer cuál debe ser el punto de partida tanto individual como grupalmente. Se cumple con ello los objetivos cognitivos siguientes:

Técnicas:

**P1c (Objetivo procedimental 1 planteado a corto plazo).** Conocer cuáles son los conocimientos previos que poseen las mujeres sobre su patología en el momento de sufrir el evento cardiaco

**P2c.** La mujer identificará qué repercusión tiene la enfermedad en su vida en los distintos niveles

**C1c (Objetivo cognitivo 1 propuesto a corto plazo).** Conocer cómo reacciona la mujer ante los primeros síntomas de la CI y aproximarse a las razones por las cuales actúa de ese modo

**C2c.** Conocer cómo entiende la mujer su enfermedad y a qué la relaciona

**C3c.** Conocer las necesidades exactas del colectivo de mujeres con CI, así como sus expectativas respecto al sistema sanitario o a su propia enfermedad

- Taller de aprendizaje basado en problemas (ABP), en el cual las mujeres deben necesariamente involucrarse a partir de un caso hipotético o teórico en su proceso real de enfermedad. Este taller tendría una periodicidad de 2 sesiones semanales y una duración de 2 horas por sesión (4 horas semanales en total). Esta actividad responde a los objetivos actitudinales 1-2 propuestos a corto plazo.
- Grupos focales. A través de esta técnica se pretende conseguir información sobre cómo cree la mujer que debe comportarse en relación a su enfermedad. Servirá como paso previo para la intervención sobre las conductas y los valores.  
Este apartado de RHB física en general respondería, asimismo, a los objetivos procedimentales siguientes planteados a medio plazo:

**P1m,l (Objetivo procedimental 1 propuesto a medio y largo plazo).** Prevención, seguimiento y control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV)

**P2m,l.** Desarrollar estrategias de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca

**G10.** Intervención sobre los factores de riesgo concomitantes y la comorbilidad asociados a la CI

**C5c.** La mujer será capaz de conocer cuáles son los principales signos y síntomas de presentación de la enfermedad coronaria

**C6c.** La mujer será capaz de identificar qué repercusión tiene la enfermedad en su vida en los distintos niveles

## BLOQUE II. REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA.

Temporalización: la terapia psicológica empezaría una vez comenzada la rehabilitación física, y se mantendría durante toda la duración de aquélla e incluso posteriormente con grupos de seguimiento

Objetivos de esta fase: conseguir la aceptación por parte de la mujer de su patología y minimizar las consecuencias psicológicas que ésta pueda originar. Se trata de dotar a la mujer de las estrategias necesarias para manejar las situaciones complejas de la enfermedad a nivel psicológico, tales como el estrés o la ansiedad, como recursos de auto-ayuda.

### Recursos humanos necesarios

1. Psicólogo. Sus funciones consisten en proporcionar a las mujeres herramientas que les permitan gestionar los aspectos psicológicos de la enfermedad (estrategias de control de situaciones estresantes, análisis de personalidad tipo A y pautas de reconducción, prevención y manejo de depresión y ansiedad,...)
2. Enfermero. Su función aquí es la de colaborar con el psicólogo en la reeducación emocional y afectiva, a través de diversas técnicas en las cuales el profesional de enfermería aprovecharía para poner en práctica la Educación para la salud.
3. Musicoterapeuta. Se trata de un profesional que debería estar formado también en ciertos temas relacionados con la salud, y su función principal es la de contribuir a que las pacientes tengan una adecuada autoestima y sepan modular mejor sus emociones y sentimientos en general y respecto a la enfermedad y sus cambios en particular.

Recursos materiales: mesas, sillas, medios de soporte audiovisual.

Recursos económicos: como ejemplo a título orientativo, para una paciente con riesgo moderado-alto se podría estar hablando de un coste de unos 635 euros<sup>79</sup> (no se incluyen las sesiones de musicoterapia):

- Se planifican un total de 6 sesiones de terapia grupal en todo el programa, de una hora de duración cada una. 6x40 euros /hora: 240 euros /10 personas por grupo: 24 euros.
- Se planifican sesiones individuales (entre 5 y 10) de una hora y media de duración cada una: 10 sesionesx1.5 horas /sesión= 15 horasx40 euros/hora: 600 euros.
- Se planifican sesiones grupales de educación para la salud orientada en este apartado a los aspectos psicológicos. Se plantea una sesión semanal de una hora de duración durante 4 semanas (4 horas en total). 25 euros /hora x 4 horas: 100 euros/10 pacientes por grupo: 10 euros por paciente.

Actividades propuestas:

- Intervención psicológica individual y grupal. Se trabajarían aspectos psicológicos como los trastornos mentales que ocasiona la enfermedad cardiaca (depresión, ansiedad, estrés); se reflexionaría sobre cuáles son las causas de dichos trastornos y se proporcionaría a la mujer las herramientas necesarias para abordar estas situaciones desde un punto de vista emocional y afectivo. Se trabajaría asimismo la autoestima de las pacientes como paso previo al planteamiento de otros objetivos. Se cumplen así los objetivos actitudinales siguientes:

**A1c (Objetivo actitudinal 1 propuesto a corto plazo).** Motivar a la mujer para conseguir que se implique en la gestión de sus propios cuidados

**A2c.** Conseguir por parte de la mujer una actitud positiva ante su enfermedad y la situación que la rodea

- Sesiones de psicoterapia:<sup>(10)</sup>
  - Sesión 1. Introducción. Metodología, cambios de rol.
  - Sesión 2. Reacción ante la enfermedad (afrontamiento).
  - Sesión 3. Reacciones emocionales negativas y su manejo.
  - Sesión 4. Adherencia a un estilo de vida cardiosaludable.
  - Sesión 5. Reajuste en las relaciones familiares.
  - Sesión 6. Evaluación: estrategias para mantener logros alcanzados y afrontamiento de fracasos y/o recaídas.
- Taller de técnicas de relajación psicomuscular, empleando métodos como Schultz o Jakobson, entre otras. Aquí podrían emplearse algunas terapias complementarias que han ido surgiendo en el desarrollo del programa, como la musicoterapia. El objeto final de este tipo de terapias es tranquilizar al sujeto y ayudarle a controlar sus emociones y sus percepciones. En algunos tipos de patologías crónicas, incluso, estas terapias han demostrado su utilidad en la reducción de la sensación dolorosa o en la respuesta del individuo a estímulos dolorosos.
- Educación para la salud: Integrando la enfermedad. A través de distintas técnicas se pretende seguir avanzando en los aspectos psicosociales de la enfermedad.

<sup>10</sup> Contenidos adaptados de la unidad de prevención y RHB cardiaca área de Valme (Sevilla)

### BLOQUE III. REHABILITACIÓN SOCIAL

*“Paciente significa aquel que padece, y etimológicamente viene de sufrimiento. No es el sufrimiento en sí lo que en el fondo más se teme, sino el sufrimiento que degrada”*(Susan Sontang. *La enfermedad y sus metáforas*).

Con esta conocida cita se pretende llamar la atención sobre un hecho crucial: uno de los aspectos que más le preocupa a la mujer tras abandonar el hospital es cómo va a recuperar su vida, y el área social juega un papel esencial en esta preocupación. Es por ello que se ha querido incluirla en el programa.

Temporalización: todo el tiempo que dure el programa (12 semanas).

Objetivos de esta fase:

- Favorecer la reinserción social de la mujer, tanto en el tejido productivo (en su caso) como en su familia y en su entorno más inmediato.
- Valorar la carga familiar que tiene la mujer y la repercusión de la misma en el proceso de recuperación de la enfermedad.
- Valorar la implicación de los distintos miembros de la unidad familiar en el proceso de recuperación de la mujer y establecer un plan de adecuación y abordaje de las necesidades particulares.
- Valorar la percepción de la mujer sobre su calidad de vida en general tras la enfermedad y la efectividad de los recursos de los que dispone para hacer frente a esta nueva situación que se plantea en su vida.
- Recabar información sobre cómo es percibida la enfermedad por los distintos medios de comunicación y organizar campañas de publicidad en los distintos medios para informar a la población en general sobre las características.

Para cubrir los objetivos relacionados con la visión que se tiene desde los medios de comunicación nos proponemos incluir en el programa un periodista que se encargaría de realizar las tareas propias de relaciones institucionales y de conocer y difundir en los medios la problemática de la CI en la mujer y la importancia de la prevención y la rehabilitación, a través de campañas publicitarias en distintos medios de comunicación audiovisual, slogans en TV y anuncios,...

<p><b>G6 (Objetivo general 6 del programa).</b> Conocer cómo se trata la enfermedad desde los medios de comunicación</p> <p><b>G9.</b> Potenciar la promoción de la salud y la educación sanitaria en los medios de comunicación</p> <p><b>G11.</b> Involucrar a los medios de comunicación locales en la problemática de la mujer en la CI</p>
---

En este bloque resulta ciertamente esencial el trabajo que efectúa el trabajador social, que debe empeñarse en conocer cuál es la realidad en la que están inmersas las pacientes y cuáles son los recursos sociosanitarios de los que pueden disponer para adaptar su vida a la enfermedad teniendo en cuenta todas las variables biopsicosociales y culturales de los sujetos.

Se propone la creación de grupos de autoayuda de mujeres con CI que constituyan redes de apoyo informales. Estos grupos se encargarían de hacer visible la enfermedad a nivel social a través de diversas actividades, tal y como ocurre con otras asociaciones de pacientes. Con ello se daría respuesta a otro de los objetivos generales del programa:

G7. Implicar a sociedades científicas y a colectivos de la sociedad en estrategias de promoción de la salud

Además se pretende la implicación de las distintas administraciones local, autonómica y provincial en el proceso de rehabilitación de la mujer y de reinserción a la esfera familiar, social y cultural, lo cual daría respuesta al siguiente objetivo general del programa:

G12. Mejorar la atención a la incapacidad que provoca la CI en la mujer

Recursos humanos necesarios:

1. Trabajador social. Su misión principal es proporcionar en cada caso las respuestas adecuadas a las necesidades que se plantean en la reinserción de la mujer en la sociedad, coordinando para ello si fuese necesario los distintos servicios sociosanitarios con los que cuenta la comunidad.
2. Psicólogo. La tarea principal del psicólogo es reforzar la conducta y asegurarse de que la paciente cuenta con las estrategias de afrontamiento suficientes para volver a recuperar su ritmo de vida anterior
3. Periodista. Será el encargado de recabar información sobre cómo se trata la enfermedad desde los medios de comunicación y de asegurarse que éstos conozcan lo que se está haciendo en rehabilitación cardíaca con mujeres.
4. Enfermero. Su misión fundamental en este bloque será asegurar que las mujeres se reintegran de forma efectiva a nivel social.

Recursos materiales: mesas, sillas, medios de soporte audiovisual:

Recursos económicos: en este caso los recursos económicos necesarios son más complejos de calcular puesto que no existe una cuantificación exacta de la carga de trabajo de los diferentes profesionales que participan en esta fase.

Se supone que una vez cubierto este bloque se da por finalizado el programa, pero esto no es del todo cierto.

#### LA TUTORIZACIÓN: UNA EXPERIENCIA PILOTO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Tal vez uno de los inconvenientes que presenten los programas de salud en general es lo efímero de sus intervenciones. Se actúa en un periodo de tiempo en el que se pretenden conseguir cambios en los valores y los comportamientos de los individuos, pero no existe posteriormente un seguimiento en el tiempo que permita a esos pacientes que han formado parte del programa seguir de forma más o menos directa involucrados en el mismo. Por este motivo se plantea en este programa una experiencia piloto, denominada tutorización. Consiste fundamentalmente en que cuando una mujer termine la rehabilitación cardíaca en sus distintos bloques, se le encargaría ejercer de “tutora” de otra paciente que acaba de ingresar en el programa. Los recursos necesarios son mínimos, lo cual es un factor que actúa a favor de esta experiencia. ¿Cuáles serán los objetivos que se pretenden conseguir con esta actividad?

- Implicar más a las mujeres en su proceso de recuperación.
- Proporcionar una red de apoyo informal que pueda mantenerse en el tiempo.
- Asegurar una continuidad de cuidados en el tiempo, puesto que las tutoras seguirían contando con todos los recursos humanos y materiales del programa.
- Generar un espacio común en el que la mujer pueda expresarse libremente sobre sus miedos, sus expectativas, ilusiones, y compartir todos estos

- sentimientos para madurar y aprender a convivir con la enfermedad.
- Constituir grupos efectivos de autoayuda que solucionen las dudas y todas aquellas cuestiones que irán surgiendo tras la finalización del programa.

La actividad es en sí misma un feedback, en el que las participantes actuales reciben tutorización y modelos de referencia. Para las tutoras es una actividad de seguimiento, que les anima a continuar con las actividades que el programa les propuso en el tiempo al sentirse implicadas y responsables en la rehabilitación de otras. A su vez, las tutoras pueden seguir recibiendo asesoramiento de los profesionales sanitarios que integran el programa, con lo que se retroalimentan de forma continua y se motivan para cuidarse y enseñar a cuidarse a otras mujeres.

## RECURSOS SOCIO SANITARIOS DISPONIBLES Y FACTIBLES

El Hospital y Centro de especialidades Francesc de Borja es el responsable de la asistencia especializada del Área 12. El hospital proporciona cobertura asistencial a un total de 41 municipios. Cuenta con un total de 238 camas, 9 camas de U.C.I. , 6 incubadoras , 12 camas de observación de urgencias, 2 paritorios , 5 quirófanos , 1 de urgencias. Además de contar con una Unidad de Hospitalización a domicilio y una unidad de Hospital de Día. Existe un equipo de cardiólogos (concretamente seis) que atienden todas las patologías correspondientes tanto a nivel de hospitalización como en el posterior seguimiento evolutivo en las consultas externas. Asimismo hace cuatro años (2006) se estableció un protocolo de actuación conjunta entre el servicio de cardiología y el servicio de urgencias hospitalarias, cuyo propósito principal es filtrar toda aquella patología que no requiera ingreso. En este sentido el protocolo de dolor torácico considera que ante posibles dudas que surjan en puertas de urgencias sobre una patología cardíaca que curse con dolor cardíaco, se contacta con cardiología y uno de los especialistas valora al paciente y decide cuál es la mejor estrategia a seguir.

Los recursos humanos del hospital son un total de 858 personas, de las cuales 162 son médico especialistas, 470 personal de enfermería, 81 administrativos y 145 personal de servicios. La atención primaria está cubierta por los distintos centros de salud que se reparten en todo el departamento de salud.

Existen asimismo servicios sociales realizados por voluntarios como Cruz Roja y Caritas, que realizan tareas de ayuda a personas con minusvalías. No obstante no se ha encontrado ninguna asociación de enfermos cardíacos a nivel local, aunque a nivel provincial sí que existen diversas asociaciones de estas características.

Por lo que respecta a unidades de rehabilitación propiamente dichas la zona analizada carece de este tipo de servicio, aunque sí que se constatan diversas unidades en la provincia (Hospital general de Valencia, Hospital la Fe,...). Son múltiples las unidades de rehabilitación cardíaca repartidas por el territorio español, aunque todas ellas adolecen de centrarse casi en exclusiva en aspectos físicos y de no contemplar las necesidades específicas del colectivo de mujeres. Además un aspecto común a todas ellas es el escaso porcentaje de participación en sus programas.

Conscientes que los recursos sanitarios/asistenciales son escasos se plantea como solución descentralizar estas unidades de rehabilitación cardíaca e implicar a las administraciones locales (ayuntamientos), mediante la cesión de locales donde puedan ubicarse las asociaciones que se vayan creando y donde puedan desarrollarse de una forma efectiva los programas de rehabilitación cardíaca en un futuro.

## Análisis DAFO

### DEBILIDADES

- Reticencias por parte del estamento médico.

- Falta de concienciación de los profesionales sanitarios respecto a las diferencias de género de la CI y a las necesidades específicas de la mujer.
- Desconocimiento de la mujer sobre la patología.
- Falta de concienciación de las autoridades sanitarias respecto al problema.
- Falta de motivación de la mujer por cuidar y mejorar su salud. Conformismo.
- Falta de recursos económicos/humanos para su implantación.

#### AMENAZAS

- Marcado rol de la mujer en el seno familiar (madre, abuela, cuidadora,...)
- Riesgo de convertirse en un programa más de EpS.

#### FORTALEZAS

- Interés por parte de los profesionales implicados.
- Poca tecnología necesaria para ponerse en marcha.
- Poco personal necesario para su implantación.
- Reciente toma de conciencia de la comunidad científica-investigadora sobre el problema.
- Se pueden aprovechar los recursos de EpS en prevención primaria y secundaria.

#### OPORTUNIDADES

- Motivación de la mujer para gestionar sus propios cuidados.
- Inversión necesaria relativamente insignificante.
- Novedad de la propuesta. Contempla una atención integral y multidisciplinar a la mujer que dé respuesta a todas sus necesidades.
- Concienciación social del problema. Sensibilización de la mujer en la patología cardiaca.

Análisis FODA	Fortalezas	Debilidades
Análisis Interno	Capacidades distintas Ventajas naturales Recursos superiores	Recursos y capacidades escasas Resistencia al cambio Problemas de motivación del personal
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	Nuevas tecnologías Debilitamiento de competidores Posicionamiento estratégico	Altos riesgos - Cambios en el entorno

## EVALUACIÓN DEL PROGRAMA: APRENDIENDO A MEJORAR

“Nunca hay vientos favorables si no se sabe a dónde se va”. Evaluar es un proceso continuo consistente en comprobar en qué medida se han cumplido los objetivos propuestos, y resulta ciertamente estimulante verificar que se va cumpliendo aquello propuesto en la planificación.

Son diversos los autores que consideran que la calidad asistencial debe dirigirse a recuperar, conservar y mejorar el nivel de salud individual y colectivo de la población<sup>80</sup> ¿Pero qué piensan los propios pacientes de todo esto? Las necesidades y expectativas de los enfermos crónicos se basan en un adecuado control mediante un proceso asistencial que incluya tanto el seguimiento y tratamiento como la educación sanitaria, asegurar la accesibilidad e incorporar un abordaje integrado basado en la persona más que en la enfermedad.<sup>80</sup>

Existen ciertos indicadores que sirven para asegurar el seguimiento, control y mejora del programa. Estos indicadores pueden ser contemplados desde distintas perspectivas:

- a) Actividad; volumen de salidas, referenciadas a un periodo de tiempo
- b) Calidad técnica; indicadores establecidos mediante criterios de los expertos que realizan el programa o estándares de referencia de sociedades profesionales. Se valoran aspectos como efectividad, adecuación o seguridad. En este sentido se sabe que los profesionales sanitarios necesitan mecanismos de reconocimiento específicos ante resultados o esfuerzos destacables, lo cual deberá tenerse en cuenta tanto en la planificación como en la evaluación del programa.
- c) Calidad percibida; sólo la puede valorar el paciente y se recaba información sobre el trato recibido, la información,...El sistema de detección de necesidades y expectativas de los pacientes permite establecer una base para el correcto funcionamiento del programa. Así pues la utilización de medidas de percepción de la satisfacción del paciente con los diferentes servicios recibidos y sus dimensiones mediante encuestas validadas constituye una acción imprescindible para la gestión y mejora de los servicios sanitarios. Un aspecto que sin duda se debe contemplar en este apartado es el impacto en la sociedad, es decir, en qué medida contribuye el programa a la mejora de la salud, el bienestar y la seguridad de los ciudadanos. Esta información complementará la visión que se tenga del programa desde distintos prismas, y colaborará a una mayor calidad del mismo.
- d) Coste total o unitario del proceso; permite valorar la eficiencia del programa.

La evaluación de este programa resulta algo compleja debido a la propia naturaleza del mismo. En líneas generales se pretende evaluar los resultados conseguidos, para lo cual se analizan distintos aspectos:<sup>70</sup>

- A) Evaluación de la pertinencia
  - a. ¿Se adecúa la intervención a los problemas de salud? Inicialmente las intervenciones planteadas responden a los problemas de salud diagnosticados en etapas previas, por lo que se considera que existe una perfecta correspondencia entre intervención y problemas de salud.
  - b. ¿Se adecúa el programa a la población a la que se dirige? Precisamente esta es una de las características principales de este programa, puesto que está diseñado a partir de las necesidades expresadas por el colectivo sobre el que se va a intervenir.
  - c. ¿Contribuye el programa a solucionar el problema? Es sin duda uno de los objetivos que se plantean en la planificación, y se ha podido constatar a lo largo de la presente exposición.
- B) Evaluación de los componentes del programa:
  - a. Evaluación de resultados.

- i. Satisfacción de los usuarios (mediante encuestas de satisfacción).
- ii. Satisfacción de los profesionales que intervienen en el programa
- iii. Impacto en la hospitalización (reingresos, consultas a urgencias,...).
- iv. Impacto sobre la mortalidad.
- v. Calidad de vida de los pacientes incluidos.
- vi. Nivel de autocuidados adquirido por el paciente y su entorno familiar.
- vii. Cambios en el estado de salud (cuestionarios sobre calidad de vida).
- viii. Cambios en habilidades y conductas.
- ix. Cambios en los conocimientos y actitudes.
- b. Evaluación del proceso. Se recaba información sobre los siguientes aspectos:
  - i. Lapso de tiempo entre el alta hospitalaria y la incorporación de la mujer al programa (<1 semana, 1-4 semanas, > 4 semanas).
  - ii. Presencia de los informes de continuidad de cuidados.
  - iii. Uso efectivo de los canales de comunicación de los que dispone la mujer tras recibir el alta hospitalaria.
  - iv. Desarrollo de actividades.
  - v. Evaluación de la participación (grado de implicación y seguimiento,...).
- c. Evaluación de la estructura
  - i. Recursos materiales: instalaciones, materiales educativos, presupuesto,...
  - ii. Recursos humanos: motivación, formación y experiencia, disponibilidad.

Muchos de los aspectos que se acaban de apuntar sólo pueden ser evaluados a través de cuestionarios, aunque son escasos los cuestionarios validados en nuestro contexto cultural para valorar patologías cardíacas, por lo que en ocasiones se ha procedido a emplear cuestionarios originalmente diseñados para otras patologías. Algunos autores apuntan que las mayores modificaciones tras el paso por un programa de rehabilitación cardíaca se producen en lo que respecta a los aspectos físicos y sociales.<sup>81</sup>

Vamos a exponer algunos de los cuestionarios que pueden ser empleados para evaluar el programa.<sup>82,3</sup>

\* Cuestionarios genéricos que valoran aspectos como la calidad de vida de la paciente, el riesgo de depresión o la percepción de la pareja de la paciente:

- **CUESTIONARIO ESPAÑOL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POSTINFARTO.**

Descripción y características. Consta de 44 ítems agrupados en 9 dimensiones: salud (8), sueño y descanso (3), comportamiento emocional (3), proyectos de futuro (3), movilidad (6), relaciones sociales (8), comportamiento de alerta (3), comunicación (4), tiempo de ocio y trabajo (6). Cada ítem tiene cinco opciones de respuesta ordinales cuyos extremos van de "siempre" (5 puntos) a "nunca" (1 punto), siendo 40 la mínima puntuación posible (mejor calidad de vida), y 220 la máxima puntuación (peor calidad de vida). Su administración no requiere más de 15 minutos.

- **CUESTIONARIO PARA ANGINA DE SEATTLE.**

Descripción y características. Tiene unas sólidas propiedades psicométricas; está diseñado para valorar el estado funcional de pacientes con angina. Contiene 19 preguntas que cuantifican 5 dimensiones clínicamente relevantes: frecuencia de la angina, estabilidad de la misma, limitación física, calidad de vida y satisfacción del tratamiento relacionado con la angina.

- **CARDIAC DEPRESSION SCALE.**

Descripción y características. Valora el hábito depresivo y los cambios en depresión en los pacientes cardíacos.

- **QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE FOR CARDIAC SPOUSES**

Descripción y características. Determina la calidad de vida en las parejas de los pacientes.

\*Cuestionarios que evalúan la esfera psicológica:

- **INDICE DE BIENESTAR PSICOLÓGICO**

Descripción y características. Incluye 22 ítems agrupados en 6 dimensiones: Ansiedad, Depresión, Estado de ánimo positivo, vitalidad, autocontrol y salud general. Cada ítem puede ser respondido en una escala Likert con 6 categorías de respuesta que representan diferentes grados de intensidad o frecuencia del ítem en la última semana. La puntuación total puede ir de 22 (grave malestar) a 132 (bienestar positivo).

- **PERFIL DE IMPACTO DE LA ENFERMEDAD**

Descripción y características. Valora sueño y descanso, trabajo, nutrición, tareas domésticas, ocio y pasatiempos, desplazamiento, movilidad, cuidado y movimiento corporal, relaciones sociales, actividad emocional y comunicación.

\*Cuestionarios que valoran la esfera social:

- **CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL DUKE-UNK**

Descripción y características. La escala DUKE-UNK modificada por Boroadhead es un cuestionario de autoevaluación formado por 11 ítems que recogen la opinión del individuo sobre la disponibilidad de las personas capaces de ofrecer ayuda ante las dificultades, facilidades para la relación social y para comunicarse de forma empática y emotiva. En general los ítems del cuestionario recogen valores referidos a dos dimensiones de apoyo social funcional, es decir, al confidencial y afectivo. Cada uno de estos aspectos se evalúa mediante una escala Likert con cinco opciones de respuesta que se puntúan de 1 (mucho menos de lo que deseo) a 5 (tanto como deseo).

- **CUESTIONARIO DE FUNCIÓN FAMILIAR APGAR-FAMILIAR**

Descripción y características. Se pretende explorar el impacto de la función familiar en la salud de sus miembros, así como conocer hasta qué punto la familia y su comportamiento pueden considerarse un recurso para sus integrantes. El Apgar se compone de 5 elementos a valorar: Adaptability (adaptabilidad), Partnership (cooperación), Growth (desarrollo), Affection (afectividad), Resolve (capacidad resolutoria). La versión española del Apgar-familiar está compuesta de 5 preguntas, cada una de ellas con las tres mismas categorías de respuesta ordinal de tipo Likert. Las puntuaciones para cada categoría de respuesta son "casi nunca": 0, "a veces": 1, "casi siempre": 2. Con la suma de las puntuaciones se pueden distinguir tres niveles de disfunción: 0-3 disfunción grave, 4-6 disfunción leve, 7-10 familia normal.

Por lo que respecta a la esfera física la evaluación se realiza a través de mediciones de capacidad funcional para ver cómo se modifica y de actividades propias de Educación para la Salud encaminadas a valorar la adquisición de unos conocimientos concretos.

### CONCLUSIONES FINALES

A través del presente trabajo se ha podido constatar la merma de acciones específicas dirigidas a la mujer una vez que ésta abandona el recinto hospitalario tras haber sufrido una cardiopatía isquémica. Aunque sí que existen algunos programas de rehabilitación cardíaca, sólo una mínima cantidad de pacientes (entre 2-6%) acude a estos programas, y son muy pocos los que los finalizan en su totalidad.<sup>84-5</sup> Es por ello que el objetivo a conseguir debe ser doble: en primer lugar aumentar el número de participantes y después lograr una mayor implicación de los mismos en estos programas. A nivel específico nos interesa que de forma particular las mujeres participen en este tipo de actividades que les faciliten su reinserción social de una forma más rápida y efectiva. Para ello resultará ciertamente esencial atender a las necesidades de este colectivo y adaptar los programas a dichas necesidades.

Son muchos los aspectos que restan por cubrir en este campo, muchos los retos que se presentan en el comienzo de una nueva década del siglo XXI y muchos también los interrogantes que rodean e impregnan todos estos propósitos. ¿Seremos capaces de abordarlos?

### ANEXOS

1. PRIORIZACIÓN DE ACTIVIDADES
2. PRESUPUESTO PARA UN GIMNASIO PARA LA REHABILITACIÓN CARDIACA
3. TALLER DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
4. ACTIVIDADES DE ABP / GRUPOS FOCALES
5. PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA
6. CONTEXTO DEMOGRÁFICO

## PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS EN LA ACTUACIÓN

PROBLEMAS DETECTADOS	Gravedad Repercusión sobre los individuos	Extensión ¿A cuántas personas afecta?	Vulnerabilidad ¿Con nuestros medios se puede influir en el problema?	Evolución espontánea ¿Tiende a agravarse o a mejorar por sí mismo?	Necesidad sentida	Prioridad
Baja percepción del riesgo	Alta	General	Alta	Tiende a empeorar	No	1
Infravaloración de síntomas por parte de la mujer /falta de concienciación de la mujer	Alta	General	Alta	Tiende a empeorar	No	1
Escasa prevención	Alta	General	Muy alta	Tiende a empeorar	No	2
Patología r/c salud mental (ansiedad, depresión)	Moderada-alta	Amplia	Sí	-	Si	2
Alta prevalencia de FRCV modificables	Alta	General	Muy alta	Tiende a empeorar	No	2
Desconocimiento de los FRCV y su manejo	Alta	General	Muy alta	Tiende a empeorar	No	1
Déficit de conocimientos previos sobre la enfermedad	Alta	General	Muy alta	Tiende a empeorar	No	1
Falta de recursos para gestionar adecuadamente su salud	Alta	General	Muy alta	Tiende a empeorar	No	1
Falta de percepción social sobre la enfermedad y los sesgos de género	Alta	General	Muy alta	Tiende a empeorar	No	2

## TALLERES DE REHABILITACIÓN CARDIACA<sup>11</sup>

### TALLER 1. CONTROL DE LOS FRCV

#### CONTENIDOS:

- El corazón: anatomía y funcionamiento. Enfermedades cardiovasculares más importantes.
- Factores de riesgo: importancia de su control tras una enfermedad cardiovascular.
- Factores no modificables: edad, sexo, antecedentes familiares, antecedentes de enfermedad cardiovascular.
- Factores modificables: colesterol, hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes, obesidad, síndrome metabólico.
- Otros factores: sedentarismo, estrés y patrón de conducta tipo a, alcohol.
- Medidas generales para disminuir los factores de riesgo cardiovascular.

#### RECURSOS NECESARIOS:

- Materiales: medios audiovisuales (ordenador, proyector, pizarra,...), mesas, sillas, folletos informativos,...
- Recursos humanos: 1 enfermero, 1 médico generalista (MAP).

TEMPORALIZACIÓN: el taller daría comienzo aproximadamente a las 2 semanas del alta hospitalaria, y tendría una duración estimada de 6 semanas.

---

<sup>11</sup> El contenido de estos talleres ha sido adaptado del material cedido de forma desinteresada por INSVACOR, Instituto valenciano del Corazón

## GRUPOS FOCALES Y APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS.

GRUPOS FOCALES.ACTIVIDAD GRUPAL: CUESTIONES. Se trata de contemplar en pequeños grupos una serie de cuestiones para recabar información que posee la mujer sobre su enfermedad.

Contesta si consideras que las siguientes afirmaciones sobre la cardiopatía isquémica en la mujer son verdaderas o falsas. Previamente debes debatirlas en grupo en intentar razonar la respuesta.

1. La angina de pecho y el infarto se manifiestan del mismo modo en hombres y mujeres  
VERDADERO  FALSO
2. En la mujer es más infrecuente la aparición de angina de pecho e infarto en edades avanzadas  
VERDADERO  FALSO
3. En las mujeres suele ser peor el pronóstico en caso de infarto que en los hombres  
VERDADERO  FALSO
4. No existen diferencias significativas en la forma de responder ante la enfermedad cardiaca entre hombres y mujeres  
VERDADERO  FALSO
5. Las mujeres suelen demorar la solicitud de asistencia médica especializada ante los primeros síntomas de alarma  
VERDADERO  FALSO
6. La mujer antepone las necesidades familiares a las suyas propias en general, incluso en el contexto de una enfermedad cardiaca  
VERDADERO  FALSO
7. La angina y el infarto son dos enfermedades cardiacas que no tienen factores de riesgo destacables  
VERDADERO  FALSO
8. El principal síntoma de un infarto de miocardio es siempre el dolor  
VERDADERO  FALSO
9. Las mujeres en general carecen de información suficiente sobre la enfermedad cardiaca y su manejo  
VERDADERO  FALSO
10. La herencia genética en la angina de pecho y el infarto no es muy importante  
VERDADERO  FALSO

## ABP: CASO PRÁCTICO

María G.F. es una mujer de 67 años de edad, exfumadora desde hace 2 años. Una noche tras una cena copiosa se despierta a las tres y veinte minutos de la madrugada con una sensación de opresión en el pecho y fatiga al respirar. No quiere despertar a su marido pues piensa que no vale la pena. Se levanta y se dirige a la cocina, donde guarda el botiquín con los medicamentos de uso habitual. Busca entre los fármacos disponibles y se toma un tranquilizante con medio vasito de leche. Sentada en una silla de la cocina piensa que tal vez sea resultado de la cena abundante.

Al cabo de media hora y al comprobar que el dolor no remite decide sentarse en el sofá y recostarse ligeramente sobre el cojín. Enciende la televisión y se pone a ver un programa de la teletienda. La sensación de opresión es ya constante y María se levanta para tomar un analgésico. Tras regresar de nuevo al sofá se dice a sí misma que tal vez si consigue dormirse mejorarán esas molestias. Cierra los ojos pero no consigue conciliar el sueño. Mira el reloj; son las cinco y media de la madrugada y le sabe mal despertar a su marido porque trabaja y aún le queda un rato de sueño.

A las seis y cuarto se levanta su marido y tras referirle María todo lo ocurrido le insiste en llevarla al hospital. Ella aduce que no tiene tiempo, que a las ocho le traen a los nietos para cuidarlos y tiene que estar en casa para prepararles el desayuno. Ante la perseverancia del marido que la consigue convencer finalmente se dirigen al hospital más cercano que se encuentra a unos veinte minutos en coche. Al llegar allí el marido proporciona los datos de María en admisión y al cabo de diez minutos María se encuentra en una camilla rodeada de personal sanitario. No recuerda mucho más porque al poco de estar allí le debieron administrar alguna medicación para relajarse y perdió la conciencia.

Otros datos de interés: María es diabética pero no precisa administración de insulina, además hace dos años fue diagnosticada de Hipertensión arterial.

María despertó en la UCI. Había tenido un infarto de miocardio y le realizaron una fibrinólisis. Al abrir los ojos preguntó dónde estaba y dónde estaban sus nietos.

## CUESTIONES A RESOLVER

1. ¿Crees que María ha actuado correctamente? ¿Por qué?
2. ¿Qué semejanzas y diferencias encuentras entre su forma de proceder y otras que se han producido en tu grupo?
3. ¿Qué es lo que más te llama la atención de esta historia?
4. ¿Con qué aspectos te sientes más identificada?
5. ¿Qué conclusiones sacas?

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA. UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN (ejemplo)

Diagnóstico	Resultados e indicadores	Intervenciones	Cuidados de Enfermería
00070- deterioro de la adaptación r/c <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitudes negativas hacia la conducta de salud</li> <li>- Falta de motivación para cambiar conductas</li> </ul>	1300- aceptación del estado de salud -08. Reconocimiento de la realidad de la situación de salud -11. Toma de decisiones relacionadas con la salud	5230- aumentar el afrontamiento 5430- grupo de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar a la paciente a identificar estrategias positivas</li> <li>- Alentar las manifestaciones de sentimientos, percepciones y miedos</li> <li>- Fomentar situaciones que aumenten la autonomía del paciente</li> <li>- Animar la implicación familiar</li> </ul>
00153-temor r/c separación del sistema de soporte en una situación estresante (sensación de muerte, futuro incierto,...)	1704- creencias sobre la salud: percepción de amenaza -01. Percepción de amenaza para la salud -10. Impacto percibido sobre el estilo de vida actual -11. Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro -12. Impacto percibido sobre el estado funcional	5230. aumentar el afrontamiento 5820- disminución de la ansiedad 1850- fomentar el sueño 5430- grupo de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentar a la paciente a grupos o personas que hayan pasado por su misma situación</li> <li>- Ayudar a la paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento</li> <li>- Proporcionar información objetiva sobre la enfermedad y desmitificar</li> <li>- Ayudar a la paciente a identificar situaciones que le generen ansiedad</li> </ul>

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

1. Sancho JL, Sarria A, Yáñez D. Revisión de intervenciones en Atención Primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. Madrid: Instituto de salud Carlos III-Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003. Informe de Evaluación de Tecnologías sanitarias nº 39. [Consultado 5.11.2009]. Disponible en: [http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones\\_agencia/39APPreven\\_EnfCronicas.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones_agencia/39APPreven_EnfCronicas.pdf)
2. Martín JM, Sarria A, Palma M, García de Dueñas L. Manejo hospitalario de la cardiopatía isquémica en España. Análisis de la situación. Madrid: Instituto de Salud Carlos III-Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001. Informe de Evaluación de Tecnologías sanitarias nº 31. [Consultado el 5.11.2009]. Disponible en: [http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones\\_agencia/31Cardiolsqu e.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones_agencia/31Cardiolsqu e.pdf)
3. Peiró S. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y tendencias entre 1997 y 2005. *Rev. Esp. Cardiol.* 2002; 55: 337-46.
4. Baena Díez JM, Del Val J, Tomás J, Martínez J, Martín R, González I et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en Atención Primaria. *Rev. Esp. Cardiol.* 2005; 58(4): 367-73.
5. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Las personas mayores en España, tomo I. Observatorio de personas mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. ISBN 84-8446-082-7.
6. Fernández A, Mgueraman R, Cruzado C. Campaña de prevención de factores de riesgo cardiovascular y Educación para la Salud. *Enfermería en Cardiología* 2005; Año XII (36): 35-39.
7. Salvador MJ, De Teresa E., López E. Informe de la salud cardiovascular en España en el contexto europeo. Fundación Española del Corazón; Sociedad Española de Cardiología. 2008
8. McSweeney J, Lefler L, Crowder B. What's wrong with me? Women's coronary heart disease diagnostic experiences. *Progress in Cardiovascular Nursing* 2005(2): 48-57.
9. Waller C. Understanding prehospital delay behaviour in acute myocardial infarction in women. *Critical Pathways in Cardiology* 2006; 5 (4): 228-234.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de cardiopatía isquémica. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 .
11. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 2007: INE; 2007. [Actualizada el 05.11.2009; consultada el 12.11.2009]. Disponible en <https://http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2007/I0/&file=01001.px&type=pcaxis&L=0>.
12. Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de salud. Ministerio de sanidad y Consumo. Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellitus en España. Ministerio de sanidad y Consumo, Madrid. 2006. (consultado el 9.11.2009). Documento disponible en [https://http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/MORTALIDAD\\_POR\\_ENFERMEDADES\\_CRONICAS.pdf](https://http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/MORTALIDAD_POR_ENFERMEDADES_CRONICAS.pdf)
13. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte por Comunidades Autónomas. INE; 2007. [Actualizada el 06.11.2009 ; acceso el 15.11.09]. Disponible en <https://http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2007/I0/&file=02011.px&type=pcaxis&L=0>.

14. European Heart Network. European Cardiovascular Disease Statistics (2008). [Consultado el 7.11.2009]. Disponible en <http://www.ehnheart.org/files/EU%20stats%202008%20final-155843A.pdf>.
15. Conselleria de Sanitat. Direcció General de Salut Pública. Plan de prevención de enfermedades cardiovasculares. Valencia, Conselleria de Sanitat 2008. [Consultado el 29.10.2009]. Disponible en [http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/DOGV\\_2341\\_DECRETO\\_177\\_1994.pdf](http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/DOGV_2341_DECRETO_177_1994.pdf)
16. Rohifasc I, García MM, Gavaldá L, Medrano MJ, Juvinyà D et al. Género y cardiopatía isquémica. *Gac. Sanit* 2004; 18(supl 2): 55-64.
17. Valls-Llobet C, Ojuel J, López M, Fuentes M. Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres. Centre d'anàlisi i programes sanitaris, Barcelona. Ministerio de Sanidad y Política Social. [Consultado el 2.11.2009]. Disponible en [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/05modulo\\_04.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/05modulo_04.pdf)
18. Cruz Roja Española. Fundamentos conceptuales: la comprensión de género en la intervención social. Madrid: Cruz Roja Española; 2007. [Consultado el 12.11.2009]. Disponible en <http://www.carm.es/psocial/cendoc/bdatos/documentos/ficha.asp?iddoc=10540>
19. Padilla M. El síndrome de Yentl. *El País*, martes 15 de julio de 2003, p. 33. Reportaje. [acceso 12.11.2009]. disponible en [http://www.elpais.com/articulo/salud/sindrome/yentl/elpsalpor/20030715elpepisal\\_7/Tes](http://www.elpais.com/articulo/salud/sindrome/yentl/elpsalpor/20030715elpepisal_7/Tes)
20. Goch A, Misiewicz P, Banach M. The clinical manifestation of myocardial infraction in elderly patients. *Clin. Cardiol.* 2009 Published online in *Wiley InterScience*. <http://www.interscience.wiley.com>.
21. Walkiewicz M, Krowczynska D, Kuchta U, Kmiecicka M, Kurjata P, Stepinska, J. Acute coronary síndrome-how to reduce the time from the onset of chest pain to treatment?. *Kardiologia Polska* 2008; 66: 11.
22. Anguita M, Alonso J, Bertomeu V, Gómez-Doblas J, López-Palop R, Pedreira M, Pérez-Villacastín M, Roig E. Proyecto de estudio sobre la situación de la enfermedad cardiovascular de la mujer en España: conclusiones y recomendaciones finales. *Rev. Esp. Cardiol. Supl.* 2008; 8: 55-58.
23. Heras M. Cardiopatía isquémica en la mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. *Rev. Esp. Cardiol.* 2006; 59 (4): 371-81.
24. Alfonso F, Bermejo J, Segovia J. Enfermedades cardiovasculares en la mujer: ¿por qué ahora?. *Rev. Esp. Cardiol.* 2006; 59(3): 259-63.
25. McSweeney J, Cody M, Crane P. Do you Know them when you see them? Women's prodromal and acute symptoms of myocardial infraction. *J. Cardiovasc. Nurs.* 2001; 15 (3): 26-38.
26. Wheeler S, Bowen J, Maynard C, Lowy E, Sun H, Sales A, Smith N, Fihn, S. Women veterans and outcomes after acute myocardial infraction. *Journal of women's health* 2008; 18 (5): 1-4.
27. Roig C, Campdepadrós J, Merino O, Ortigosa L, Cazorla M, Monegal M, Gómez MJ. Creencias y percepciones de los cuidadores, formales e informales del enfermo en cardiopatía isquémica. *Enfermería en cardiología* 2003; 28 (1): 30-34.
28. Higgison R. Women's help-seeking behaviour at the onset of myocardial infraction. *British Journal of Nursing* 2008; 17 (1): 10-14.
29. Rosenfeld A, Lindauer A, Darney B. Understanding treatment-seeking delay in women with acute myocardial infraction: descriptions of decision-making

- patterns. *American Journal of Critical Care* 2005; 14 (4): 285-293.
30. Waller C. Understanding prehospital delay behaviour in acute myocardial infarction in women. *Critical Pathways in Cardiology* 2005; 5 (4): 228-234.
  31. Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Publicada en el BOE el 23 de marzo de 2007
  32. Ministerio de Economía y Hacienda .Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. Programa 232 B. Madrid: Ministerio de Economía y Hacienda. Secretaría de Estado de Hacienda y presupuestos; 2007. [Consultado el 15.11.2009] Disponible en [http://www.sgpg.pap.meh.es/Presup/PGE2010Proyecto/MaestroDocumentos/PGE-ROM/doc/3/3/2/4/2/N\\_10\\_A\\_A\\_2\\_2\\_4\\_12\\_1\\_1232B\\_2.PDF](http://www.sgpg.pap.meh.es/Presup/PGE2010Proyecto/MaestroDocumentos/PGE-ROM/doc/3/3/2/4/2/N_10_A_A_2_2_4_12_1_1232B_2.PDF)
  33. Constitución Española de 1978. BOE 311 de 29.12.1978.
  34. Navarro V, Borrell C, Muntaner C, Benach J, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M et al. El impacto de la política en salud. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 3(1): 9-32. Enero-abril, 2007. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2385001>. Consultado el 02.11.2009
  35. Díez E, Paredes D. Explicando el efecto de la clase social en la salud: la importancia de la educación. *Revista vasca de sociología y ciencia política*, Nº 44, 2007, pags. 91-110. Consultado el 02.11.2009. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2572395>.
  36. Urbanos RM. Equidad en el acceso a los servicios sanitarios. *Revista vasca de sociología y ciencia política*, Nº , 2007, pags. 183-192 . Consultado el 02.11.2009. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2572550>.
  37. Plan de salud de la Comunitat Valenciana 2005-2009. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Disponible en: <http://www.san.gva.es/cas/comun/plansalud/pdf/iiplandesaludcvalenciana.pdf>
  38. Informació socioeconòmica de Gandia i la Safor. L'observatori. Consultado el 02.11.2009. Disponible en [http://estadisticas.observatorigandia.org/estadisticas\\_tabla.aspx?opMenu=71&idioma=esp&pk\\_tabla=100&cat=Estructura%20de%20la%20Poblaci3n&grup=Demografia%20y%20Poblaci3n](http://estadisticas.observatorigandia.org/estadisticas_tabla.aspx?opMenu=71&idioma=esp&pk_tabla=100&cat=Estructura%20de%20la%20Poblaci3n&grup=Demografia%20y%20Poblaci3n).
  39. Población por grupos de edad en Gandía. L'observatori. Disponible en [http://estadisticas.observatorigandia.org/estadisticas\\_tabla.aspx?opMenu=71&idioma=val&pk\\_tabla=105&cat=Estructura%20de%20la%20Poblaci3n&grup=%20Demografia%20i%20Poblaci3n](http://estadisticas.observatorigandia.org/estadisticas_tabla.aspx?opMenu=71&idioma=val&pk_tabla=105&cat=Estructura%20de%20la%20Poblaci3n&grup=%20Demografia%20i%20Poblaci3n). Consultado el 02-11-2009
  40. Lockyer L. Women's interpretation of their coronary heart disease symptoms. *Eur. J. Of Cardiovascular Nurs.* 4 (2005): 29-35.
  41. Lockyer L. Women's interpretation of cardiac symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2008; 4 (7): 161-162.
  42. Dearborn J, McCullough L. Perception of risk and knowledge of risk factors in women at High risk for stroke. *Stroke* 2009; 40: 00-00. Disponible en: <http://www.stroke.ahajournals.org>.
  43. Lefler L, Bondy K. Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2004; 19 (4): 251-268.
  44. Warner J, Wehner S, Reeves M. Do presenting symptoms explain sex differences in emergency department delays among patients with acute stroke?. *Stroke* 2009; 40: 00-00), disponible en: <http://www.stroke.ahajournals.org>.
  45. Appelros P, Stegmayr B, Terént A. Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review. *Stroke* 2009; 40: 00-00), disponible en <http://www.stroke.ahajournals.org>.
  46. Del Río O, Maldonado A, Carmena O, Davós R, Garoz B, Gutiérrez A, Lozano G, Monedero A, Sánchez L, Soto C, Villalta M. Educación sanitaria

- a pacientes con cardiopatía isquémica. *Enfermería en Cardiología* 2005; 35(2): 24-27.
47. MacInnes J. The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infraction: a self-regulatory approach. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5 (2006): 280-288.
  48. Cazorla M, Ortigosa L, Isla P, Vivas E, Gómez MJ, Roig C, Merino O, Junca C. La percepción del paciente con CI a los dos años del primer evento coronario. *Rev. Enferm. Cardiol* 2004; 31: 30-35.
  49. Martínez Qués AA, Rodríguez A, Rodríguez. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. *Enferm. Cardiol.* 2005; Año XII (34): 15-21.
  50. DiGiacomo M, Davidson P, Vanderpluym A, Snell R, Dip G, Worrall-Carter, L. Depression, anxiety and stress in women following acute coronary syndrome: implications for secondary prevention. *Australian Critical care* 2007; 20: 69-76.
  51. Pineda M, Custardoy J, Ortin JM, Cano JG, Andreu MT, Grau C. Grado de conocimientos, tratamiento y control de la HTA, hipercolesterolemia y diabetes mellitus en la población general adulta. *Aten. Primaria* 2004; 33(5): 254-60.
  52. Nguyen T, Liao Y, Gilnengorin G, Tsoh J, Bui-Tong N, McPhee J. Cardiovascular risk factors and Knowledge of symptoms among vietnamese Americans. *J. Gen. Med.* 2008, 24(2): 238-43.
  53. O'Keefe-McCarthy S, Price JA. A qualitative study of women's experiences of cardiac pain post intervention. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2008 (7): 7-8.
  54. Perkins-Porras L, Whitehead D, Strike P, Steptoe A. Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2009; 8(1): 26-33.
  55. Franco B, Rejane E, Goldemeyer S, Nogueira E. Patients with acute myocardial infraction and interfering factors when seeking emergency care: implications for health education. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2008; 16(3): 414-8. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/13.pdf>
  56. Rohifasc I, García MM, Gavaldá L, Medrano MJ, Juvinyà D et al. Variabilidad en el manejo de la Cardiopatía isquémica según el género. Ventajas de la aproximación cualitativa. *Gac. Sanit* 2004; 18(supl 2): 55-64
  57. Smith D, Murphy P, Santos P, Phillips M, Wilde M. Gender differences in the Colorado Stroke registry. *Stroke* 2009; 40: 00-00), disponible en: <http://www.stroke.ahajournals.org>.
  58. Sjöström-Strand A, Fridlund B. Women's descriptions of symptoms and delay reasons in seeking medical care et the time of a first myocardial infraction: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 45 (2008): 1003-1010.
  59. Azad N, Molnar F, Byszewsky A. Lessons learned from a multidisciplinary heart failure clinic for older women: a randomised controlled trial. *Age and Ageing* 2008; 37: 282-287.
  60. McSweeney J, Lefler L, Fischer E, Naylor A, Evans L. Women's prehospital delay associated with myocardial infraction. Does race really matter?. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2007; 22 (4): 279-285.
  61. La sanidad necesita cuidados intensivos. Radiografía al Sistema Nacional de Salud. Artículo publicado en *El Mundo* (08.10.2009)
  62. Salud cardiovascular en la mujer. Observatorio de salud y mujer. [Última actualización 22-12-09. Consultado el 26-12-09] Artículo disponible en: [http://www.obsym.org/jsp/paginas/view\\_pagina.jsp?id\\_paginas\\_tematicas=7&imagenesuperior=tit/tit\\_que.gif&imagenfondo=imgup7#](http://www.obsym.org/jsp/paginas/view_pagina.jsp?id_paginas_tematicas=7&imagenesuperior=tit/tit_que.gif&imagenfondo=imgup7#)
  63. Observatorio de la salud de las mujeres. Estrategia de acción 2004-2007.

Ministerio de Sanidad y Consumo.

64. López I. Género en la agenda internacional del desarrollo, un enfoque de derechos humanos. Revista Académica de Relaciones Internacionales, núm. 2, junio 2005, UAM-AEDRI
65. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Edit. Ediciones científicas y técnicas, 1993.
66. Sánchez P. Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad. Madrid, Ed. Díaz de Santos SA, 2003.
67. Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas. Los fines de la medicina- nº 11- (2004). Fundació Víctor Grifols i Lucas. Barcelona
68. Qureshi A, Suri F, Kirmani J, Divani A. The relative impact of inadequate primary and secondary prevention on cardiovascular mortality in the United States. Stroke 2004; 35; 2346-2350. Disponible en <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/35/10/2346>. Consultado el 10.11.2009
69. Intervención multidisciplinaria basada en Enfermería en pacientes con Insuficiencia cardiaca. Programa de IC del IMAS, enero de 2007. Unidad de Insuficiencia cardiaca del IMAS. Consultado el 5.11.2009. Disponible en [http://www.hospitaldelmar.cat/insuficiencia-cardiaca/es\\_index.html](http://www.hospitaldelmar.cat/insuficiencia-cardiaca/es_index.html)
70. Intervención multidisciplinaria e integrada basada en Enfermería en pacientes con IC. Programa de IC del IMAS, enero de 2007. Unidad de Insuficiencia cardiaca del IMAS. Consultado el 5.11.2009. Disponible en [http://www.hospitaldelmar.cat/insuficiencia-cardiaca/es\\_unitat.html](http://www.hospitaldelmar.cat/insuficiencia-cardiaca/es_unitat.html)
71. Programas de formación en unidades de IC. Programa de IC del IMAS, enero de 2007. Unidad de Insuficiencia cardiaca del IMAS. Consultado el 5.11.2009 Disponible en [http://www.hospitaldelmar.cat/insuficiencia-cardiaca/es\\_unitat.html](http://www.hospitaldelmar.cat/insuficiencia-cardiaca/es_unitat.html)
72. Fuixà C, Ajenjo A, Bonet A, Borràs C, Botija MP, Fornos A. et al. Guía de prevención del infarto de miocardio en atención primaria. Grupo de trabajo de patología cardiovascular de la sociedad valenciana de Medicina familiar y comunitaria.
73. Bittner V, Sanderson B. Women in cardiac rehabilitation. Women's health, volume 58,2003, nº 4: 227-35
74. Wister A, Loewen N, Kennedy-Symonds, H, McGowan B, Mc Coy B, Singer J. One-year follow-up of a therapeutic lifestyle intervention targeting cardiovascular disease risk. CMAJ. October 9, 2007. 177 (8): 859-65.
75. Garcia L. Rehabilitación cardiaca bajo mínimos. El país, 19/03/2002. Consultado el 02.11.2009, disponible en [http://www.elpais.com/articulo/salud/Rehabilitacion/cardiac/minimos/elpepusocsal/20020319elpepisa\\_1/Tes](http://www.elpais.com/articulo/salud/Rehabilitacion/cardiac/minimos/elpepusocsal/20020319elpepisa_1/Tes).
76. El por qué de un programa de rehabilitación cardiaca. Programa de IC del IMAS, enero de 2007. Unidad de Insuficiencia cardiaca del IMAS. Disponible en [http://www.hospitaldelmar.cat/insuficiencia\\_cardiaca/es\\_protocols.html](http://www.hospitaldelmar.cat/insuficiencia_cardiaca/es_protocols.html). Consultado el 5.11.2009
77. Manual de Enfermería. Prevención y rehabilitación cardiaca. Asociación Española de Enfermería en Cardiología, 2009.
78. El síndrome Coronario Agudo en la Comunidad Valenciana. el estudio PRIMIVAC. Instituto Valenciano pro-corazón. Fundación Valenciana del Corazón. 2007.
79. García B, Lezcano AM, Sarasqueta C, Arrazola X, Llamas A. Características mínimas de un programa de rehabilitación cardiaca en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, 2003. Informe nº Osteba D-03-02. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Dirección de Planificación y Ordenación sanitaria. Consultado el 04.11.2009, Disponible en

[http://www9.euskadi.net/sanidad/osteoba/datos/d\\_03-02\\_rehabilitacion\\_cardiaca.pdf](http://www9.euskadi.net/sanidad/osteoba/datos/d_03-02_rehabilitacion_cardiaca.pdf)

80. Bengoa R, Nuño R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Centre de recerca en Economia i salut, colección Economía de la salud y gestión sanitaria. Barcelona: MASSON; 2008.
81. Morata-Crespo A, Domínguez-Aragó A. Calidad de vida tras un programa de rehabilitación cardiaca. *Rehabilitación (Madr)*.2007; 41: 214-9.
82. Marín M, Urbez MR. Valoración de la capacidad funcional y la calidad de vida en los pacientes cardiopatas: ¿qué test y qué cuestionarios debemos utilizar? *Rehabilitación (Madr)*.2006; 40 (6): 309-17.
83. Badía X. La medida de la salud: guía de escalas de medición en español. PPU. Barcelona; 1996.
84. Espinosa S, Bravo J, Gómez-Doblas J, Collantes R, González B, Martínez M, de Teresa E. rehabilitación cardiaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. *Rev. Esp. Cardiol* 2004; 57(1): 53-59.
85. Maroto J, Artigao R, Morales M, De pablo C, Abraira V. rehabilitación cardiaca en pacientes con infarto de miocardio. Resultados tras 10 años de seguimiento. *Rev Esp Cardiol* 2005; 58(10): 1181-7.