

M<sup>a</sup> Teresa Portuondo - Carmen de Pablo

Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**Rehabilitación  
cardíaca.  
Generalidades**

## REINSERCIÓN SOCIO-LABORAL Y REHABILITACIÓN DE LA MUJER CORONARIA

los profesionales sanitarios indirectamente hemos contribuido a la escasa participación de

En la década de los ochenta se forma la Unidad de Rehabilitación Cardíaca (R.C.) en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Formándose un equipo multidisciplinario que como **objetivo** prioritario se plantea mejorar la calidad de vida de los pacientes y complementarlo con medidas que buscan la prevención secundaria de la enfermedad, en un intento de disminuir la morbimortalidad de la misma. Es por ello que los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) incluyen pautas de actuación a nivel **físico, psicológico y de control de factores de riesgo**.

la mujer en estos sistemas terapéuticos. Actualmente, no realizan el PRC aquellas mujeres cuya situación cardiológica sea una contraindicación absoluta (arritmias severas, aneurisma disecante de aorta etc...), siguiendo similares criterios que en varones, las contraindicaciones para realizar el PRC se han reducido progresivamente a la vez que se han ampliado las indicaciones.

Son por tanto diversos, los profesionales que trabajan en RC.; algunos con dedicación plena como es el caso del Cardiólogo, Fisioterapeuta y Enfermera y los demás compartiendo la R.C. con diferentes responsabilidades en sus áreas de trabajo como Trabajador social, Psiquiatra y Psicólogas.

Durante la hospitalización, Enfermería de Rehabilitación transmite información muy **clara, puntual** procurando ajustarse a las necesidades reales que percibimos tiene el enfermo en ese momento. Está absolutamente comprobado que los pacientes ingresados en general captan poca información y a veces cuando se utiliza terminología técnica sobre la enfermedad coronaria se provoca más confusión.

El PRC que se lleva a cabo en el Ramón y Cajal se encuentra dividido en **tres fases**:

FASE I, que corresponde a la estancia hospitalaria.  
FASE II, se realiza de forma ambulatoria y su duración va a depender del **riesgo cardiológico** del paciente.

FASE III, que comprende el resto de la vida del paciente.

Observamos que la mujer cardiópata, sobre todo si es **ama de casa** demanda poca información y además los profesionales sanitarios tampoco se la brindamos, por ejemplo no recibe pautas para realizar tareas domésticas, el nivel de esfuerzo que supone fregar, limpiar, planchar etc., cómo efectuarlas de forma adecuada para un mayor ahorro de trabajo cardíaco.

Realiza **Prueba de esfuerzo** (10-12 días post-infarto), lo que permite evaluar el **riesgo y pronóstico** de la paciente.

Se les proporciona antes del **Alta hospitalaria**: Libro de la Guía del enfermo coronario, orientación dietética, cita en el gimnasio de R.C. para continuar de forma ambulatoria el Programa y teléfono directo con la Unidad de R.C., imprescindible para disminuir los miedos que se producen al Alta hospitalaria.

### **B) Fase II o de convalecencia.**

Se realiza de forma ambulatoria tras el alta hospitalaria. Acuden a la Unidad de R.C. todos los días durante un período de dos o tres meses,

### **A) Fase I**

Hace unos años cuando se seleccionaban y registraban los pacientes en la Unidad Coronaria para realizar PRC, se producía la tendencia a **descartar** a las mujeres cardiópatas porque "eran muy mayores", "más torpes", se pensaba que no iban a sacar mucha rentabilidad al programa, etc.

Con cita previa, el **primer día** en el gimnasio **observan** cómo se realiza el **entrenamiento físico** y Enfermería les explica de forma verbal y por escrito **la pauta de asistencia** al programa. Normas generales para el entrenamiento físico, cómo realizar el **programa de marchas**. Se les enseña la técnica de tomarse el **pulso** y en cuanto a la **dieta** proporcionamos consejos por grupos de alimentos y si se considera necesario dieta específica de 1.500 ó 2.400 calorías.

Las mujeres mayores, cuando acuden el primer día al gimnasio y ven a sus compañeros realizar el entrenamiento físico suelen expresar un doble miedo, por un lado piensan "yo no puedo hacer eso porque mi corazón no lo soportará" y además "creo que no voy a saber hacer los ejercicios, no he montado nunca en bicicleta y yo me caigo en el tapiz rodante" etc ... Es el momento de animarlas, se les aclara que los ejercicios físicos están adaptados a la situación de cada persona y que sus temores irán desapareciendo a la vez que aumente su seguridad.

Acuden al gimnasio tres días a la semana, durante un período de dos o tres meses y es verdad que algunas mujeres tienen dificultades al principio para realizar su entrenamiento porque en ocasiones su movilidad está limitada por patología artrósica.

**Antes** de realizar el ejercicio físico, se las interroga sobre su estado de salud y se realiza control de Tensión arterial y Frecuencia cardíaca Electrocardiograma basal, el primer día en el gimnasio,

Se les supervisa el **autocontrol del peso** que realizan semanalmente y que registran en una pizarra.

Enfermería de R.C. permanece en el gimnasio mientras los pacientes realizan los ejercicios que dirige el Fisioterapeuta, para **detectar signos y síntomas de intolerancia al ejercicio**, realiza control electrocardiográfico por sistema de telemetría durante las dos primeras semanas y en las ocasiones que se considere oportuno, registro de los trazados que presenten alteraciones.

Se calcula la **Frecuencia cardíaca de entrenamiento**, en base a la Prueba de esfuerzo y se especifica a cada paciente la suya, explicándole su significado para que realicen un entrenamiento adecuado en las marchas y en el gimnasio,

Todos los controles hemodinámicos

anteriormente citados se registran diariamente en una **Gráfica**, que posee la foto del paciente, en el que se reflejan además resultados de los cuestionarios psicológicos, patologías asociadas, medicación, diagnóstico médico, datos laborales y observaciones del sistema telemétrico.

Durante la primera semana de la Fase II, se realiza **Historia de Enfermería** que comprende datos sociales, laborales (con descripción detallada de su puesto de trabajo, hábitos alimenticios antes del episodio cardiológico y se describen los posibles factores de riesgo. Este documento permite conocer al paciente de una forma integral lo que proporciona una correcta orientación en su educación sanitaria.

Todas las observaciones e incidencias se recogen por escrito. Enfermería **evalúa y transmite** el problema al profesional que corresponda, es fundamental la comunicación entre los profesionales de un equipo multidisciplinario, que puede ser inmediata o a través de la **Reunión del Equipo** que mantenemos semanalmente y en la que se comentan las incidencias que se consideren oportunas, se evalúa a los pacientes que han finalizado el programa y van a ser dados de Alta de Rehabilitación cardíaca.

Durante este período las pacientes y su familiar más cercano acuden a **Charlas-coloquio** (un día a la semana), todos los miembros del equipo participan en la educación del paciente coronario con todos los temas relacionados con la enfermedad. Para **Enfermería la educación se sale de las aulas** porque quizá el contacto permanente y la confianza que se establece con los pacientes propicie aclarar dudas, responder a preguntas etc..., convencidos de la importancia que tiene el conocimiento de la enfermedad en facilitar cambios en conductas y estilo de vida.

Participan semanalmente en una sesión de **Psicoterapia de grupo**, acompañadas de su familiar más cercano, con el fin de poder expresar de forma espontánea sus miedos y conflictos con respecto a la enfermedad.

Las mujeres con cardiopatía isquémica cumplen fielmente todas las indicaciones que se les dan en el Programa pero procuran compatibilizarlo todo, sobre todo con sus tareas domésticas. Conviene señalar que estas mujeres por lo general reanudan de forma progresiva sus actividades domésticas como barrer, recoger la cocina, hacer la comida, las camas etc..., a las dos semanas del Alta hospitalaria. Hemos observado que escogen horarios en el gimnasio que les

permiten simultanear el PRC con sus "obligaciones domésticas".

Las mujeres coronarias son por lo general muy activas, trabajadoras, perfeccionistas, controladoras, tienen dificultades para delegar funciones etc..., aspectos que como se puede apreciar corresponden a la **conducta tipo "A"**.

Realizan una **Prueba de esfuerzo y un estudio analítico** cuando va a finalizar el PRC. Todos los pacientes reciben un **Informe**, que recoge su evolución tanto cardiológica como psicológica y las medidas que se les recomiendan deben adoptar en el futuro para una mejor evolución de su enfermedad.

### C) Fase III.

Coincide con la reincorporación del paciente a su actividad socio-laboral normal. Actualmente, a los pacientes considerados de bajo riesgo cardiológico, se les recomienda que acudan a Polideportivos Municipales de nuestra área hospitalaria porque están supervisados por Médicos y Enfermería que permanecen en contacto con el equipo de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal.

Los pacientes de alto riesgo van a continuar su entrenamiento de forma individual siguiendo las pautas enseñadas en el gimnasio de R.C.

### Material y método

Nuestra Unidad de Rehabilitación Cardíaca ha incluido en su programa en los últimos **cinco** años (1.992-1.996) a **879** pacientes de los que **36** eran mujeres (4,09%).

Hemos analizado características y resultados obtenidos en este subgrupo.

**La edad media** de nuestras pacientes fue de 53,583 años $\pm$ 10,651, la más joven de 34 y la mayor con 71 años.

Estaban **diagnosticadas** de Cardiopatía Isquémica 86,11% (31) y valvulares 13,89 % (5).

Las pacientes isquémicas presentaban: Infarto Agudo de miocardio (IAM) 16 mujeres, infarto con cirugía cardíaca (1), infarto y angioplastia (5), operadas de By-Pass aortocoronario (6), angina (2) y angioplastia (1).

Analizamos distintos factores de riesgo en las 31 pacientes isquémicas como el **tabaco**:

fumaban 11 (35,48%), no fumaban 19 (61,29%) y exfumadora 1 (3,23%). Resultaron ser **hipertensas** 11 (35,48%). Presentaban **hipercolesterolemia** 10 pacientes (32,26%) e **hipertrigliceridemia** en 6 de ellas (19,35%). Eran **diabéticas**, 5 (16,13%).

Diecinueve mujeres estaban en período menopáusico. Se las interrogó sobre la edad en que tuvieron la **menopausia**, (isquémicas y valvulares), siendo de 48,57 años de media. De las 31 pacientes isquémicas el 54,83% son menopáusicas. Han tomado **anticonceptivos** el 19,35% y están en activo normalmente y no tomaban anticonceptivos el 25,8%. Sólo 2 pacientes coronarias (12,50%), realizaron tratamiento postmenopáusico.

**El perfil laboral** que presentaban las 36 mujeres es el siguiente: 15 (41,67%) trabajaban fuera de casa, 20 (55,56%) eran amas de casa y 1 (2,78%) estaba en el paro.

De las mujeres en activo el 69,44% desempeñaban trabajos de cuello azul (manual) y realizaban tareas de cuello blanco (intelectual) el 30,56%.

Se valoró la **capacidad física** de nuestras pacientes mediante Ergometría (protocolo de Bruce sobre treadmill) al inicio y fin de la fase II del PRC.

Desde el punto de vista psicológico, analizamos el **índice de depresión** mediante el cuestionario de Zung al inicio y fin del Programa de Rehabilitación.

Método estadístico: Se calculó la media estadística en las variables cuantitativas, comparándose mediante el test de Student.

### Resultados

- La capacidad física al comienzo del PRC expresada en segundos fue de 312,358 $\pm$ 92,574 y al finalizar 372,500 $\pm$ 90,236 segs. Mostrando una mejoría estadísticamente significativa ( $p < 0,00004$ ).

- Desde el punto de vista psicológico, el índice de depresión al inicio del programa fue de 33,324 $\pm$ 6,318, pasando a 29,500 $\pm$ 6,407 cuando finalizó la rehabilitación. Lo cual también muestra significación ( $p = 0,0003$ ).

- De las 15 mujeres que estaban en activo a nivel laboral, se reincorporaron a su puesto de trabajo 9 (60%), a 2 (13%) se les concedió invalidez permanente, 3 mujeres (20%) pasaron al paro y 1 (6,67%) continúa en incapacidad laboral transitoria.

Interrogadas las 20 mujeres, amas de casa, resultó que todas habían reanudado al 100% las tareas domésticas que desarrollaban antes del episodio cardiológico.

Podemos por tanto concluir que el número de mujeres que se reincorpora a su trabajo habitual (fuera o dentro de casa) es del **80,55%**. La invalidez permanente es de 5,55%. La incapacidad transitoria es de 2,7% y en paro el 11,11 %.

**CONCLUSIONES**

- El porcentaje de mujeres que se rehabilitan es mínimo.
- Los PRC mejoran de forma estadísticamente significativa la capacidad física también en mujeres.
- Los PRC disminuyen de forma significativa los índices de depresión.

•La reincorporación a su actividad laboral dentro y fuera de casa es alta.

•Se debe potenciar por tanto la inclusión de las mujeres en los PRC.

**Bibliografía**

-**Cardiopatías en la mujer.** Revista Española de Cardiología 1.994, Vol, 47 Supl.3.

-**Características de la Rehabilitación Cardíaca en mujeres.** De Pablo, Jiménez JJ. Morales M y colaboradores. Revista Española de Cardiología 1.991; 44: 1-103.

-**Mapfre Medicina** "Rehabilitación Cardíaca." Vol. 7, Supl.1,

-**Zung W:** A self rating depression scale. Arch Gen Psychiat 1.965; 12:63-70.



**nos ayudan**

**E**n estos momentos, contamos con la aportación económica de varios laboratorios farmacéuticos y casas comerciales para la financiación del Boletín.

La Asociación agradece vivamente estas aportaciones que sin duda contribuirán a la mejora de la calidad de nuestra publicación.

Estas casas son:

- Bard de España S.A.**
- Boston Scientific**
- Braun**
- Cordis**
- Cormedica**
- Lilly**
- Medtronic**
- Movaco**
- Rovi**

A todos ellos y a los que nos ayuden en el futuro nuestro reconocimiento y gratitud.