

## Cuidados post-infarto: necesarios pero no suficientes

### Rehabilitación cardíaca en la consulta de la Enfermera Comunitaria

**M<sup>a</sup> Jesús Rodríguez García** (Enfermera Comunitaria)

*C.S. Infiesto (Piloña)*

#### Cómo citar este documento

Rodríguez García M J. Cuidados post-infarto: necesarios pero no suficientes. Rehabilitación cardíaca en la consulta de la Enfermera Comunitaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2014 Feb; 2 (1): 12-16

*"Sea lo que fuere que estás destinado a hacer, hazlo ya!  
las condiciones son siempre imposibles". Doris Lessing*

Cuando la revista me pidió contar mis percepciones y experiencias vividas en el programa que llamo indistintamente **"Rehabilitación cardíaca en el paciente postinfartado"** o **"Educación para el autocuidado de la cardiopatía isquémica"**, estuve tentada a rechazar la invitación. Motivos no me faltaban pues otros compromisos y proyectos en marcha ocupaban ya las horas y los días, a lo que se añadía cierta sensación de *"a quién le importa lo que yo diga, a quien le importa lo que yo haga"*, pero una vez que puse el foco de interés en los pacientes y no en mí, pensé que era una buena ocasión para animar a las enfermeras comunitarias a que incluyeran en su agenda a estas personas, que suelen pasar por delante de nuestra puerta y de las que apenas sabemos de ellas si no son población diana de los factores de riesgo cardiovascular y no de todos .

Asociar **Rehabilitación cardíaca y enfermeras comunitarias** puede parecer desmesurado a primera vista , pero no lo es tanto cuando nos acercamos a la definición que propuso la Asociación Americana del Corazón (AHA) en el año 2005: *"La Rehabilitación cardíaca es el conjunto de intervenciones multifactoriales realizadas para optimizar la salud física y psíquica del cardiópata y para facilitar su integración social"*. Existe suficiente evidencia científica que demuestra los beneficios de los Programas de Rehabilitación Cardíaca sobre la morbimortalidad, la disminución de las complicaciones y el aumento de la supervivencia y la calidad de vida. Por su parte, la Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud (2006) considera la realización de estos programas en los centros de salud, como ejemplo de acciones de buena práctica clínica dentro de la Prevención Secundaria de la cardiopatía isquémica.

Estos programas tienden a diferenciarse en tres fases: la fase I, intrahospitalaria, la fase II, extrahospitalaria temprana, y la fase III, extrahospitalaria tardía y es la que deberá continuar el paciente en su domicilio durante toda su vida.

Con estos y otros antecedentes teóricos, pongo en marcha la experiencia que paso a comentar y que tuvo su origen en la elaboración de la Guía de Rehabilitación Cardíaca en Atención Primaria por el grupo de ReccAP- Astur (Red de Enfermería de Cuidados Cardiovasculares de Asturias) con el fin de orientar a las enfermeras en el proceso educativo de pacientes y cuidadores para el autocuidado y el manejo de la cardiopatía isquémica. Contando con la participación del resto de profesionales sanitarios que requiere la atención de estos pacientes, las enfermeras tenemos aquí el campo abonado para desempeñar lo que mejor sabemos hacer, esto es, asesorar, apoyar, educar, motivar, acompañar, entrenar, aliviar, escuchar, orientar...

Según testimonios de personas que han padecido un infarto agudo de miocardio, una vez superada la fase próxima al evento, experimentan sensaciones de miedo, preocupación, inseguridad ante el futuro, negación de la enfermedad, soledad, incertidumbre, pérdida de salud y de la autoimagen, restricciones de la actividad que venían desarrollando y del tipo de ocio..., una brusca sacudida, que altera su equilibrio y que hace necesario un proceso de adaptación en el plano personal, familiar, social y laboral.

Partiendo de estas premisas y de que en el ser humano, lo biológico, lo psicológico y lo comunitario forman un todo que es más que la suma de las partes, me propuse ayudar al paciente para que se adaptara asertivamente a la nueva situación creada por la enfermedad, se sintiera competente y se percibiera autoeficaz en la incorporación y mantenimiento de los nuevos hábitos y modos de vida a adoptar, recuperara la confianza en el funcionamiento de su cuerpo, tomara conciencia del estado anímico y emocional como respuesta a la situación vivida y adquiriera los recursos necesarios para controlar su enfermedad y mejorar su pronóstico en colaboración con los profesionales. Que el paciente alcanzara estos objetivos, iba a depender en buena parte también, y por lo tanto a tener muy en cuenta, del papel fundamental desempeñado por la pareja, la familia, su entorno social y la situación laboral en que se encontraba.

Cuando decidí que era el momento de pasar de lo escrito a la acción, solicité una entrevista con los cardiólogos del Área Sanitaria VI para presentarles el proyecto, darles a conocer la Guía antes mencionada y pedirles su colaboración en el mismo, que en ese momento consistía básicamente en establecer el proceso de derivación de los pacientes de mi zona básica, que hubieran sido ingresados por padecer un infarto agudo de miocardio, y en acordar los criterios de inclusión en el programa.

Con su aceptación e informados también los compañeros del Centro de Salud, empecé a elaborar **el material de apoyo para el paciente** que le entregaría al final de cada sesión, **la metodología y el contenido** de las 9 sesiones de las que constaría el programa. Con la redacción de un manual de ayuda, buscaba ofrecer información relevante, fiable, amena y comprensible, para el paciente y su familia sobre los **componentes** específicos recomendados en los programas de rehabilitación cardíaca extrahospitalarios:

- Qué es la cardiopatía isquémica, cómo se manifiesta, diagnostica y se trata.
- Conocimiento y manejo de la medicación.
- Actividad y ejercicio físico.
- Alimentación.

*"El papel  
desempeñado  
por la pareja, la  
familia, el  
entorno social y  
la situación  
laboral es  
fundamental"*

- Factores de riesgo cardiovasculares.
- Influencia de los aspectos psicoemocionales en el proceso de adaptación y recuperación.
- Información sobre la actividad sexualidad postinfarto.
- Síntomas de alerta y pautas de actuación.
- Familia (pareja, familiares, cuidador). Sesión opcional.

El programa se inició con un varón de 45 años, padre de dos hijos de 13 y 3 años. Presentó el primer infarto de miocardio hacía 9 años, desde entonces ha padecido varias crisis de angor, reinfarto y pluripatología (16 CIAP activos crónicos) causantes de minusvalía, incapacidad y no poco sufrimiento como reconoce, *"he pasado unos años muy jodido, pero ahora vivo el presente y lo que tenga que venir que venga. Procuero hacer lo que está en mi mano, lo que no depende de mí...tengo una buena autoestima y me acepto como soy"*. Su esposa trabaja fuera de casa y él se ocupa de llevar a sus hijos a la escuela, realizar las tareas domésticas, caminar casi todos los días una hora, acudir a las revisiones, bricolar y reparar los juguetes de los niños.



Unos días después, acude otro varón de 42 años que haciendo una ruta en bicicleta, se sintió mal, perdió la conciencia y tras colocarle el DESA pasó unos días en cuidados intensivos. Le colocaron dos injertos coronarios y en estos momentos *"se siente como nuevo, aburrido porque el día se hace largo, pero esperanzado de que me den pronto el alta e irme al extranjero a trabajar"*.

El siguiente varón que se incorpora tiene 61 años, camionero jubilado, y según su relato, desde hacía un mes se sentía con malestar en el pecho, consultó y el médico le dijo que padecía bronquitis, como seguía encontrándose mal, acudió al servicio de urgencias del centro de salud y le derivaron al hospital con diagnóstico de infarto, *"creo que si me hubieran mirado bien, a lo mejor esto no me habría pasado"*. No olvida tomar la medicación, le gusta comer y dice *"no puedo caminar mucho por culpa de la rodilla. No pienso mucho en*

*lo que me ha pasado, ahora me encuentro bien". Según su esposa, "tiene un humor de perros, le ve preocupado y no le gusta nada estar solo".*

Remitido por el médico de AP, llegó un varón de 44 años, casado, padre de una hija de 18 años, trabajador de la madera al que *"el dolor en el pecho y el sudor me pillaron en el monte"*. Se siente muy apoyado por su familia, tiene una actitud bastante positiva hacia sí mismo, aunque a veces le preocupa no poder reincorporarse a su anterior trabajo, *"es lo que me gusta y lo que sé hacer"*. Entra en la consulta siempre sonriente y a la *pregunta "¿cómo estás?"* me responde *"cañón, nunca estuve mejor, ahora me cuido más"*.

El quinto paciente, hasta el momento de escribir este artículo, fue un varón de 51 años copropietario de una empresa de 9 trabajadores, que acudió al hospital conduciendo unos 100 Km. con dolor precordial, en brazo izquierdo y mandíbula. Se ha visto obligado a hacer cambios en su vida, entre otros, abandonar el tabaco y hacer algo de ejercicio físico además de encontrarse de baja laboral. Dice *"no tengo claro por qué me dio esto, sí que fumaba y tenía mucho estrés, pero sigo sin ver el motivo de por qué me pasó. Creo que en poco tiempo volveré a estar como antes y que podré hacer lo mismo que hacía"*. Se ve con capacidad para hacer frente a esta situación aunque ve difícil evitar la sobrecarga de trabajo.



Durante las 9 semanas que duró el programa, en sesiones individuales de unos 40-45 minutos, **el método** empleado fue el siguiente:

- Acogida, resumen de la sesión realizada y presentación del tema a tratar.
- Expresión del paciente de las experiencias y los cambios vividos durante la semana transcurrida. Dudas, aclaraciones, comentarios del contenido tratado el día anterior.
- Revisión de la presencia de síntomas cardiacos, de la adherencia al ejercicio físico, alimentación y tratamiento farmacológico.
- Evaluación de los conocimientos, comportamientos, habilidades, actitudes y recursos, en relación con la materia a tratar en la presente sesión.

- Desarrollo del tema de trabajo de forma interactiva y bidireccional, seleccionando para cada paciente los medios que tengo a mi disposición: folletos, presentaciones, galerías de imágenes, etc. y que mejor podían reforzar su disposición a los autocuidados, sus competencias y su compromiso con el cambio.
- Entrega del texto informativo sobre lo tratado.

La evaluación de los pacientes, según sus opiniones y expresiones de agradecimiento, manifestadas de forma espontánea en el transcurso de los encuentros, la califico de muy satisfactoria; sirva de indicador objetivo indirecto la asistencia de los 5 participantes a las nueve sesiones que componen el programa.

Por mi parte, considero que por tratarse de un servicio con amplia base de evidencia en la mejora de la calidad, cantidad de vida del paciente y en el pronóstico de la enfermedad, innovador, que responde a las necesidades de los pacientes, en unas circunstancias para ellos de incertidumbre y vulnerabilidad, las enfermeras tenemos una gran oportunidad de desarrollar y ejecutar nuestras competencias y responsabilidades, mostrando que somos útiles y resolutivas a la sociedad y al sistema sanitario. El resultado de este tipo de intervenciones es un paciente satisfecho, implicado en su autocuidado, capacitado, activado, empoderado, sin coste económico extra para el sistema sanitario, además de motivante y gratificante para los profesionales. Con esta herramienta llamada **Educación para** (la recuperación y mantenimiento de) **la salud**, aunque hoy denominarlo así no es “cool”, ganamos valor y legitimidad ante los ciudadanos.

En este caso, como en tantos otros, lo más probable es que la implantación de esta iniciativa dependa de la voluntariedad de los profesionales (enfermeras comunitarias y hospitalarias, cardiólogos, médicos de familia, fisioterapeutas) pues tengo pocas esperanzas de que políticos ni gestores sanitarios tengan la intención de incorporarlo a las carteras de servicios que se deberían ofrecer a la población.

### Agradecimientos

Agradezco a Vicente Jesús Albaladejo, cardiólogo del Área Sanitaria VI, su apoyo, confianza, colaboración y este germen de “continuidad asistencial”

### Bibliografía

1. Red de Enfermería de Cuidados Cardiovasculares de Asturias (REccAP-Astur). Rehabilitación Cardíaca en Atención Primaria. Guía de apoyo para el profesional de enfermería. Oviedo: Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias; 2012.
2. Leon, A.S.; Franklin, B.A.; Costa, F.; Balady, G.J.; Berra, K.A.; Stewart, K.J., *et al*; Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease: an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in collaboration with the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*. 2005;111: 369-76.
3. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia>.