

INTRODUCCION

La Fase III comprende el periodo no vigilado de los Programas de Prevención y Rehabilitación Cardíaca (P y RC). Se inicia una vez finalizada la fase anterior o de convalecencia y por tanto con el paciente reincorporado a sus actividades habituales y/o a su trabajo, siendo necesario, a veces, la intervención de los trabajadores sociales de cara a la negociación con las empresas para la adecuación y la readaptación a los puestos de trabajo más acordes con la realidad de los pacientes, así como su inserción en la comunidad.¹

Esta fase, llamada también de Mantenimiento, se desarrolla durante toda la vida del paciente, siendo también conocida como Rehabilitación Cardíaca prolongada o a largo plazo^{2, 3}. Debe asegurar la continuidad del proceso asistencial y de las recomendaciones y actividades aprendidas sin limitación en el tiempo.

Por tanto esta etapa incorpora las actividades de fases anteriores, incluidas la educación, evaluación y control de factores de riesgo, la corrección de ideas erróneas sobre la patología cardíaca, así como un programa de ejercicio estructurado para cubrir las necesidades evaluadas en cada paciente⁴, elementos necesarios para consolidar la modificación de los hábitos de conducta y los cambios en los estilos de vida, siendo en este periodo donde más se evidencian las acciones de prevención secundaria de la Rehabilitación cardíaca⁵.

OBJETIVOS

Esta fase supone el mantenimiento a largo plazo de la actividad física y los cambios en el estilo de vida, por consiguiente hay que sostener ambos componentes y asegurar el cuidado prolongado de estos pacientes para lograr su recuperación óptima. Para ello sus objetivos fundamentales son:⁶

- Disminuir los síntomas y signos de la enfermedad, tanto en reposo como en ejercicio.
- Mejorar la capacidad de trabajo o aptitud física del paciente, teniendo en cuenta su actividad laboral o social específica.
- Reducir la frecuencia de nuevos infartos cardíacos no fatales y de la muerte sú-

bita cardíaca, es decir, disminuir la morbilidad y la mortalidad^{7, 8}.

En este sentido existen numerosos estudios^{9, 10} que avalan que el mantenimiento indefinido de las medidas necesarias para la consecución de estos objetivos en esta fase podrían demostrar que:

- Es posible la regresión de la aterosclerosis coronaria.
- Dicha regresión está influida por la modificación de patrones lipídicos séricos patológicos.
- Cambios saludables en el estilo de vida combinados con la acción de medicación hipolipemiente, cuando está indicada, pueden contribuir con la regresión de la aterosclerosis coronaria.
- Para alcanzar estas modificaciones se requiere el empleo de estas medidas durante períodos prolongados de tiempo, quizás mayores de un año.

CONTENIDOS Y DESARROLLO

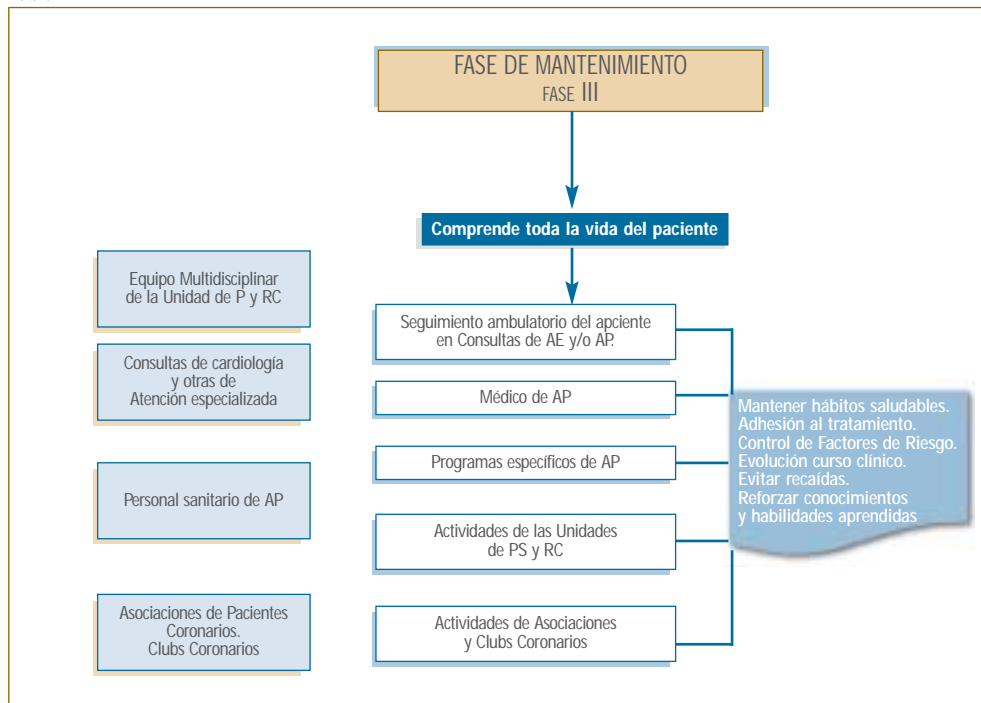
La fase III de los programas de P y RC se desarrolla, de muy diferentes maneras en los distintos países. El carácter multidimensional de las intervenciones, la coordinación de los equipos de atención primaria y especializada, con la colaboración e implicación de las asociaciones de pacientes y el compromiso de las instituciones públicas locales, supone un amplio y complicado engranaje en el que muchos elementos de la sociedad deben estar implicados. En este aspecto, debemos tener en cuenta que el alto número de abandonos de los pacientes en esta fase es considerable, por tanto, para mejorar esta situación se requiere un importante esfuerzo de todos los elementos implicados.

Todos los pacientes que hayan pasado por un programa de P y RC serán candidatos para mantenerse adheridos a un programa prolongado de P y RC, así como pacientes con factores de riesgo, síndrome metabólico o aquellas cardiopatías que a través del desarrollo de todas estas medidas, podrán mejorar su capacidad funcional, su calidad de vida y también prevenir, retardar o disminuir la aparición de eventos cardiovasculares para lograr la regresión¹¹ o disminuir la progresión de la enfermedad si ya estuviera presente.

Actividades: (*Tabla I*)¹²

- El paciente continuará con el cumplimiento de las recomendaciones dadas tras el alta de la fase II
- Asegurar el control periódico de los Factores de Riesgo Cardiovasculares.
- En cuanto a la actividad física debemos plantear al paciente cual es el mejor modo de ponerse en forma, cuales son sus gustos y que estaría dispuesto a realizar de forma regular o mantenida de por vida.
- Las sesiones de entrenamiento deberán ir seguidas por sesiones de relajación.

Tabla 1



- Las Unidades de P y RC organizarán actividades encaminadas a:
 - Ayudar, mantener y reforzar en los pacientes actitudes saludables.
 - Sesiones periódicas de seguimiento, llamadas también “Recordatorios” de control, evaluación y evolución de la enfermedad.
 - Actividades formativas al objeto de asegurar, actualizar y recordar las pautas aconsejadas en fases anteriores.
 - Conectar con los profesionales de Atención Primaria para integrar a los pacientes en los programas de prevención y en los dispositivos de asistencia que estén en funcionamiento.
- El control cardiológico del paciente deberá realizarse con evaluaciones médicas periódicas y las pruebas de esfuerzo evaluativas que su condición clínica requiera.

Programa de entrenamiento Físico

Al final de la fase II se acuerdan planes de ejercicio largo plazo y se organiza la transferencia para su posterior seguimiento⁴. Los pacientes con enfermedad coronaria estable deben ser animados a continuar ejercicio regular aeróbico de intensidad moderado. Algunos pueden crear sus propios programas de ejercicio o utilizar un programa de ejercicio domiciliario y otros prefieren programas de ejercicio cardíaco estructurado en clases formales, el objetivo clave es el cumplimiento a largo plazo, por

tanto el ejercicio debe ser ameno y cómodo¹³. En algunas unidades recomiendan que los pacientes que realicen ejercicios no supervisados tengan al menos una capacidad funcional alrededor de 5 METS¹⁴.

La planificación, prescripción, supervisión y diseño del programa de entrenamiento físico, debemos realizarla tras una valoración de las necesidades vocacionales y recreacionales del paciente, ya que una actividad física adecuada es una valiosa herramienta y constituye la piedra angular de la rehabilitación física, de un estilo de vida saludable y de la adhesión prolongada de los pacientes⁵.

Antes de planificar un programa de entrenamiento de fase III, debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Criterios y orientación del equipo rehabilitador.
- Resultados de la prueba de esfuerzo.
- Magnitud y evolución de la enfermedad.
- Historia de la actividad física del paciente y su estructura osteomioarticular.
- Medicamentos que utiliza.
- Edad y sexo del paciente.
- Actividad laboral del paciente.

Selección del paciente

En algunas unidades se establecen o priorizan criterios para la inclusión de pacientes sobre todo en los programas de entrenamientos comunitarios, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:⁴

- Mejora significativa de la capacidad funcional desde el evento cardíaco.
- Adaptación psicológica a la enfermedad crónica.
- Compromiso para los cambios de estilo de vida a largo plazo.
- Habilidad de realizar ejercicio según prescripción.
- Habilidad de moderar o adecuar intensidad de ejercicio.
- Habilidad de reconocer signos y síntomas de alarma (dolor precordial, etc.).
- Ser capaz de identificar objetivos en relación a la modificación de factores de riesgo cardiovascular.

En general los pacientes con patología cardíaca clínicamente inestable u otras patologías añadidas o con enfermedad psicótica seria, deberían ser excluidos de los programas de entrenamiento físico.¹⁵

El equipo de enfermería deberá continuar con el desarrollo del plan de cuidados necesario para desarrollar estas habilidades y aptitudes en sus pacientes, y proveer junto con el resto de miembros del equipo multidisciplinario los requerimientos necesarios para su consecución y desarrollo, siguiendo las recomendaciones de las guías o protocolos establecidos.

Aunque a grandes rasgos, la mayoría de los pacientes evolucionan bien, otros tienen su salud muy deteriorada. Las personas con enfermedad cardíaca suelen requerir a menudo, ingresos hospitalarios y tienen un riesgo alto de recidivas. Un estilo de vida saludable, teniendo en cuenta la importancia de mantener una disciplina para

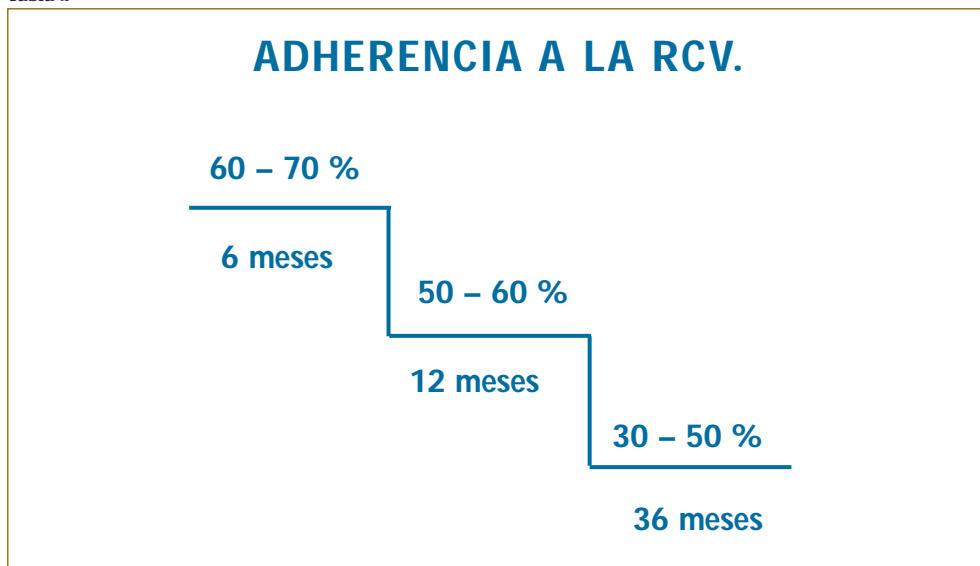
seguir la recomendaciones y la actividad física adecuada a sus preferencias y requerimientos profesionales o vocacionales, es difícil de conseguir y sería conveniente buscar estrategias para facilitar la adherencia prolongada a las medidas de P y RC.

Adherencia al tratamiento

El tratamiento actual de la patología cardiovascular, como enfermedad crónica nos plantea hoy un desafío importante que supone la adherencia de los pacientes a las recomendaciones médicas y sanitarias¹⁶ para el cumplimiento del tratamiento, dietas y de cambios en los estilos de vida. En este sentido la adherencia de los pacientes a los programas de prevención secundaria de forma prolongada representa un elemento decisivo para su éxito.⁵

En la actualidad, numerosos estudios¹⁷ han comprobado la alta frecuencia de abandono sobre todo, de los programas de ejercicios físicos comprometiendo así los beneficios derivados de esta tarea. Según Oldridge¹⁸ (*Tabla 2*) la adherencia a los programas de P y RC sigue una curva negativa que manifiesta un mayor abandono inicial seguido por una disminución a medida que pasa el tiempo^{19, 20}.

Tabla 2



En estos últimos años el concepto de adherencia ha ganado importancia y por ello los investigadores han llegado a identificar las características de los pacientes cumplidores o no cumplidores y han sugerido y analizado métodos para mejorarla²¹ (*Tabla 3*).

Teniendo en cuenta que la adherencia de los programas de P y RC se valora en relación con un tiempo determinado, para la práctica regular y a largo plazo de la actividad física como elemento fundamental de la prevención, tendremos que tener en cuenta la importancia de motivar a los pacientes de tal modo que:

Tabla 3

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON BAJA ADHERENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ■ Fumadores. ■ Obreros u otros trabajadores manuales. ■ Obesos. ■ Anginosos. ■ Poca motivación. ■ Poco apoyo de su cónyuge. ■ Escasos hábitos de actividad física.
<p>OTRAS CONDICIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Poca comunicación entre pacientes y personal sanitario. ■ Horarios. ■ Lejanía del lugar. ■ Ausencia de programas individuales o de grupos. ■ Falta de realización de evaluaciones clínicas o ergométricas periódicas.

- Sientan que consiguen beneficios con la actividad.
- Se incluyan actividades que sean placenteras.
- Aseguremos la realización correcta para evitar complicaciones que llevarían al abandono.
- Las actividades se acomoden a la rutina y disponibilidad diaria.
- Establecer objetivos que se sean alcanzables y si es posible conseguir y mantener un registro que recoja los logros realizados.

Prescripción del tratamiento

El ejercicio físico estructurado se puede llevar a cabo de forma efectiva y segura en la comunidad. Las sesiones de ejercicio podrán ser en algunos casos supervisadas, pero la prescripción del ejercicio deberá ser individualizada, así como la actividad física adicional no supervisada. Para ello es necesario tener en cuenta que:⁴

- El paciente debe haber asistido a las actividades de Fase II y debe ser evaluado por el equipo rehabilitador al terminar.
- Se facilitará el correspondiente informe del alta para hacerlo disponible al equipo de fase III y para el equipo de continuidad de cuidados.
- Se debe obtener consentimiento informado del paciente.
- La prescripción de ejercicio debe ser individual con la colaboración y el compromiso del paciente, que seguirá los mismos principios de la fase 2.
- Se incluirá calentamiento y enfriamiento similar a la fase 2.
- Las sesiones de ejercicio irán seguidas por un periodo de relajación.
- Habrá que reevaluar a todos los pacientes cuando haya cualquier cambio de la evaluación inicial.
- Se hará una revisión regular del progreso del paciente, ajustando la prescripción de ejercicio a sus necesidades.
- Si hubiese deterioro de la capacidad funcional deberá ser remitido a su equipo de atención primaria y/o especializada de referencia.

Fase III de los Programas de Prevención y Rehabilitación Cardíaca

Los programas de ejercicio de fase III, deberá ser dirigidos siempre que sea posible por personal adecuadamente cualificado, con las habilidades y conocimientos apropiados para prescribir y realizar ejercicio de forma segura y eficaz. Deberán estar formados y/o acreditados en este campo, en otros casos podrán ser tutelados y asesorados por los equipos de P y RC, será necesario potenciar las relaciones entre la atención primaria, la especializada y los profesionales del ejercicio, para garantizar la seguridad y la calidad de la atención en los cuidados a los pacientes cardíacos.



Ubicación y seguridad

La ubicación para la práctica del ejercicio físico prescrito o la actividad deportiva permitida podrá realizarse preferiblemente en:

- Polideportivos municipales.
- Centros de atención primaria.
- Gimnasios especializados.
- Asociaciones o clubes de pacientes cardíacos.
- Domicilio del paciente.

Recomendaciones en orden a la seguridad

Los pacientes si no se encuentran bien, estén sintomáticos o clínicamente inestables a su llegada, no deben hacer ejercicio o si presentarán algunos de estos síntomas:⁴

- Con fiebre, gripe o cualquier tipo de infección, indisposición o enfermedad aguda sistémica no deben realizar ejercicio.

- Suspender o no comenzar los ejercicios con dolor precordial, angina no resuelta o inestable.
- No comenzar los ejercicios con presiones arteriales en reposo muy alta (180/100) o más baja de la habitual.
- No comenzar los ejercicios con frecuencia cardíaca en reposo muy alta (taquicardia de más de 100 latidos por minuto) o más baja de la habitual.
- Síntomas nuevos de asfixia, palpitaciones, mareo.
- Hinchazón de tobillos o letargia significativa.
- En presencia de cualquiera de estos signos o síntomas el paciente deberá ser visto por su cardiólogo y/o médico de cabecera²².
- Se ha de instruir a los pacientes a reconocer signos y síntomas de intolerancia al esfuerzo.
- Antes del ejercicio los pacientes deben ser totalmente instruidos en el uso seguro del equipamiento.
- Todos los miembros del equipo deben ser formados en procedimientos de soporte vital básico con actualizaciones regulares según protocolos locales.
- Equipamiento apropiado de resucitación incluido desfibrilador, con al menos un miembro del equipo formado en su uso y soporte vital avanzado, elementos que si es posible, deben estar disponible en cada sesión de ejercicio supervisado.
- Los protocolos para el manejo y actuación en caso de emergencias han de estar accesibles.
- Acceso rápido a servicios de emergencia.
- Se debe mantener el equipamiento regularmente
- El lugar debe ser apropiado con suficiente espacio, adecuada temperatura, ventilación y humedad.
- En la mayoría de los países las directrices actuales recomiendan que 2 personas formadas deben estar presentes en cada momento durante el entrenamiento de ejercicio, teniendo en cuenta el número de pacientes por sesión.
- En la población general, existe a menudo la percepción que el entrenamiento de físico para pacientes cardíacos es peligroso. Pero si se implementan estas medidas de seguridad, los datos disponibles sugieren que los programas de rehabilitación cardíaca en esta Fase tienen muy pocas complicaciones y la incidencia de muerte es 1 por 1,3 millones de horas ejercicio²².

En los países donde los programas están muy desarrollados las guías recomiendan seguir muy estrechamente estas recomendaciones, en nuestro país se está avanzando muy lentamente en este sentido ya que esta fase está poco desarrollada al existir escasas unidades de P y RC, aunque en la actualidad a partir del plan nacional de atención a las cardiopatías y de algunos autonómicos, se están marcando nuevas directrices para su expansión y desarrollo.

Si bien el entrenamiento físico es el caballo de batalla entorno al cual pueden girar diferentes elementos para el control de los factores de riesgo cardiovascular y desde el convencimiento que proporciona multitud de beneficios a otros niveles extensa-

Fase III de los Programas de Prevención y Rehabilitación Cardíaca

mente desarrollado en la fase II, el resto de las actividades a llevar a cabo en la fase III, así como la continuidad de los programas de educación sanitaria, de apoyo psicológico y de seguimiento y manejo de la enfermedad deberán llevarse a cabo en el medio extrahospitalario, a través de los equipos multidisciplinares de Atención Primaria y Especializada.



En este sentido las estrategias para la puesta en marcha de las actividades necesarias para la consecución de los objetivos de esta fase, serán diversas y habrá que ir adaptándolas a la disponibilidad de recursos existentes, a la formación de profesionales y a la propia evolución y desarrollo de las unidades de P y RC.

COORDINACIÓN CON LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Hoy en día los Programas de P y RC deben suponer el uso coordinado y combinado de los recursos médico-sanitarios, educacionales, económicos y sociales que podamos disponer para cumplir con el objetivo de la recuperación del paciente cardíaco¹.

Es la coordinación de las actividades en las medidas de prevención, el gran esfuerzo a realizar para consolidar que la cadena preventiva sea entendida como un proceso asistencial continuo.

Entendiendo que los programas de P y RC son una herramienta que ha demostrado²³ ampliamente una reducción de la mortalidad total y de la morbilidad y mortalidad coronaria y cardiovascular significativas, una mejoría de la calidad de vida, y una reincorporación social y laboral de la mayoría de los enfermos, no es entendible que las unidades de P y RC estén escasamente desarrolladas. En este sentido, para la reflexión, recogemos algunos fragmentos a nuestro parecer interesantes del editorial publicado en el año 2003 en la revista de la Sociedad Española de Cardiología²⁴ por el Dr. Ignacio Plaza sobre el estado actual de los Programas de P y RC en España:

“Es incomprensible que los servicios de cardiología hospitalaria permanezcan con el modelo organizativo centrado sólo en el tratamiento de las crisis agudas de las enfermedades cardíacas, cuando la inmensa mayoría son enfermedades crónicas, y que no hayan puesto en práctica iniciativas para proporcionar una atención más completa a los enfermos con el fin de evitar las recidivas, sobre todo desde que se dispone de una amplia evidencia sobre la reducción de la morbilidad, la mortalidad y los reingresos hospitalarios de estos programas, y cuando la sociedad española demanda cada día más servicios en el área de la prevención cardiovascular, tanto más cuanto más alto es el nivel cultural y económico de la población.

Los beneficios de los programas se atenúan con el paso de los años, por lo que se debe crear una estructura organizativa que una la unidad del hospital con el área sanitaria, que propicie el seguimiento y control de los enfermos de forma permanente.

Este es el gran reto de la cardiología actual: desarrollar la prevención, arrinconada por la espectacularidad de la alta tecnología y el intervencionismo cardiológico, que no se corresponden, en la mayoría de las ocasiones, con los mayores beneficios para la población”.

El adecuado control y seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular, el curso clínico de la enfermedad cardíaca, así como su evolución, morbimortalidad y pronóstico puede mejorar con la implantación de programas de P y RC en la unidad central del hospital y deben prolongarse en el área sanitaria mediante la colaboración de los centros de atención primaria a partir de protocolos comunes que aseguren el seguimiento y la continuidad de la atención²².

Siendo los ciudadanos la razón de ser del sistema sanitario, se hace necesario que la transparencia, la información y la participación sean decisivas para conseguir la satisfacción de sus necesidades y expectativas. Además de asegurar la calidad técnica y el acceso a todo el arsenal diagnóstico-terapéutico la información en las cardiopatías constituye un elemento clave tanto para reducir su morbimortalidad, actuando sobre los factores de riesgo e intervenciones sobre el estilo de vida, así como para mejorar el conocimiento de la enfermedad que ya se ha producido, y como debe ser la implicación en el tratamiento y su seguimiento. En este nivel de atención primaria creemos importante reseñar una serie de intervenciones importantes^{24, 25}:

- Dado que es a este nivel donde se hace preferentemente el seguimiento de los pacientes es importante aprovechar los múltiples contactos con él, para realizar la mayor parte de las actividades relacionadas con la evaluación, tratamiento, control de factores de riesgo, valoración del riesgo cardiovascular y evolución de cara a determinar las prioridades y la intensidad de la intervención, siendo esta mayor, cuanto mayor sea el riesgo determinado. La identificación de necesidades y planificación de actividades a realizar debe quedar siempre reflejada en la historia clínica del paciente.
- Conexión con los equipos de P y RC para asegurar la continuidad de las acti-

vidades y el cumplimiento de objetivos planificados durante la Fase II, así como diseñar y ejecutar actividades preventivas coordinadas con los equipos de P y RC, las consultas especializadas, las asociaciones de pacientes cardíacos y los recursos que la comunidad local ponga a su disposición (delegaciones de salud, educación, servicios sociales...).

- Puesta en marcha de programas específicos desarrollados por personal de atención primaria y/o por otros de especializada que aseguren el seguimiento y una mejor adaptación para el tratamiento y apoyo de hábitos nocivos (tabaco, alcohol), obesidad, actividad física, alteraciones psicológicas, actividad sexual y reinserción sociolaboral, tendentes a favorecer aquellas medidas que eviten las recaídas y el abandono de las pautas recomendadas.
- Desarrollo de programas estructurados de P y RC en el nivel de atención primaria, con intervención de equipos multidisciplinares dirigidos a pacientes en Fase III, que incluyan los diferentes aspectos, educativos, de control y seguimiento de la enfermedad, así como la participación y colaboración con los programas de actividad física llevados a cabo en su área de referencia.
- Colaboración y participación en campañas y programas formativos e informativos organizadas y apoyadas por los equipos multidisciplinares de P y RC, colectivos ciudadanos (asociaciones de pacientes cardíacos, vecinos...) u otras entidades locales de cara a favorecer la adhesión de los pacientes y su entorno familiar a estilos de vida saludables.

A modo de ejemplo exponemos el planteamiento de intervención en Fase III de la Unidad de P y RC del Área de Valme de Sevilla, de la que forma parte la autora de este capítulo (*Tabla 4*).

Tabla 4



Para diseñar las actividades de la fase III dentro del nivel de atención primaria se deberían tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La relación y coordinación entre los centros de atención primaria, los de atención especializada del área sanitaria y las unidades de P y RC
- La cantidad de recursos médico-sanitarios y sociolaborales que puedan disponerse.
- Las características demográficas y socio-culturales de los pacientes.

Aunque no se disponga de un equipo multidisciplinar adecuado para el desarrollo de las actividades multifactoriales que componen el amplio contenido los Programas de P y RC y la extensión para su continuidad en las actividades de fase III (Cardiólogos, médicos de familia, rehabilitadores, especialistas en medicina deportiva, enfermería, fisioterapeutas, psicólogos, asistentes sociales...) debemos de recomendar el desarrollo de cualquier programa específico de intervención que asegure en nuestros pacientes el control de los factores de riesgo, (como ejemplo desarrollar con personal de enfermería programas de educación sanitaria y/o de intervención en cambios en el estilo de vida, modificación de conducta) así como actividades orientadas a el cambio y mantenimiento de hábitos saludables para conseguir evitar el desarrollo de nuevas manifestaciones y complicaciones de la enfermedad.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS

A largo plazo la mayoría de las personas con enfermedad cardíaca reciben la mayor parte de sus cuidados en los servicios de atención primaria y la comunidad, una vez finalizada la fase II, el énfasis de la RC debe estar en el mantenimiento a largo plazo de la actividad física y cambios en los estilos de vida, con la medicación apropiada. Los límites entre los servicios prestados por las unidades de P y RC y los cuidados médicos normales están poco definidos, el objetivo debe ser el cuidado cardíaco integral²⁶.

En líneas generales podemos decir que los programas de P y RC, actúan como escalón o puente de paso desde que el paciente sale del hospital y vuelve al cuidado de la atención primaria.

Después de un evento cardíaco y en las primeras etapas de la rehabilitación cardíaca, el plan de continuidad de cuidados para el seguimiento y evolución del paciente depende de la implicación del mismo con servicios de atención primaria y/o comunitarios. Las revisiones médicas posteriores, las medidas de rehabilitación cardíaca la prevención secundaria y el control de factores de riesgo a menudo se solapan²⁷. Una transición perfecta entre la prestación de servicios de los programas de P y RC realizados en el hospital y el apoyo continuado prestado por personal sanitario, médicos de atención primaria, cardiólogos, otros especialistas, enfermería, requiere una buena comunicación entre todos los implicados en el cuidado de los pacientes.

En algunos servicios se recomienda para mejorar la comunicación e implicar a los pacientes en su propio seguimiento la introducción de un historial a modo de guía o manual guardado por el paciente. Este historial debe incluir el diagnóstico clínico,

procedimientos realizados en el hospital, tratamiento farmacológico, datos del programa de rehabilitación cardíaca y planes para la revisión y alta hospitalaria.

En este historial deberán venir indicadas todas las citas, contactos y la planificación de tareas o actividades a seguir con todos los profesionales sanitarios y debe permitir el seguimiento de cambios en estilo de vida, factores de riesgo y medicación^{4, 28}.

PLANIFICACIÓN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Numerosos estudios y experiencias sugieren o recomiendan la puesta en marcha de un programa de continuidad de cuidados para mantener la adherencia de los pacientes al tratamiento, a los estilos de vida saludables y el mantenimiento un programa de ejercicio físico a largo plazo²⁹.

Enfermería en atención primaria juega un papel fundamental, estableciendo pautas y consejos a nivel individual para el seguimiento y cumplimiento terapéutico óptimo, si bien se deben crear los vínculos necesarios para conseguir hacer al paciente cómplice y responsable de su propio cuidado. Del mismo modo debe asegurar que sus pacientes sean conscientes de la necesidad de seguir llevando un estilo de vida saludable y mantenerse adheridos al tratamiento y las pautas recomendadas^{30, 31}, para mantener el beneficio de la reducción del riesgo cardiovascular y la aparición de nuevos eventos cardiovasculares.

En algunos países la puesta en marcha de clínicas o programas organizados, para el control de los factores de riesgo y la continuidad de cuidados llevados por enfermeras ha demostrado ampliamente su eficacia^{32, 33}.

En Irlanda existen estas clínicas llevadas por enfermeras especializadas (nurse-led.CR. clinic).³⁴ Este equipo revisa a los pacientes bajo petición médica en función de su patología y con la colaboración del equipo multidisciplinario. El programa de cuidado es llevado a cabo por enfermeras autónomas experimentadas, que están preparadas para proveer cuidados de alta calidad, siguiendo la práctica basada en la evidencia. El equipo de enfermería y un fisioterapeuta capacitado, están formados en soporte vital avanzado y actúan siguiendo las recomendaciones de las guías de P y RC irlandesas, y son competentes para evaluar las complicaciones surgidas (dolor torácico, valoración de ECG...).

Este servicio ha demostrado ampliamente sus beneficios y el desarrollo de estos programas los mejorado de forma significativa los resultados clínicos.

La evaluación de este proyecto ha demostrado:

- Que los problemas y complicaciones de eventos cardíacos pueden ser tratados llevados eficazmente por un programa de enfermería. Dado que el cuidado clínico de pacientes cardíacos es largo y costoso, la RC puede producir beneficios económicos, por la disminución de reingresos y mayor número de reincorporación laboral.
- El entrenamiento físico estructurado más el apoyo continuo psicológico, educacional y consejos sobre factores de riesgo pueden llevarse a cabo de forma efectiva y segura en la comunidad.

- Es necesario identificar y tratar las creencias y los conceptos erróneos de salud de los pacientes y seguir las recomendaciones de las guías existentes³⁵.
- Es conveniente realizar una valoración sobre ansiedad y depresión a través de encuestas validadas antes del alta del programa y repetirlo cada tres meses si es conveniente. Esto permitirá evaluar el pronóstico de los pacientes para hacer un seguimiento con la progresión adecuada, y de esta manera poder tratar a aquellos diagnosticados de ansiedad o depresión y valorar aquellos tratamientos que puedan tener efectos adversos para la enfermedad cardíaca.

En este sentido sería conveniente disponer de enfermeras especializadas en esta área, que desde un enfoque activo, motivador y participativo, sean capaces de marcar objetivos y recoger los logros y los avances realizados por los pacientes, sobre todo en pacientes complicados o de más alto riesgo³⁶.

PAPEL DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN LOS PROGRAMAS DE P Y RC

La enfermería comunitaria deberá realizar una valoración de la situación de los pacientes para adaptar los servicios a las necesidades de los individuos^{37, 38}.

Existen grupos desfavorecidos socialmente, mujeres, personas mayores^{39, 40} o con escasos recursos, que más difícilmente van a participar en los programas de P y RC, deberán disponerse los recursos adecuados para que enfermería pueda evaluar las necesidades de estos individuos, tratar sus problemas y facilitar su participación con éxito en la rehabilitación cardíaca^{41, 42}.

Un mejor acceso a la rehabilitación cardíaca debería aumentar los niveles de participación, reducir inequidad sanitaria,⁴³ aumentar la expectativa de la vida y el número de años en que las personas estén libres de minusvalía.

Sería conveniente recoger información sobre las necesidades y prioridades de salud de las comunidades locales y las enfermeras de atención primaria o comunitaria deben estar bien situadas para ayudar a identificarlas.

Es importante destacar el papel que juega la enfermería de enlace y/o comunitaria para facilitar la buena comunicación entre todos los profesionales implicados en la rehabilitación cardíaca, esto puede ayudar a aliviar sufrimiento y preocupación, no solo para los pacientes sino también para sus familiares y amigos. El equipo de atención primaria o comunitaria, con conocimiento detallado del entorno, historial médico y social del paciente, debe de compartir tareas y planificar entre todos los miembros del equipo multidisciplinario las actividades, así como, entre los diferentes niveles de la asistencia, tanto desde la atención primaria como especializada, para ayudar a facilitar la implicación temprana y adecuada de los pacientes y sus familiares en los programas de P y RC.^{4, 36}

En la mayoría de los países podemos encontrar una gran variación en el contenido y desarrollo de los programas de P y RC ofertados a los pacientes.^{41, 44} Para que la atención de estos servicios sea prestada de una manera efectiva dentro del marco co-

munitario, debería ponerse en marcha una red de comunicación coordinada entre todos los equipos involucrados y prestadores de estos cuidados.

En algunos de estos países existen enfermeras de enlace comunitario especializadas en cardiología que están llevando a cabo un sistema integrado y perfecto de P y RC, que permite ofertar a los pacientes una elección entre los programas de P y RC domiciliarios o realizados en el hospital^{27, 45}.

Estos programas están generalmente dirigidos a los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca, donde las enfermeras de enlace juegan un papel fundamental⁴⁶. La enfermera responsable de la P y RC domiciliaria realiza un servicio individualizado y flexible, después del ingreso hospitalario, incluyendo apoyo emocional, educacional y de ejercicio.

Los criterios para la exclusión de pacientes para la atención domiciliaria los podemos resumir en:

- Habilidad cognitiva escasa y pacientes sin cuidador principal.
- Personas que no deseen recibir apoyo.
- Pacientes ingresados en clínicas de cuidados intermedios.
- Enfermos tratados por otros especialistas.
- Pacientes con enfermedad terminal.
- Problemática social añadida.

En Nueva Zelanda, Australia, Estados Unidos también existe una amplia y documentada experiencia en este sentido^{29, 28, 35}.

Otra experiencia relevante en este campo es la labor que están desempeñando las enfermeras de enlace cardíaco en pediatría, para niños y jóvenes diagnosticados de cardiopatía congénita o adquirida y sus familias, siendo consideradas como un valioso recurso para apoyar a las familias y a los niños cardíacos en su relación con los servicios de cardiología pediátricos y en comprender y adaptarse a su enfermedad y su evolución para su cuidado⁴⁷.

Estas enfermeras dan provisión de cuidados de alta calidad dependiendo de la disponibilidad de enfermeros con la formación adecuada, competentes y con las habilidades requeridas, para ello necesitan una formación actualizada y tener habilidades para apoyar a las familias.

El rol que desempeñan estas enfermeras podríamos resumirlo en:

- Deben ser enfermeras cualificadas con experiencia en la especialidad de cardiología.
- Actúan como puente entre casa-comunidad y cuidado cardíaco en el hospital asegurando continuidad de cuidado y comunicación efectiva a través de todo el proceso.
- En colaboración con pacientes y familia ha de evaluar las necesidades holísticas de los pacientes con relación a su enfermedad.
- La enfermera de enlace negocia, implementa, evalúa el plan de cuidados acordado, centrado en el paciente y su familia.

- Tendrá responsabilidad para la coordinación de los cuidados de enfermería dentro de la comunidad y el apoyo del paciente y su familia será un recurso especializado para los cuidados multidisciplinario de los pacientes.
- Deberán evaluar el seguimiento y resultados de su trabajo.
- Deberán tener los conocimientos necesarios y el personal de nueva incorporación deberá ser tutelado por otros profesionales expertos y disponer de las habilidades y competencias requeridas hasta que hayan adquirido la experiencia adecuada.

En los últimos años las enfermeras de enlace han aumentado su trabajo, siendo solicitada su intervención cada vez con más frecuencia por pacientes y familiares. En estos países la labor de la enfermería de enlace ha demostrado, que la integración de estos servicios tanto en la atención primaria como en los programas comunitarios, mejoran las intervenciones en la prestación y calidad de los cuidados y en el seguimiento para un mejor pronóstico y evolución de los pacientes.

INTEGRACIÓN DEL PACIENTE EN LOS RECURSOS COMUNITARIOS

En el entorno comunitario podremos encontrar algunos pacientes que solicitarán el apoyo y colaboración de los grupos de autoayuda, pero no todos querrán asistir a estos grupos o hablar de sus problemas de salud con otras personas. No debemos olvidar la necesidad de ajustar los servicios a realidad de los pacientes y a la medida de las necesidades particulares de cada individuo⁵. Para aquellos pacientes que no tengan la oportunidad o no se sienten capaces de participar en programas formales o convencionales de rehabilitación, las oportunidades para promover y mejorar su salud está principalmente en manos de la enfermería de atención primaria y/o comunitaria.

Debemos tener en cuenta que además de reconocer las limitaciones de los servicios sanitarios para atender y en mejorar la salud de estos individuos, será conveniente solicitar otras fuentes de ayuda o de soporte social existentes en la comunidad para promover la salud física y psicosocial de estas personas y facilitar su integración en las redes sociales de apoyo o asociaciones de pacientes cardíacos que constituyen un valioso elemento para facilitar su socialización, mejorar su autoestima y propiciar actitudes para la participación y compromiso en su propio cuidado, y de esta manera conseguir una mejora de su calidad de vida y su desarrollo integral como persona.

ASOCIACIÓN DE PACIENTES CARDÍACOS

Las Asociaciones de Pacientes Cardíacos constituyen una herramienta esencial para la consolidación de las actividades de Fase III.

Podemos definir las asociaciones de pacientes cardíacos bajo los siguientes aspectos:

Fase III de los Programas de Prevención y Rehabilitación Cardíaca

- Grupo de ciudadanos que demandan y ofrecen ayuda social.
- Agrupación espontánea de pacientes rehabilitados legalmente establecidos.
- Ubicados en espacios y locales públicos.
- Están asesorados por los equipos de P y RC.
- Proponen y realizan actividades educativas, de reentrenamiento y recreacionales.
- Son un instrumento básico para la prevención de la población.
- Representan un sector de la sociedad organizado y con un peso político.

Los objetivos principales o finalidad de las asociaciones de pacientes cardíacos podemos agruparlas en:

- Mantener cambios en el estilo de vida.
- Establecer vínculos que aseguren las actividades de prevención secundaria .
- Realizar entrenamiento físico.
- Favorecer el apoyo psicológico.
- Fomentar la salud mediante la prevención de las enfermedades cardiovasculares.
- Estimular la puesta en marcha de unidades de P y RC.
- Organizar actividades que favorezcan la adhesión, promoción y cambios de estilos de vida saludables, para evitar el abandono de los programas.
- Colaborar en la mejora de la calidad de vida.
- Puesta en marcha de voluntariado para enfermos y familiares.
- Favorecer la conexión con las redes de apoyo institucional y con programas específicos dentro del marco comunitario.
- Demandar y colaborar en las actividades de investigación.

En nuestra experiencia las asociaciones de pacientes cardíacos son fundamentales y han contribuido a que⁴⁸:

- El paciente como individuo obtenga beneficios incuestionables.
- El grupo aumente la adherencia al ejercicio, evitando los abandonos.
- La relación entre sus miembros aporte beneficios Psicológicos.
- Colaboren, por su gran incidencia social, en el apoyo para el mantenimiento de hábitos de vida cardiosaludables de la población.
- Favorezcan y estimulen la formación continuada del paciente en los temas relacionados con su enfermedad.

Nos parece interesante presentar a modo de ejemplo el esquema propuesto para la puesta en marcha de las actividades de fase III en colaboración con atención primaria, en la arquitectura de nivel 4 de los Procesos Asistenciales dentro del proceso Dolor torácico y que planteamos para el desarrollo del plan funcional de P y RC en área sanitaria del hospital de Valme, ya que recoge ampliamente algunas de las ideas y contenidos tratados en este tema (*Tabla 5*).

Tabla 5

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO (PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CARDIACA)					
Arquitectura de nivel 4. Área Hospitalaria de Valme (Fase III)					
¿Qué?	¿Quién?	¿Cuándo?	¿Dónde?	¿Cómo?	Necesidades
Fase III Mantenimiento y adherencia de hábitos saludables.	Equipo multidisciplinario de la UPyRC y de Atención Primaria (AP). Consultas atención especializada área. Personal sanitario de AP. Asociaciones de pacientes cardíacos. Responsables locales (Ayuntamientos, Entidades deportivas...)	Al concluir el programa prescrito y durante toda la vida del paciente	Unidad de P y RC Valme y AP. Asociaciones de pacientes cardíacos. Recursos municipales y de la comunidad.	1. Asegurar la coordinación y la continuidad de los cuidados y control de factores de riesgo en AP y consultas especialidad. 2. Desarrollar actividades de Prevención que incluye actividad física y programas educativos continuados integrando a cuidadores y familiares.	1. Coordinación equipo de UP y RC con AP, asociaciones de pacientes, entidades colaboradoras y responsables locales (Ayuntamientos, delegaciones de salud, colegios, patronatos de deportes...).
Fase III Desarrollo y continuidad programa de voluntariado de pacientes.	Equipo multidisciplinario de la UPyRC y de Atención Primaria (AP). Otras unidades de apoyo o entidades colaboradoras. Asociaciones de pacientes cardíacos	De forma permanente	Hospital de Valme. Localidades del área. Asociaciones de pacientes cardíacos. Entidades colaboradoras. Colegios...	1. Visitas pacientes. 2. Desarrollo programas de intervención específicos (tabaquismo estilos de vida saludables). 3. Propuestas de mejora asistencial.	1. Formación del voluntariado. 2. Colaboración y asesoramiento de otras unidades.
Fase III Promoción, asesoramiento y coordinación de asociaciones de pacientes cardíacos	Equipo multidisciplinario de la UPyRC y de Atención Primaria (AP)	De forma permanente	Hospital de Valme. Localidades del área. Asociaciones de pacientes cardíacos. Entidades colaboradoras. Colegios...	1. Promover actividades. 2. Encuentros de cardíacos (días del corazón). 3. Definir líneas estratégicas de intervención que asegure la continuidad de las actividades y la autogestión de las asociaciones.	1. Formación con pacientes más motivados y directivos. 2. Financiación de actividades. 3. Coordinación con organismos locales y entidades colaboradoras.

PROGRAMAS COMUNITARIOS, ASOCIACIONES Y CLUBS DE PACIENTES CARDIACOS A NIVEL MUNDIAL

En la actualidad la Fase III se practica de forma muy diferente en los distintos países o no se practica, y se desarrolla en gran medida gracias a la existencia de asociaciones de pacientes cardíacos, también llamados clubs coronarios, cuya finalidad es la de practicar las actividades a largo plazo, de una manera ordenada y controlada.

En Alemania los grupos o asociaciones de pacientes cardíacos son dirigidos por médicos, con preferencia cardiólogos. Existen unos 2.600 grupos de cardíacos. Holanda cuenta con unas 150 asociaciones y/o clubs de cardíacos⁵⁰.

En Francia, actualmente, los clubs de cardíacos se agrupan en dos Federaciones: La Asociación Francesa de cardiología, cuyo principal objetivo es la prevención primaria e incluye también cardiopatas rehabilitados y se financian con el aporte de la Sociedad Francesa de cardiología, bonificaciones del Ministerio de Salud y donaciones de toda la población. Son asesorados por cardiólogos o médicos generalistas y en algunas ciudades, la animación de los grupos está a cargo de los mismos enfermos que han hecho cursos especiales de formación. La Fédération Française d'Entraînement Physique dans le Monde Moderne, depende del Ministerio de Juventud y Deportes, con el objetivo principal de estimular las actividades físicas, especialmente deportivas a nivel de la población en general y de la juventud en particular. La incorpora-

ción de los Clubs de cardíacos amplió sus objetivos para la continuación de actividades físicas de enfermos coronarios rehabilitados y el estímulo de la PS.

En algunos países como Canadá existen programas comunitarios de P y RC, dirigidos por cardiólogos, conectados con los centros hospitalarios donde participan médicos de familia y medicina deportiva⁴⁹.

En EEUU se desarrollan programas comunitarios, basados en una red de instalaciones comunitarias municipales y clubs de cardíacos conectados con el servicio de cardiología y con su hospital de referencia, con la participación de médicos generales.^{49, 50}

En Europa los programas se desarrollaron con la misma estructura de interconexión con hospitales cercanos y con flujo bidireccional de pacientes.

En Bélgica existen también estos programas comunitarios llevados a cabo por los clubs coronarios con subvenciones propias y aportaciones públicas.⁵¹

En los países Nórdicos, Suecia y Finlandia^{53, 54}, los programas comunitarios tienen un amplio desarrollo, ofreciéndose como una buena alternativa en pequeñas comunidades en las que el hospital no cuenta con instalaciones para la realización de Fase III e incluso en Fase II en pacientes de bajo riesgo, constituyendo una extensión de las instalaciones hospitalarias. Se incluyen pacientes de bajo y/o medio riesgo según la experiencia del equipo a cargo de los programas.

Estos programas comunitarios han ido aumentando progresivamente en los últimos años y al ser de menor coste, han sido incorporadas por algunas empresas americanas para reincorporar lo antes posible a sus trabajadores y prevenir recidivas o recaídas⁴⁹.

En Cuba existe un Programa Nacional de RC que es supervisado y cuenta con la colaboración de las asociaciones de pacientes cardíacos "Amigos del Corazón". La fase III se lleva a cabo en los mismos lugares que las otras fases pero principalmente en las "áreas terapéuticas", centros deportivos u otras instalaciones de la comunidad, con las condiciones mínimas requeridas, bajo la supervisión del médico de familia o profesores de Educación Física y están en estrecho contacto con otros especialistas.

En Nueva Zelanda existe una red de grupos o clubs de cardíacos a lo largo de todo el país, afiliados al Nacional Heart Fondation. Estos clubs hacen ejercicio programado, tienen grupos para familiares (cónyugues) y organizan actividades deportivas y encuentros varias veces al año.^{50, 54}

En este sentido la aplicación y desarrollo de programas de P y RC, incluyendo programas prolongados, tiene implicaciones financieras importantes que dependen del ordenamiento socio-económico de cada país. Oberman⁵⁵ ha calculado que los costes indirectos de salud por cardiopatía isquémica triplican los directos, si se tienen en cuenta la pérdida de salario, incapacidad laboral y compensación de la seguridad social, esto significa un fuerte impacto económico sobre la sociedad en cuestión. En este contexto parece justificada la necesidad de incrementar la puesta en marcha estos programas ya que han demostrado que mejoran la calidad de vida, la reincorporación y productividad laboral⁵⁶ y que tienen una relación costo-efectividad demostrada,⁵⁷ además de sus efectos positivos sobre la morbilidad y mortalidad de las cardiopatías⁷.

En otros aspectos, parece importante reseñar que el mantenimiento de los hábitos de vida saludables de la población como elemento preventivo de eventos cardiovasculares es difícil de conseguir y supone un proceso de aprendizaje, desarrollo y puesta en práctica de habilidades que debe mantenerse toda la vida. Esto constituye un verdadero reto en el que muchos elementos de la sociedad deben estar implicados. Por otro lado, la propia característica de este proceso que debe ser continuo y mantenido, añade dificultades para conseguir los objetivos de mejora de la salud y calidad de vida de nuestra población.



Por tanto, desde las Unidades de P y RC se debe propiciar el empleo y la rentabilización de los recursos públicos ya existentes en la comunidad, tanto para la realización de ejercicio, como para otras actividades de salud, ocio, recreacionales, etc., así como la creación de asociaciones de pacientes, ya que estas van a jugar un papel primordial para que el paciente prolongue de forma mantenida las actividades de prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deyanira, Almeida; *Rehabilitación Cardíaca*. Hospital Universitario de Caracas.
2. Tormo, Alfonso V.; *Rehabilitación cardíaca a largo plazo*. Rev. Esp. Cardiol. 1995; 48 (Suppl 1) : 39-44.
3. Velasco, J.A.; Maureira, J.J.; *Rehabilitación a largo plazo*. Asociaciones o grupos de cardíacos rehabilitados. En: Velasco, J.A.; Maureira, J.J.; eds. *Rehabilitación del paciente cardíaco*. Barcelona: Ediciones Doyma, 1993:107-12.
4. *Guidelines for Cardiac Rehabilitation in Northern Ireland*. May 2006
<http://www.crestni.org.uk/publications/cardiac-rehab-guidelines.pdf>
5. Rivas Estany, E.; *Fase de mantenimiento de la rehabilitación cardíaca*. Rev. Cubana Cardiol. Cir. Cardiovascular 1999; 13 (2): 149-57.
6. Rivas Estany, E.; Ponce de León Aguilera, O.; *Rehabilitación cardíaca integral: conceptos, objetivos y formas de aplicación*. Rev. Cubana Cardiol. Cir. Cardiovasc. 1988;2:29-41.
7. Hedbäk, B.; Perk, J.; Perski, A.; *Effect of a post-myocardial infarction rehabilitation program on mortality, morbidity and risk factors*. J. Cardiopulm. Rehabil. 1985;5:576-83.
8. Hämaläinen, H.; Luurila, O.J.; Kallio, V.; Kunts, L.R.; Arstilia, M.; Hakkila, J.; *Long-term reduction in sudden deaths, after a multifactorial intervention programme in patients with myocardial infarction*. 10-year results of a controlled investigation. Eur. Hear. J 1989; 10:55-62.
9. Blankenhorn, D.H.; Johnson, R.L.; Nessim, S.A.; Azem, S.P.; Sanmarco, M.E.; Selzer, R.M.; *The Cholesterol Lowering Atherosclerosis Study (CLAS) design, methods, and baseline results*. Control Clin Trial 1987; 8: 345-87.
10. Arutzenins, A.C.; Kromhout, D.; Barth, J.A.; Reiber, J.H.; *Diet, lipoproteins, and the progression of coronary atherosclerosis*. The Leiden Intervention Trial. N Engl. J. Med. 1985; 312: 805-11.
11. LaFontaine, T.; *The role of lipid management by diet and exercise in the progression, stabilization and regression of coronary artery atherosclerosis*. J. Cardiopulm Rehabil. 1995; 15: 262-8.
12. Vazquez Gracia, R.; (coordinador) *et al. Proceso Asistencial Integrado. IAM con elevación de ST Edición 2007*. Consejería de Salud Junta de Andalucía ISBN: 978-84-690-9496-9.
13. Bittner, V.; Oberman, A.; *Efficacy Studies in Coronary Rehabilitation*. Cardiol Clin. 1993; 11: 333-47.
14. Hamm, L.F.; León, A.S.; *Exercise training for the coronary patient*. En: Wenger, N.K.; Hellerstein, H.K.; *Rehabilitation of the coronary patient*. 3 ed. Nueva York: Churchill Livingstone, 1992; 367-402.
15. Fallon, Noeleen; Ingram, Shirley; *Role of cardiac rehabilitation Continuing Education Series* (Module 12: Cardiology: Part 3), March 2006 Vol 14 (3) 35-36.
<http://www.ino.ie/DesktopModules/Articles/ArticlesView.aspx?TabID=6181&ItemID=5587&mid=18177>
16. Haynes, R.B.; Introducción. En: Haynes, R.B.; Taylor, D.W.; Sackett, D.L.; eds. *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University, 1979;1-10.
17. Wilhelmsen, L.; Sanne, H.; Elmfeldt, D.; Grimby, G.; Tibblin, G.; Wedel, H.; *A controlled trial of physical training after myocardial infarction*. Prev Med 1975; 4: 491-508.
18. Oldridge, N.B.; *Compliance with cardiac rehabilitation services*. J. cardiopulm. Rehabil. 1991; 11: 115-27.

19. Marra, S.; Paolillo, V.; Spadaccini, F.; Angelino, P.F.; *Long-term follow-up after a controlled randomized post-myocardial infarction rehabilitation programme: effects on morbidity and mortality.* Eur Heart J 1985; 6: 656-63.
20. Oldridge, N.B.; *Cardiac rehabilitation exercise programme: Compliance and compliance-enhancing strategies.* Sports Med 1988; 6: 42-55.
21. Vidmar, P.M.; Rubinson, L.; *The relationship self-efficacy and exercise compliance in a cardiac population.* J. Cardiopulm. Rehabil. 1994; 14: 246-54.
22. Taylor, A.; Bell, J.; Lough, F.; *In Physiotherapy for Respiratory and Cardiac Problems* (3rd Edition) Pryor, J.A.; Annani Prasad, S.; eds. 2002; 493-513 Churchill Livingstone. Edimburgh.
23. Plaza Pérez, I.; *et al.* (Sección de Cardiología Preventiva) Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca en España; Rev. Esp. Cardiol. 1996; 49 (8): 549-533.
24. Plaza Pérez, I.; Estado actual de los programas de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca en España; Rev. Esp. Cardiol. 2003; 56 (8). 757-60.
25. Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007. Ministerio de Sanidad y Consumo 2003. Centro de Publicaciones.
26. Guideline 57 Section 5: Long term follow up
www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/57/section5.html Acceso 20 Diciembre 2008.
27. Lewin, B.; Robertson, I.H.; Coy, E.L.; Irving, J.B.; Campbell, M.; *Effects of self-help post-myocardial-infarction rehabilitation on psychological adjustment and use of health services.* Lancet 1992; 339; 1036-40.
28. Cardiac rehabilitation using a phased approach patient held record.
www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/Download.aspx?resID=51021 Acceso 4 Diciembre de 2008.
29. Cupples, M.E.; McKnight, A.; *Five year follow up of patients at high cardiovascular risk who took part in a randomised controlled trial of health promotion.* BMJ 1999; 319: 687-88.
30. McAlister, F.; Lawson, F.M.; Teo, K.K.; Armstrong, P.W.; *Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review.* BMJ 2001; 323: 957-62.
31. Belardinelli, R.; Georgiou, D.; Cianci, G.; Purcaro, A.; *Randomized, controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure: effects on functional capacity, quality of life, and clinical outcome.* Circulation 1999; 99: 1173-82.
32. Campbell, N.C.; Thain, J.; Deans, H.G., *et al.* *Secondary prevention clinics for coronary heart disease: randomised trial of effect on health.* BMJ 1998; 316: 1434-37.
33. Campbell, N.C.; Thain, J.; Deans, H.G.; Ritchie, L.D.; Rawles, J.M.; *Secondary prevention in coronary heart disease: a randomised trial of nurse led clinics in primary care.* Heart 1998; 80: 447-52.
34. Fallon, Noeleen; Ingram, Shirley. *Role of cardiac rehabilitation Continuing Education Series* (Module 12: Cardiology: Part 3), March 2006 Vol 14 (3) 35-36.
<http://www.ino.ie/DesktopModules/Articles/ArticlesView.aspx?TabID=6181&ItemID=5587&mid=18177>
35. Cardiac rehabilitation: results of a national survey.
http://www.bjcardio.co.uk/pdf/2234/Vol12_Num5_September-October_2005_p361-366.pdf
Acceso 25 Noviembre de 2008.

36. Lewin, B.; Robertson, I.H.; Coy, E.L.; Irving, J.B.; Campbell, M.; *Effects of self-help post-myocardial-infarction rehabilitation on psychological adjustment and use of health services*. Lancet 1992; 339; 1036-40.
37. Investing for health: a consultation paper. Dept. of Health, and Social Services and Public Safety (Northern Ireland); November 2009.
38. Dusseldorp, E.; van Elderen, T.; Maes, S.; Meulman, J.; Kraaij, V.; *A meta-analysis of psycho-educational programs for coronary heart disease patients*. Health Psychol 1999; 18: 506-19.
39. Pell, J.; Pell, A.; Morrison, C.; Blatchford, O.; Dargie, H.; *Retrospective study of influence of deprivation on uptake of cardiac rehabilitation*. BMJ 1996; 313: 267-68.
40. Cooper, A.; Lloyd, G.; Weinman, J.; Jackson, G.; *Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs*. Heart 1999; 82: 234-36.
41. Thompson, D.R.; Bowman, G.S.; Kitson, A.L.; *Cardiac rehabilitation in the United Kingdom and audit standards*. Heart 1996; 75: 89-93.
42. Lane, D.; Carroll, D.; Ring, C.; Beevers, D.G.; Lip, G.Y.H. *Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction*. Jnl. Psychosom. Res. 2001; 51: 497-501.
43. *Second Joint task force of European and other societies on coronary prevention*. Prevention of coronary heart disease in clinical practice: recommendations. Eur. Heart J. 1998; 19: 1434-503.
44. NHS Scotland. *Coronary Heart Disease/Stroke Task Force Report*. Edinburgh:Scottish Executive; 2001.
45. Dalal, H.; Evans, P.H.; *Achieving national service framework standards for cardiac rehabilitation and secondary prevention*. BMJ. 2003;326:481-84.
46. Harbour Health Campus-Cardiac Rehabilitation Program.
http://www.ncahs.nsw.gov.au/services/results_detailed.php?serviceid=853 Acceso 15 Noviembre 2008.
47. Sub-group report paediatric. Cardiac liaison service
<http://www.advisorybodies.doh.gov.uk/childcardiac/cardiacliaisonnursing.pdf> Acceso 22 Noviembre 2008.
48. Desarrollo fase III de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca. Papel de las asociaciones de pacientes cardíacos como promotores de salud
www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/ciudadano/actividad/ Acceso 4 Diciembre de 2008.
49. Velasco, J.A.; *et al*. Rehabilitación del paciente cardíaco. Ediciones Doyma 1993. ISBN: 84-7592-446-8. Capt 10 Rehabilitación a largo plazo. Asociaciones o grupos de cardíacos rehabilitados.
50. Dafoe, W. A.; *et al*. *Program models for cardiac rehabilitation*. Clinical Cardiac Rehabilitation. A Cardiologist's Guide. 446-478. Baltimore 1999.
51. Broustet, J.P.; *Rehabilitation of cardiac patients in France*. Rev. Lat. Cardiol., 9/5: 298,302; 1988.
52. Hamalainen, H.; *et al*. *Community approach in rehabilitation and secondary prevention after acute myocardial infarction*; results of a randomized clinical trial. J. Cardpulm. Rehabil. 11; 221-226; 1991.
53. Perk, J.; *et al*. *Cardiac rehabilitation: evaluation of long- term programme of phsyical training for out-patients*. Scand. J. Rehabil. Med, 22: 15-20; 1989.
54. Cardiac Rehabilitation The role of the cardiac rehabilitation services. BN, Dip.Hom.
www.nzno.org.nz/includes/download.aspx ID=22925. Acceso 5 Diciembre de 2008.

55. Oberman, A.; *Rehabilitation of patient with coronary artery disease*. En: Braunwald, E.; ed. Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine. 2 ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1984: 1384.
56. Rivas Estany, E.; Ponce de León Aguilera, O.; Sin Chesa, C.; Hernández Cañero, A.; *Reprise du travail après infarctus du myocarde. Rôle de la réadaptation cardiaque*. Inform Cardiol 1988; 12: 845-9.
57. Maroto Montero, J.M.; Pablo Zarzosa, C. de; Morales Durán, M.D.; Artigao Ramírez, R.; *Rehabilitación cardíaca. Análisis de coste-efectividad*. Rev. Esp. Cardiol. 1996; 49: 753-8.
58. Oldridge, N.B.; Guyatt, G.H.; Fischer, M.E.; Rimm, A.A.; *Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomized clinical trials*. JAMA 1988; 260: 945-50.
59. O'Connor, G.T.; Buring, J.E.; Yusuf, S.; Goldhaber, S.Z.; Olmstead, B.A.; Paffenbarger, R.S.; *et al. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction*. Circulation 1989; 80: 234-44.