

MÓDULO 4

PROGRAMA EDUCATIVO Y ACTIVIDAD SEXUAL



Pascual M. García Hernández

Unidad de Prevención y Rehabilitación Cardíaca
Servicio de Cardiología
Hospital Universitario San Cecilio
Granada

Abreviaturas

Introducción

Capítulo I: Programas educativos en prevención y rehabilitación cardíaca

Conceptos

Teorías

Objetivos

Capítulo II: Programa educativo

Métodos bidireccionales

— Individual

- Entrevista motivacional

- Consejo profesional

- Historia de enfermería

— Grupal

Métodos unidireccionales

Capítulo III: Evaluación de los programas educativos

Técnicas y habilidades en la comunicación

Características de la comunicación oral individual o grupal

Capítulo IV: Desempeño sexual en la cardiopatía isquémica

Introducción

Actividad sexual

— Cuando iniciarlas

— Recomendaciones ante la actividad sexual

— Relaciones extraconyugales

— Homosexualidad

— Angina durante la actividad sexual

Actividad sexual y capacidad funcional

— Esfuerzo necesario para una relación sexual

— Cómo puede autoevaluarse el paciente

Capítulo V: Inhibidores de la fosfodiesterasa 5

Disfunción eréctil

Concentración y vida media IPDE-5

Contraindicaciones

Efectos secundarios

Bibliografía

Anexo

Abreviaturas

DE	Disfunción eréctil
ECV	Enfermedad cardiovascular
FCE	Frecuencia cardiaca de entrenamiento
FRCV	Factores de riesgo cardiovascular
IAM	Infarto agudo de miocardio
IPDE-5	Inhibidores de la fosfodiesterasa 5
OMS	Organización Mundial de la Salud
PPRC	Programa de prevención y rehabilitación cardiaca
RAE	Real Academia Española

INTRODUCCIÓN

Como su título indica trataremos dos aspectos vinculados, pero independientes: los programas educativos y el desempeño sexual. Los programas educativos en los Programas de Prevención y Rehabilitación Cardíaca (PPRC) constituyen el área más general. En este campo no nos limitaremos exclusivamente a las actividades promovidas en una unidad de PPRC, sino que ampliaremos el horizonte a las actividades preventivas y de educación que pueden realizarse en nuestro escenario laboral, tanto intervenciones de carácter individual como grupal. No son necesarios grandes recursos humanos y materiales para realizar estas actividades tan fructíferas para el cambio en el estilo de vida de los pacientes cardiológicos; así mismo, comentaremos qué habilidades o técnicas debemos conocer y desarrollar para que nuestro mensaje sea más receptivo y eficiente y, por último, desentrañaremos las dudas sobre la sexualidad en estos pacientes: cuándo iniciarlas tras un evento anginoso, recomendaciones para las relaciones sexuales, relaciones extraconyugales, homosexualidad, aparición de angina durante la actividad sexual, esfuerzo necesario para una relación sexual, cómo puede autoevaluarse el paciente, y los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE-5): Sildelafilo (Viagra®), Vardenafilo (Levitra®), Tadalafilo (Cialis®).

La educación sanitaria es uno de los pilares esenciales de la salud pública, y tiene como propósito lograr una conducta saludable que mejore las condiciones de vida y de salud, tanto de las personas como de la sociedad. Y enfermería se encuentra en el plano asistencial en un lugar estratégicamente privilegiado, y debemos tomar el liderazgo de la educación para la

salud, pues es una de las intervenciones de enfermería más destacadas, su importancia reside en la capacidad que esta intervención tiene para poder modificar estilos de vida en los pacientes y en su entorno. No debemos perder de vista el impacto emocional que estas enfermedades producen, por el miedo a un nuevo evento doloroso y a la muerte; pero este miedo que atenaza y dificulta a veces el cambio de los pacientes puede ser de utilidad a los profesionales como herramienta para modificar su actitud por la necesidad de seguridad y estabilidad que el paciente demanda. Y la herramienta para ello, es la información, el poner en valor cómo «vivir con la enfermedad», que no se es un minusválido, que «sólo» es una nueva situación de vida. Para obtener ese cambio es fundamental definirle al paciente y a su familia, a través del asesoramiento, cuál es el escenario en que se encuentra, qué actividades de la vida cotidiana puede realizar y, sobre todo, cómo deben actuar para generar seguridad percibida y, por tanto, calidad de vida. Para este asesoramiento no son necesarios grandes medios, ni unidades específicas, muy al contrario, es deber de cada profesional, algo que enfermería conoce y realiza desde siempre, pero es necesario establecer qué campos son esenciales a la hora de informar, cómo y cuándo.

CAPÍTULO I: PROGRAMAS EDUCATIVOS EN PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CARDIACA

Los programas educativos son una herramienta indispensable en todo PPRC. No presentan uniformidad en sus actividades, pues deben ser adaptados a las circunstancias que acompañan al servicio sanitario que las desempeña, es decir, según sea el ámbito de intervención (hospitalario, atención primaria, asociaciones de pacientes o escuelas), así mismo dependerá de los recursos humanos y materiales de que dispongamos. Estos programas podemos iniciarlos como una iniciativa personal del profesional, o de la unidad, y según los resultados y, sobre todo, según la demanda, poder aumentar la complejidad del programa. No debemos olvidar nuestras aspiraciones a tener el mejor programa educativo y/o unidad de PPRC, pero tampoco deben nuestras aspiraciones oscurecer nuestro objetivo principal de generar un programa educativo que, poco a poco, irá creciendo y que finalizará con la creación de la unidad de PPRC, esto es, en el caso que vuestro servicio aún no lo tenga desarrollado. Resumiendo los pasos o metas deben comenzar a corto plazo y con gran simplicidad, por ejemplo iniciar en la planta de hospitalización charlas informativas sobre la enfermedad, el ejercicio, los nitratos, etc., una o dos veces por semana, de 30 a 60 minutos y seguir desarrollando actividades hasta generar la

creación de una unidad de PPRC, pero todo nace de nuestra iniciativa y se culmina con la demanda que producen los usuarios a las administraciones.

Conceptos

En este capítulo concretaremos algunos conceptos generales como la salud, otros más específicos como la salud sexual, laboral etc., la educación sanitaria, los programas de prevención y rehabilitación cardiaca, estilo de vida etc.

I. Salud

Comenzaremos por definir **qué es SALUD**, pues sin tener claro este concepto el intentar promoverla sería absurdo. La Real Academia Española (RAE) la define como: (Del latín *salus, -ūtis*). **1.** f. «Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. **2.** f. Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado.» Nos da siete definiciones más, pero sin mucha relación con nuestro tema, pero estas definiciones no nos orientan en la línea de «salud» que nuestra profesión contempla. Quizás la que nos aporta la Organización Mundial de la Salud (OMS) sea más acorde, **«El estado de completo bienestar físico, mental, y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad»**. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, n.º 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.¹ Aunque en su momento fue un hito, algunos autores han analizado en profundidad esta definición observando sus aspectos positivos y negativos.²

Los positivos son que se define en términos afirmativos, y que incluye conceptos como mental y social.

Entre los criticables, se puede decir que equipara bienestar a salud (que no siempre es verdad, ejemplo un drogadicto se siente bien, pero ese bienestar no es equiparable a salud), que es más una declaración de principios que una definición y que, además, esta definición es «estática» y subjetiva.

Valorando todos estos aspectos, Milton Terris propuso la siguiente definición: «El estado de bienestar físico, mental, y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedad». Desaparece el concepto «completo» de bienestar y añade «capacidad de funcionamiento», es decir, la capacidad de trabajar, estudiar o relacionarse.

Todo esto podría ser opinable, pero sin embargo lo evidente es que salud es algo más, y que la idea de «**no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad**» es atronadora, pues revoluciona la visión de salud, haciéndola más universal, compleja y dependiente de factores externos, como el medio ambiente, el trabajo, los sistemas de salud, etc.

II. Otros conceptos de salud

Existen otros conceptos de salud más específicos, orientados hacia un área concreta de la salud.

- **Salud sexual:** El derecho humano básico que incluye la capacidad para disfrutar y controlar la conducta sexual [...], así como la libertad para que las enfermedades orgánicas y otras deficiencias no interfieran con la función sexual ni reproductiva. Se trata de una definición realizada por la OMS.³
- **Salud mental:** El estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Se trata de una definición realizada por la OMS.⁴
- **Salud laboral:** El grado completo de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como ausencia de enfermedad de los trabajadores como consecuencia de la protección frente al riesgo. Definición de la Organización Internacional del Trabajo, agencia especializada de la Organización de Naciones Unidas.⁵

III. Modelo de determinantes de la salud

Como se ve el concepto de salud es complejo de determinar con precisión absoluta, debido a las variables que lo modulan o determinan, y de esta idea nació el modelo de los determinantes de la salud de una comunidad, expuesto por Marc Lalonde en 1974. Se trata de un clásico en salud pública, para el que la salud viene determinada por la interacción de cuatro variables:

1. Biología humana (genética, envejecimiento).
2. Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial, cultural).
3. Estilo de vida.
4. Sistema de asistencia sanitaria (calidad, cobertura, acceso, gratuidad).

Estos factores están modulados por los factores sociales: diferencias sociales, culturales, económicas, tanto individuales como colectivas. «Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas... y explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria».⁶

Los programas de educación sanitaria deberán incidir en cada uno de estos determinantes, pero en cuanto a los específicos de las Unidades de Prevención y Rehabilitación Cardíaca vendrán determinados por el estilo de vida y el sistema de asistencia (recursos humanos, logísticos, materiales, de lejanía del recurso del domicilio etc.).

IV. Educación sanitaria

Si intentamos definir la **educación sanitaria** podríamos decir que es el proceso dirigido a promover estilos de vida saludables del individuo, su familia, la comunidad, o también el proceso que orienta al individuo a adquirir unos conocimientos con criterio científico sobre la enfermedad y las conductas saludables necesarias para obtener una mejora en la calidad de vida.

V. Programa de prevención y rehabilitación cardíaca

Para terminar con este capítulo de conceptos se hace necesario reseñar dos fundamentales:

- **Programa de prevención y rehabilitación cardíaca (PPRC).** Lo definió la OMS en 1964, en el informe 270, como el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los pacientes cardiopatas una condición física, mental y social óptimas para que, por sus propios medios, logren ocupar nuevamente un lugar tan normal como les sea posible en la comunidad y les conduzca a una vida activa y productiva.⁷ En esta definición se declaran cuáles son los objetivos que deben tener los PPRC y los programas educativos.
- **Estilo de vida.** Es el conjunto de conductas y actividades que desarrolla la persona. Estos comportamientos pueden ser beneficiosos o nocivos para la salud.

Teorías

Existen diversas teorías que intentan explicar los motivos, posibilidades o estadios para modificar las conductas de los sujetos. Comentarlas todas sería tedioso, pero si es necesario definir algunas que pueden ser de utilidad para enfocar las intervenciones educativas que debemos acometer en un PPRC.

Teoría del aprendizaje social cognitivo (Bandura).⁸ Albert Bandura es el creador de la teoría del aprendizaje social cognitivo, que se centra en los conceptos de refuerzo y observación. Sostiene que los humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental y que entre la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no. Los factores cognitivos se refieren concretamente a la capacidad de reflexión y simbolización, así como a la prevención de consecuencias basadas en procesos de comparación, generalización y autoevaluación. En definitiva, el comportamiento depende del ambiente, así como de los factores personales (motivación, retención y producción motora).

En nuestro entorno, el comportamiento del paciente será motivado por dos creencias:

- La eficacia del cambio de comportamiento propuesto.
- La confianza en poder realizar el cambio de comportamiento.

Es decir, se apoya en la fuerza o eficacia que percibe el paciente en la propuesta de cambio que le pedimos que realice para mejorar su salud y en la confianza que tiene en poder llevarla a cabo.

Modelo de creencias de la salud.⁽⁹⁾ Conceptúa la posibilidad de cambio del comportamiento en dos ideas:

- El valor del resultado a conseguir.
- La estimación o probabilidad de poder obtener el resultado.

La fuerza se encuentra en el valor o importancia que el paciente otorga a lo que va a conseguir y en las posibilidades que cree tener en conseguirlo.

Modelo transteórico de Prochaska y Diclemente: estadios de cambio (1992).¹⁰⁻¹¹⁻¹² Esta teoría nació para explicar los diversos estadios de cambio que presenta el sujeto en el intento de abandonar el hábito tabáquico. También es usado para estudiar los comportamientos de las personas en cuanto a la salud y el compromiso que tienen en cambiar. Pero su importancia reside en la posibilidad de identificar el estadio de cambio en el que se encuentra el paciente y, según este estadio, determinar que tipo de in-

tervención debemos realizar los profesionales de salud. Se describen cinco estadios:

- 1) precontemplativo;
- 2) contemplativo;
- 3) preparación para la acción;
- 4) acción, y
- 5) mantenimiento.

Actualmente se considera también el concepto de recaída (figura 1)

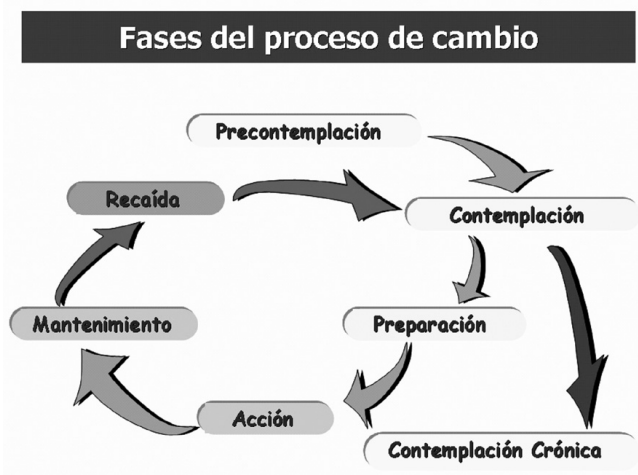


Figura 1.- *Estadios de cambio o fases del proceso de cambio de Prochaska y Diclemente.*

1. Precontemplativo: El paciente no tiene intención o no «contempla» la posibilidad de cambiar en un hábito o estilo de vida. Y, por tanto, no desea cambiar su conducta a corto plazo. Viene dado, sobre todo, porque el paciente no es consciente o lo es en poco grado del problema que tiene y las gratificaciones que recibe las considera mayores que las consecuencias negativas de no cambiar. Usualmente tiene poca información sobre el problema/enfermedad/hábito y, en muchos casos, se resiste a ser informado.

Los **objetivos** de este estadio serán:

- Que tome conciencia del problema/enfermedad/hábito.
- Que conozca las consecuencias que le pueden acarrear.
- Poner en valor los beneficios que obtendrá.

Las **intervenciones** a realizar serán:

- Sensibilizar e informar sobre los beneficios concretos que se obtienen con el cambio.
- Informar sobre los efectos adversos que provoca el no cambiar.
- Ofrecer que tendrá nuestra ayuda y apoyo siempre que lo precise en el futuro, dejando la puerta abierta a la posibilidad de cambio.

2. **Contemplativo:** El paciente se encuentra en un estado ambivalente, desea cambiar pero aún rechaza en parte hacerlo, busca información. se plantea o «contempla» la posibilidad de cambio, pero duda de sus posibilidades. Todo esto dificulta el compromiso firme de cambio.

Los **objetivos** del estadio contemplativo serán

- Promover la intención de cambio.
- Facilitar el avance al estadio de preparación en la acción.

Las **intervenciones** del estadio contemplativo serán:

- Fomentamos que busque apoyos entre sus familiares y amigos.
- Entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991), que será detallada en el apartado métodos bidireccionales, intervenciones individuales.

Existe una situación que se denomina **contemplador crónico:** se plantea cambiar pero no se decide a realizarlo nunca.

3. **Preparación para la acción:** En este estadio nos encontraremos personas que se proponen firmemente el cambio y lo planifican en un futuro cercano.

Sus **objetivos** serán

- Considerar y reducir las barreras al cambio.
- Facilitar el avance al estadio de acción.

Las **intervenciones** serán:

- Aclarar las metas y estrategias para el cambio.

4. **Acción:** El sujeto está tomando las medidas para el cambio, pero aún no es estable el cambio de conducta

Los **objetivos** serán:

- Mantener la actitud de cambio.

Las **intervenciones** serán:

- Reforzar los logros obtenidos.
- Ayudarle a crear estrategias para combatir las dificultades que puedan aparecer.

- Enseñar técnicas de afrontamiento: pidiéndole que se imagine la situación de riesgo y qué haría para afrontarla (abandonar la situación, realizar otra actividad, etc.).

5. **Mantenimiento:** Se ha conseguido el cambio de conducta.

Sus **objetivos** serán:

- Consolidar el cambio de conducta.
- Consolidar las estrategias de afrontamiento en situaciones de riesgo.

Las **intervenciones** serán:

- Reforzar estrategias de afrontamiento ante las situaciones de riesgo.
- Demostrar interés por los logros obtenidos.
- Cuestionar sobre los beneficios que ha percibido como consecuencia del cambio de conducta.

Pero puede acontecer que el paciente recaiga en las conductas no saludables. En este caso nos encontraremos ante la **recaída**. Debe ser considerada como una etapa más del proceso y no como un fracaso, nuestra intervención debe tender a estimular al paciente para que retome el camino del cambio.

Estos contenidos teóricos nos serán útiles para incidir con más intensidad en los condicionantes a los que el paciente dará más valor, debiendo tenerlos presentes en la intervención educativa que realicemos. Si se observa la teoría de Bandura y el modelo de creencias nos enfocan a dos visiones superpuestas de un mismo problema que pueden ser concretadas en los conceptos:

- **Externos al paciente:** La fuerza que percibe el paciente en la intervención que le proponemos en cuanto a su «eficacia» y el «valor» para alcanzar el «cambio» o resultado.
- **Internos o propios al paciente:** Su «confianza» o «posibilidades» de poder alcanzar el cambio o resultado.

Si a estos conceptos a reforzar, añadimos la eficacia demostrada de la intervención que le proponemos, el hecho de que podrá realizarlo y que no estará solo, que nosotros le ayudaremos, y concretaremos el estadio de cambio en el que se encuentra el paciente y usaremos los instrumentos descritos para cada una de ellos, las posibilidades de que nuestra intervención educativa provoque un cambio de conducta o estilo de vida nuevo y más saludable serán más altas. Teniendo en cuenta esto, nuestro discurso debe ir orientado y expresado en positivo, resaltando los beneficios del

cambio, nunca transmitiendo ideas negativas sobre la enfermedad o creando culpabilidad sobre como «vivías antes» (fumando, comiendo alimentos altos en grasas, etc.), que aumentaran el miedo y el posible inicio de tristeza o depresión. Debemos inducirles a un mundo nuevo donde mejorará su vida y se sentirán seguros (que también sentirán que han perdido). Todos estas ideas se comentaran en detalle en el apartado correspondiente, pero es oportuno iniciar la idea de trasladar lo teórico a la praxis.

EL PROFESIONAL DE SALUD DEBE DEJAR DE SER UN TRANSMISOR DE INFORMACION, Y DEBE ADOPTAR EL PAPEL DE FACILITADOR DEL CAMBIO EN EL ESTILO DE VIDA.

Objetivos

El objetivo general de la educación sanitaria es «la promoción y restauración de la salud incidiendo sobre los comportamientos humanos».²

Los objetivos de todo programa educativo siempre irán orientados al paciente y a su entorno familiar, no olvidemos que es una de las funciones básicas del equipo de salud y sus características generales serán:

1. Ofrecer una **información accesible y aceptable** para la adquisición de unos conocimientos básicos sobre la enfermedad y sus factores de riesgo.
2. Con esta información poder alcanzar un nivel adecuado de **autocuidados y de corresponsabilidad** en el tratamiento y en la enfermedad.
3. **Identificar las necesidades** de aprendizaje, prioridades y motivación del paciente para ayudarle en fijarse unos objetivos viables a corto plazo y aumentar su confianza en el cambio.
4. **Desarrollar intervenciones preventivas** para evitar la enfermedad o reducir los aspectos adversos o nocivos de la misma.
5. **Promover conductas de vida saludables** capaces de mejorar su estado de salud.
6. **Evaluar** la comprensión de la información aportada, los resultados y el impacto del programa de educación sanitaria.

Los **efectos favorables de la educación sanitaria** serán:⁹

1. Disminuir los eventos agudos.
2. Retrasar la aparición de posibles complicaciones.

3. Ser competente en los autocuidados.
4. Mejorar la calidad de vida.

CAPÍTULO II: PROGRAMA EDUCATIVO

Cuando se habla de un programa educativo siempre se nos vienen a la cabeza complejas actividades, un amplio desarrollo logístico, etc., sin embargo, la realidad es otra, un programa educativo puede comenzar con una pequeña intervención del profesional de salud que progresivamente podemos ir aumentando su complejidad y tipo, acomodándonos a las posibilidades de que dispongamos. Lo fundamental es ser adaptativos a los recursos humanos y materiales a nuestro alcance, por tanto, si en nuestro entorno profesional no contamos con un PPRC, podríamos iniciar un programa educativo al paciente en la sala de hospitalización o en una consulta de atención primaria. Pues tenemos muchas herramientas educativas a nuestro alcance, es más, las realizamos a diario de manera individualizada, lo que debemos comenzar es a estructurarlas dentro de nuestra actividad diaria y en conjunción con nuestros compañeros y/o colaboradores.

Como en la introducción decíamos, la orientación educativa al paciente no sólo vamos a referirla en cuanto a los PPRC, sino que ampliaremos el concepto a cualquier intervención en cualquier ámbito laboral, hospitalario, atención primaria, escolar, o asociaciones de pacientes, pues nuestra actividad preventiva debe extenderse a todos estos campos, no entraremos en determinar cuales son las más adecuadas en cada ámbito, sino que vendrán determinadas por la disponibilidad de recursos e iniciativa de los profesionales. Por ello, y para simplificar, abordaremos el programa educativo desde dos perspectivas unidireccional o bidireccional y esta última como individual o grupal. **Lo evidente es que en ambos casos las intervenciones serán al paciente y su entorno familiar.**

I. Métodos bidireccionales

Son los más recomendables para la educación sanitaria, pues nos permiten una mayor participación e interacción de los sujetos y los profesionales de la salud. Dentro de los diversos métodos bidireccionales, se distinguen dos tipos de intervención:

1. Individual. Es el método educativo más utilizado para la educación sanitaria. Para poder establecer un buen diálogo nos basaremos en las recomendaciones para la educación de la OMS:

- a) Relación comprensiva con el paciente.
- b) Identificación de necesidades y de problemas.
- c) Manifestación de los sentimientos del individuo.
- d) Favorecer la participación para que exprese sus necesidades.
- e) Confidencialidad y respeto por la intimidad.
- f) Información y recursos con datos sencillos y comprensibles.

Intervenciones individuales. Se realizarán conjuntamente al paciente y a su entorno familiar:

- 1) Entrevista motivacional.
- 2) Consejo profesional.
- 3) Historia de enfermería.

1) **Entrevista motivacional.**¹³ La cualidad principal de esta estrategia persuasiva es que deja la responsabilidad del cambio en manos del paciente. El objetivo global consiste en aumentar la motivación intrínseca del sujeto, de manera que el cambio surja desde dentro, más que se imponga desde fuera. Cuando esta estrategia se aplica de manera adecuada, es el propio sujeto el que presenta sus razones para cambiar su conducta, y con la colaboración del personal de salud, permite establecer un compromiso personal de cambio y buscar el procedimiento más adecuado para cambiar el estilo de vida. Esta técnica es muy utilizada en el proceso de deshabitación tabáquica. Los principios básicos de la entrevista/terapia emocional son:

- 1. **Expresar empatía:** crear un espacio de confianza y seguridad, aceptando sin condiciones al paciente y esto facilitara el cambio.
- 2. **Escucha reflexiva:** descubriremos la perspectiva, sentimientos y dificultades del paciente ante el cambio.
- 3. **Promover las discrepancias:** entre la situación actual y las metas, futuro, etc. que tiene el paciente, apoyándose en las contradicciones del paciente.
- 4. **Valorar las resistencias:** éstas aparecen cuando se alejan los objetivos del paciente de los nuestros y nos señala que no entendemos su perspectiva.
- 5. Debemos **cambiar de estrategia** y partir del punto de confluencia con el paciente.
- 6. **Apoyar la autoeficacia:** debemos generar esperanza y posibilidades, sin falsas expectativas.

2) **Consejo profesional.**¹² En el consejo profesional, el profesional prescribe una conducta deseable en función de su autoridad y de la posición que ocupa. Habitualmente la técnica de consejo se contrapone a la entrevista motivacional (centrada en las necesidades del paciente, esto es, no es prescriptiva). El consejo profesional debe ser una intervención breve, continuada en el tiempo y, sobre todo, que todos los profesionales de salud refuercen la misma idea u objetivo, sin fisuras.

Aunque uno de los obstáculos más citados por los profesionales para no hacerlo es la falta de tiempo, parece que las investigaciones recientes demuestran que en la práctica esta intervención consume menos tiempo que tomar la tensión arterial: ¿a qué hipertenso nos negaríamos a tomar la tensión, si lo consideráramos necesario para su control, alegando falta de tiempo? (Grandes, 2001).

Características del consejo profesional

Para una mejor comprensión por el lector, las características irán acompañadas en algunos casos con ejemplos, en especial del tabaco, que es donde más resistencias al cambio posiblemente nos encontremos.

- **Breve:** No debe sobrepasar los 2-3 minutos de duración y debe estar **contextualizado en la duración y motivos de la consulta que nos hace**. No se debe dar un discurso, pues es muy probable que perdamos su atención; cuanto más breve y claro, más efectivo.
- **Las advertencias deben ser:**
 - **Serias, pero amables:** una reprimenda o una atención poco considerada ayudará bastante poco a que el sujeto capte el mensaje.
 - **Sencillas:** hay que utilizar un lenguaje claro y de fácil comprensión, evitando palabras técnicas.
- **Personalizado:** Debe **relacionarse con los motivos de consulta** o con necesidades sentidas de los pacientes. La intervención debe responder al a pregunta ¿Por qué yo debo dejar de...? Como ejemplo, es típico aprovechar motivos de consulta relacionados con el consumo de tabaco (infecciones respiratorias u ORL agudas, dispepsias gástricas, etc.). De esta forma, conseguiremos también que la persona sienta que existe una preocupación real por ayudarle.
- **Sistematizado:** En el contexto de una relación mantenida en el tiempo, la **repetición del mensaje** es fundamental, así como el **mantenimiento de la coherencia**.
- **Firme:** No hay que confundir falta de empatía con firmeza. **La firmeza del profesional es asertividad** y no puede dar lugar a inter-

pretaciones ambiguas por parte del paciente. (Ejemplo «le dije que fumaba 4-5 cigarrillos y no me dijo nada... ¡no será tan malo!»).

- **El consejo debe ser explícito, serio y amable y estar referido al aquí y al ahora:** «dejar de fumar es lo mejor que puede hacer por su salud en este momento» o «perder peso le ayudará a disminuir su cansancio».
- **Oportuno:** La oportunidad tiene relación con la receptividad del paciente. Hay contextos, situaciones personales y clínicas, que no permiten dar consejos. Mientras que **en otras ocasiones la receptividad del paciente esta aumentada** como puede ser tras un infarto agudo de miocardio (IAM), en el embarazo, ante la preocupación por enfermedades relacionadas con amigos o familiares.
- **Motivador: Ayudar al paciente a recorrer el camino del cambio,** estando atentos a la posible necesidad de intervenciones más intensivas.

3) **Historia de enfermería.**¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷ La historia de enfermería es una herramienta muy útil, en ella evaluaremos al paciente de forma integral, desde el punto de vista laboral, social, sexual, sueño, psicológico, e identificaremos con el paciente y su familiar más directo los factores de riesgo cardiológico que le han conducido a esta situación, promoviendo actitudes de cambio en su forma de vivir, para evitar los desencadenantes de la enfermedad. Así mismo, se le enseñaran sus herramientas de control: frecuencia cardiaca de entrenamiento (FCE), ejercicio, dieta, nitratos, etc., y se disminuirá el miedo mediante la información y la educación sanitaria.

Los apartados que componen la historia de enfermería son:

- **Datos de filiación y clínicos.**
- **Aspectos profesionales.** Nivel cultural, profesión, horas de trabajo/día, trabajo por turnos, ¿tiene problemas laborales?, ¿teme reincorporarse al trabajo?, etc. Estos datos nos orientarán en dos direcciones, sobre la capacidad de comprensión y afinidad a los tratamientos (nivel cultural: diversos estudios evidencian esta asociación que aumenta el riesgo de no realizar los cambios propuestos) y el otro campo sería el estrés, que mantiene el paciente en su vida laboral, social o familiar.
- **Identificación factores de riesgo cardiológico.** Identificación conjunta con el paciente de sus factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) modificables y actuaciones para controlarlos, designando el que considera con más dificultad, para actuar de forma más determinante y con un seguimiento por nuestra parte más intensivo (Factor de riesgo de seguimiento pactado), En cuanto a los FRCV no modificables, es importante poner en valor los antece-

dentes familiares de eventos cardiovasculares (IAM, ictus o isquemia periférica) este dato es importante como motivador del cambio al evidenciar que sus descendientes pueden heredar la enfermedad y en su control de los factores de riesgo podrán ser ejemplarizantes para sus familiares, pasando los pacientes a ser portavoces de salud en su entorno familiar y social, con el potencial de cambio y educacional que esto conlleva para la sociedad. Debemos valorar este aspecto en su justa medida, pues es un gran motor de cambio social al generar de forma sencilla un número importante de formadores en salud y hábitos de vida.

- **Hábitos alimenticios.** Se exploran los hábitos alimenticios anteriores al episodio cardiológico, informándole sobre los alimentos que «dañan el corazón» (altos en colesterol, sal o hipercalóricos) y se le aporta dieta baja en colesterol, y en calorías si existe obesidad. Estas recomendaciones deben ser personalizadas para cada enfermo.
- **Hábitos de tiempo libre/ocio.** Evaluaremos si dispone de él, y a qué lo dedica, pues no será igual quien lo dedique a caminar o tareas de campo, que quien lo dedique a lectura o televisión, el cambio en el sedentarismo será más complicado.
- **Hábitos de sueño.** Cuantas horas dedica al descanso, si duerme bien, mal o interrumpido, si toma medicación para dormir y si duerme entre horas, etc.; para exponerle la importancia del descanso, del número de horas, que la siesta no sea superior a 20 ó 30 minutos, moderar la ingesta de líquidos antes de acostarse (micciones nocturnas sobre todo en prostáticos), etc.
- **Datos psicológicos.** Identificación de problemas personales, familiares, laborales, depresión, miedos, tipo de personalidad (tipo A muy habitual en estos pacientes), etc.
- **Información general.** Sobre diversos aspectos:
 - a) Tratamiento médico, la enfermedad, relaciones sexuales y qué actividades puede realizar o no.
 - b) Educación sobre la actuación en caso de emergencia, manejo de los nitratos en caso de dolor anginoso, etc.
 - c) Enseñar al paciente la toma del pulso (frecuencia cardiaca), y la FCE que puede alcanzar, la escala de Börg o percepción del esfuerzo (figura 2), definir signos de alarma y la diferencia entre esfuerzo y cansancio, para minimizar su miedo.
 - d) Instrucciones para el plan de marchas o caminatas y formulario de control de las mismas, auto-cuidados, actividades a realizar sin riesgo, manejo de pesos, relaciones sociales y familiares.

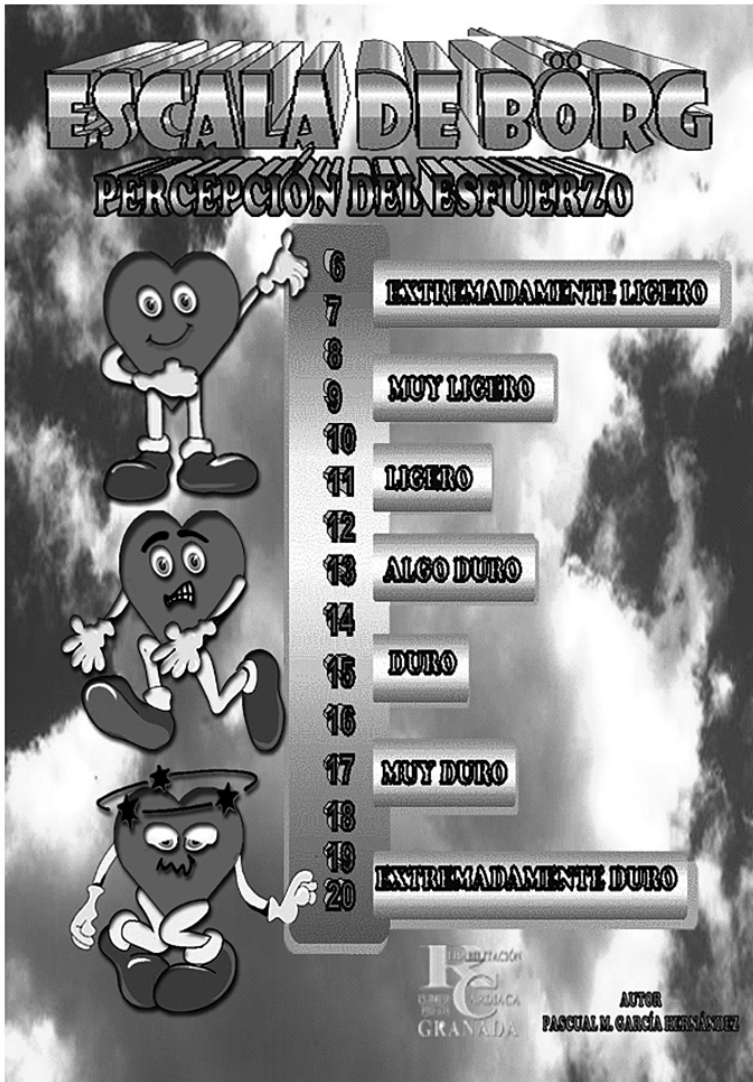


Figura 2.- Escala de Börg o de percepción del esfuerzo.

2. Grupal. Es la intervención que se realiza a un conjunto de individuos con unas características o intereses comunes o afines. Lo que favorece el aprendizaje es la relación que se establece entre la información y la afectividad del grupo.

Intervenciones grupales. Son intervenciones que al ser mayor el número de receptores, aumentará nuestro ámbito de influencia; usualmente van dirigidas a pacientes ingresados en el hospital, asociaciones de pacientes y escolares o población en general:

- Charlas grupales para pacientes.
- Programas de charlas educacionales en hospitales, colegios, atención primaria, etc.
- Seminarios para pacientes y familiares, etc.

TODA INTERVENCIÓN DIRIGIDA A CAMBIAR EL ESTILO DE VIDA MODIFICANDO LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEBE IR ORIENTADA AL PACIENTE Y SU ENTORNO FAMILIAR.

Los campos de estas charlas irán muy indicados a las necesidades de cada entorno, pero siempre se compondrán de la información básica y/o mínima que deben conocer los sujetos afectos o de promoción de salud:

1. La enfermedad.
2. Los factores de riesgo cardiovascular.
3. La alimentación.
4. Actividad física y su control (FCE).
5. Actividad sexual.
6. Actividades de la vida diaria.
7. El tratamiento farmacológico
8. Manejo del dolor anginoso.

Estas charlas deben realizarse para pacientes y familiares durante el periodo de hospitalización, a todos los pacientes, y no sólo a los posibles candidatos a ser incluidos en los PPRC. Estas charlas pueden ir apoyadas por los medios audiovisuales o en papel disponibles en nuestro puesto laboral, como presentaciones, folletos, etc. Si disponemos de mayores posibilidades o recursos podríamos promover: programas de charlas educacionales en hospitales, colegios, atención primaria, etc., o seminarios para pacientes y familiares. Siempre desde la flexibilidad y desde las necesidades de nuestros pacientes y teniendo en cuenta el ámbito de exposición, pues no será el mismo temario en las charlas en las asociaciones de pacientes, que las realizadas a escolares y, en estos casos, variará según la edad. A modo

de ejemplo expondré el índice del Seminario de Salud Cardiovascular para pacientes, familiares y ciudadanos, que se realiza en nuestro Hospital Universitario San Cecilio de Granada:

1. Presentación. Importancia de la enfermedad cardiovascular. Formas de enfermar del corazón. Tratamientos.
2. La dieta saludable como pilar fundamental de la salud cardiovascular.
3. La salud cardiovascular en el supermercado. ¿Sirven los alimentos llamados «funcionales»? Antes de salir no te olvides las gafas...
4. El alcohol y la salud cardiovascular. Del mito a la realidad...
5. El tabaco y la salud cardiovascular del que fuma... y de los «pasivos». Métodos para dejar el tabaco. ¡Dejar de fumar es posible!
6. Cómo realizar un ejercicio cardiovascular «sano»? Formas «divertidas» de realizar el ejercicio.
7. ¿Por qué es bueno el ejercicio físico? Tipos de ejercicio físico.
8. Ejercicio físico adaptado a las actividades de la vida diaria.
9. Todo lo que se necesita saber sobre: control de la tensión arterial, conducción de vehículos, salud sexual...
10. Diabetes y salud cardiovascular. El dulce sabor de la enfermedad.
11. Las grasas y la salud cardiovascular.
12. Todo lo que un paciente quiso saber sobre «la baja laboral y la jubilación» y que sólo un experto puede contar.
13. Psicología y salud cardiovascular. Un binomio indisoluble.
14. La salud cardiovascular y el sistema sanitario. Ya es hora que conozcamos como funcionamos, para entendernos mejor.
15. El paciente con cardiopatía y la oficina de farmacia.
16. El programa Corazón. Formas de acceder al sistema sanitario.
17. Experiencias de un paciente con enfermedad coronaria: nadie como tú sabe lo que se siente, lo que se teme, lo que se espera, lo que...
18. Clausura del Seminario: Programas de Prevención Cardiovascular en el ámbito del Sistema Sanitario Público Andaluz. Situación actual y futuro.

Tras esta tremenda batería de intervenciones sanitarias posibles, cabe esperar que los resultados evaluativos, necesarios tras toda intervención, serán muy positivos, pero la experiencia y la bibliografía dicen lo contrario. «Obviamente no se puede descargar sobre el paciente toda la responsabilidad del incumplimiento, cuando se observa que es una circunstancia multifactorial, sino que hemos de incluir en este apartado el nivel de responsabilidad que compete a los profesionales y al modelo de atención sanitaria dispensado. La “naturaleza del tratamiento” parece que influye de

manera importante, puesto que, aunque escasamente estudiados, se observa que los tratamientos que implican cambios de estilos de vida (dieta, ejercicio, etc.) tienen peor aceptación por los pacientes, en ocasiones además acompañado por la falta de insistencia del personal sanitario, siendo en cambio el tratamiento farmacológico percibido como más sencillo en su seguimiento».¹⁸

Es interesante, llegados a este momento, poner en valor con este texto la visión diáfana de este autor sobre los conceptos educacionales y fines que con ella se pretenden:

Uno de los adelantos más importantes de la ciencia de la comunicación consiste en haber superado la noción de que la comunicación es eficaz porque «transmite» algo al receptor. Más bien, la comunicación eficaz es aquella que se «internaliza» en las destrezas, actitudes y capacidades de éste. La verdadera y legítima comunicación en el campo de la salud «selecciona» en quien la recibe aquellas conductas que son deseables para promover el bienestar.¹⁹

II. Métodos unidireccionales

Su eficacia es mucho menor que los métodos bidireccionales, sin embargo son muy útiles como apoyo a la metodología bidireccional. Puede ser más masiva su difusión, debido a que van dirigidos a colectivos. Lo evidente es que son el recurso educacional mínimo que podemos desarrollar (folletos, dípticos o trípticos, recomendaciones al alta hospitalaria, póster informativo, etc.) y que como apoyo, refuerzo o recordatorio a los métodos bidireccionales son extraordinarios:

- Folletos, dípticos o trípticos (anexo).
- Recomendaciones al alta hospitalaria.
- Póster informativo.
- Vídeos educativos.
- Cartas, circulares, esquemas.
- Canales de televisión del hospital, etc.

Como se puede observar el límite está en nuestra imaginación en desarrollar herramientas útiles para mejorar y ayudar en el cambio de estilo de vida de los sujetos afectos y su entorno familiar.

Pero, ¿qué es ese «cambio en el estilo de vida»? En nuestra actividad profesional será cambiar o controlar los factores de riesgo cardiológico modificables que inducen a la enfermedad: tabaco, alcohol, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, estrés, obesidad y sedentarismo. Si se observa con detenimiento, casi todos ellos pueden modificarse con dos intervenciones bá-

sicas: **EL EJERCICIO** controlado mediante la frecuencia cardiaca de entrenamiento (FCE) del paciente calculada mediante la ergometría y **LA ALIMENTACIÓN**, y cómo no, el tratamiento farmacológico.

LA COMUNICACIÓN EFICAZ ES AQUELLA QUE SE «INTERNALIZA» EN LAS DESTREZAS, ACTITUDES Y CAPACIDADES DEL SUJETO.

CAPÍTULO III: EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS

La evaluación es la última etapa de todo programa educativo. Se trata del conjunto de habilidades orientadas a determinar si los servicios prestados son necesarios, si se utilizan adecuadamente, si son suficientes, si se dan en los términos planificados, si ayudan dentro de un costo razonable y si en algún caso provocan efectos no deseados. Existen diversos propósitos para evaluar los programas:

1. Seguimiento del programa para saber si es eficaz o no y poder introducir modificaciones en el diseño.
2. Identificar problemas.
3. Desarrollar controles de eficacia y calidad periódicamente.
4. Identificar posibles efectos diferenciales por motivos poblacionales, étnicos, etc.
5. Determinar la validez de los objetivos del programa.

Las herramientas de evaluación vendrán determinadas por el tipo de programa diseñado, a quien se dirige, objetivos del mismo, etc., pero los más usados son la encuesta, los *tests*, etc., bien sean de calidad, bien de conocimientos adquiridos. Con estos datos podremos obtener información pertinente, válida y fiable que actúe como soporte para la emisión de juicios de valor, estimar los resultados y la eficacia de los programas, adquirir conocimiento sobre los problemas específicos de la aplicación del programa y contribuir en la mejora del programa.

Técnicas y habilidades en la comunicación

Una vez definida la amplia variedad de actividades, herramientas, evaluación, etc. a nuestra disposición para diseñar un programa educacional

específico a nuestras necesidades o medios disponibles, con o sin unidades de PPRC, se hace necesario exponer ciertos recursos o habilidades precisas para efectuar estas intervenciones.

Funciones del formador²⁰

Es adecuado comenzar definiendo las funciones del formador, las cuales deben estar siempre presentes:

- Motivar el aprendizaje.
- Animar la participación.
- Generar un ambiente de reflexión.
- Dirigir las técnicas didácticas.

Es importante la reciprocidad en la comunicación con el/los interlocutor/es y no asumir el papel de «sabio». Algunas ideas interesantes a la hora de preparar una presentación serían:

- La mejor improvisación es la... cuidadosamente preparada.
- Resumir al principio las ideas fundamentales, mirar al público, no a la pantalla.
- Hablar despacio, no querer contar demasiadas cosas.
- Al final hacer un pequeño resumen y buscar la participación.

Características de la comunicación oral individual o grupal²⁰

Definiremos de forma sencilla las características que debemos tener en cuenta a la hora de realizar una comunicación, charla, presentación, etc., pues de nuestras habilidades comunicativas obtendremos mayor o menor éxito en el cambio del estilo de vida del individuo y de su familia:

- Hablar claro sin lugar a la confusión, con pausas definidas con anterioridad.
- Utilizar un léxico claro, con variaciones en el tono y volumen, evitar las muletillas (ehhh, umm, me explico, me entiendes, etc.).
- Mirar directamente al receptor o público, sin excesiva gesticulación.
- Utilizar un enfoque adecuado.
- Escuchar.
- Estar atento a las pistas que nos induzcan a falta de atención.
- Concluir de una forma positiva.

Si fuese una presentación grupal, aparte de lo anterior, deberemos conocer los tres puntos clave de toda presentación: **la preparación, la presentación y las ayudas audiovisuales**. En los casos de presentación grupal con mayor dedicación si cabe, el orador debe captar la atención e interés de la audiencia, manteniendo el deseo de ser escuchado y expresarse de una forma clara, para que lo entiendan, adaptándose al nivel del público.

Preparación

Variará según la experiencia del orador, sus conocimientos sobre el tema y los del público.

Los objetivos deben centrarse en tres preguntas:

- ¿Qué pretendemos que la audiencia conozca?
- ¿Qué actitud debe tener el público con el tema?
- ¿Qué esperamos que el público haga con la información?

Presentación

Se apoyará en la confianza en sí mismo y esta nace de una buena preparación en el tema y del entusiasmo (el tema será beneficioso para los oyentes). El contenido debe ajustarse a los intereses de los oyentes, no a los personales del orador. Para mantener la atención es importante combinar entusiasmo, humor, ejemplos y una buena oratoria.

Se dividirá en tres apartados

- Introducción: es el momento de captar la atención del público y exponer nuestro propósito.
- Desarrollo: exponer el material estructurado de manera clara, sin abundancia de texto y éste debe ser de apoyo, no para leer directamente.
- Conclusión: realizando un resumen simple, pero estructurado, de lo expuesto.

Ayudas audiovisuales

Debemos tener claro que son ayudas o apoyos a la disertación, no el texto a leer o el centro de la comunicación, charla, etc. Sus características son:

- Ser pertinentes para el tema.
- Ser fácil de leer, ver o escuchar por el público.

- Ser sencilla de comprender.
- Atractiva, creativa y variada.

CAPÍTULO IV: DESEMPEÑO SEXUAL EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Tras extendernos en el cómo realizar nuestro programa educacional, nos encontramos con el aspecto sexual, poco referido, pero no por ello menos importante y demandado por los pacientes, que muchas veces por vergüenza, ideas de «esto será así», o no saber a quien dirigirse, motivan la falta de consultas sobre sexualidad. La actividad sexual forma parte inherente de todo individuo y de todo programa educativo, la posición estratégica de enfermería en el marco sanitario nos sitúa en una situación privilegiada para abordar este espacio de la salud. Por su importancia y desconocimiento usualmente por parte de los profesionales de salud, hemos creído necesario darle entidad propia.

Introducción

La OMS ha definido la salud sexual como un derecho humano básico,³ como ya describimos en el apartado de conceptos. La ansiedad que genera el desempeño sexual en muchas personas por responder a un estereotipo de juventud, belleza, potencia y habilidad, para cumplir con ciertas expectativas predeterminadas por el actual estilo de vida, conlleva un coste psíquico, creando en la esfera sexual angustia y ansiedad, en vez de placer, ternura y diversión. Si a todo esto se le añade el diagnóstico de cardiopatía, este desempeño se hace casi insuperable, el paciente y su pareja temen un nuevo evento doloroso y que cualquier incitación sexual pueda desencadenar todo de nuevo. Por tanto, el tratar mediante la información/educación estos miedos será una intervención de enfermería de carácter prioritario, pues el miedo a lo desconocido, la desinformación sobre preguntas como: ¿qué enfermedad tengo, qué puedo o no hacer, me curaré del todo, qué me ha provocado esta enfermedad?, etc., atenazan al paciente y a su familia y cómo no, termina afectando el ámbito sexual de la pareja.

Existen diversos temas a concretar sobre la actividad sexual y el paciente cardiológico:²¹⁻²²

1. Actividad sexual. Cuándo iniciarlas tras un evento anginoso, recomendaciones para las relaciones sexuales, relaciones extraconyugales, homosexualidad, aparición de angina durante la actividad sexual.

2. **Actividad sexual y capacidad funcional.** Esfuerzo necesario para una relación sexual, cómo puede autoevaluarse el paciente.

3. **Los inhibidores de la fosfodiesterasa 5.** Sildelafile (Viagra®), Vardenafilo (Levitra®), Tadalafilo (Cialis®) Indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios.

1. Actividad sexual

1.A. **Cuándo iniciarlas.** La relaciones sexuales pueden iniciarse transcurridos de 10 a 14 días del alta hospitalaria,²³ según unos autores y 21 a 28 días según otros, realmente todo dependerá de la capacidad funcional del paciente en la prueba de esfuerzo, y si es o no negativa a isquemia tanto clínica como eléctricamente, del grado de la New York Heart Association (figura 3), según la estratificación de riesgo cardiaco y actividad sexual establecida en el Consenso de Princeton.²⁴⁻²⁵ No hace muchos años, como recuerda de forma anecdótica Maroto Montero, se recomendaba iniciarlas a las «seis semanas con la esposa y seis meses con la amante» (Stein,1981)²⁶ o (Nadelson, 1983).²⁷

Figura 4. Clasificación funcional de la insuficiencia cardiaca según la NYHA.	
Clase funcional I	Actividad ordinaria sin síntomas. No hay limitación de la actividad física.
Clase funcional II	El paciente tolera la actividad ordinaria, pero existe una ligera limitación de la actividad física, apareciendo disnea con esfuerzos intensos.
Clase funcional III	La actividad física que el paciente puede realizar es inferior a la ordinaria, está notablemente limitado por la disnea.
Clase funcional IV	El paciente tiene disnea al menor esfuerzo o en reposo, y es incapaz de realizar cualquier actividad física.

Figura 3.- *Clasificación funcional NYHA.*

1.B. Recomendaciones ante la actividad sexual.

Estas recomendaciones deben quedarle claras al paciente y su pareja en el momento del alta hospitalaria:

- Debe elegir, junto con su pareja, el momento más adecuado, lo más relajado posible, evitando el estrés o la ansiedad, posiblemente tras el descanso nocturno o la siesta.

- No debe desarrollarse actividad sexual cuando se sienta cansado, tras la ingesta moderada de alcohol, comidas copiosas, después de emociones fuertes (enfado o euforia), o bien haber realizado algún esfuerzo de importancia,²³⁻²⁸⁻²⁹⁻³⁰⁻³¹ tal como la caminata diaria con control de la frecuencia cardiaca de entrenamiento (programa de marchas).¹⁴⁻¹⁵⁻³¹ Después de cualquiera de estas circunstancias es adecuado un periodo de reposo relativo durante tres o cuatro horas.³²
- La temperatura ambiente del lugar elegido debe ser adecuada, evitando las temperaturas frías, calurosas o con una concentración elevada de humedad (sauna),²³⁻²⁸⁻²⁹⁻³² así como la toma de baños calientes en bañera antes o durante la relación.

1.C. Relaciones extraconyugales

Es importante conocer que la prevalencia de muerte súbita por causa cardiológica durante el coito es baja, según el estudio realizado por Ueno:³³ de 5.559 casos de muerte súbita, 34 fueron afines con el coito y de ellas 27 relacionadas con una relación extraconyugal, comidas copiosas, etc.

Las relaciones extraconyugales provocan un aumento del riesgo anginoso, debido a varios factores como el **temor al fracaso**, es decir, el miedo a no responder adecuadamente a la pareja; la **obligación de resultados**, sobre todo en el varón, por la necesidad de una erección consistente y duradera; el **altruismo excesivo**, estando más pendiente de la satisfacción de la pareja que de la propia; la auto-observación o **rol del observador**, prestar atención al pene para ver como responde (Masters y Johnson, 1970). Todos estos factores aumentan la ansiedad de resultados y por consiguiente el estrés.²¹⁻²² Se hace evidente que si la relación extraconyugal por las causas que fueren, no reúne estas características de aumento de ansiedad, el riesgo será igual al de una pareja habitual.

1.D. Homosexualidad

En el caso de las relaciones homosexuales, tanto masculinas como femeninas, las necesidades de capacitación funcional por parte del paciente son parecidas a las relaciones heterosexuales,²³⁻²⁶ aunque no hay estudios específicos al respecto. Por lo cual, las recomendaciones en estos casos deberán de ser las mismas que en las relaciones heterosexuales.

1.E. Angina durante la actividad sexual

La proporción de estas situaciones es del 20% aproximadamente y más usual en las mujeres, por mayor prevalencia de la etiología vasoespásti-

ca,²⁶ según se cree. Si durante la relación sexual apareciera un cuadro de angina, la primera actuación por parte del paciente es concluir la actividad, e iniciar el protocolo habitual de actuación del uso de nitratos. Así mismo, debe consultar el evento con el personal sanitario que le trate habitualmente, para una valoración del tratamiento establecido. Es interesante destacar que en un estudio realizado por Drory y cols.³⁴ sobre 88 pacientes varones, se concluía que la proporción de angina durante la relación sexual era inferior a la que presentaron en la prueba de esfuerzo; que un 33% aproximadamente presentó angina, usualmente silente; y los que su ergometría fue negativa no presentaron angina durante la actividad sexual.

- **LA ACTIVIDAD SEXUAL DEBE INICIARSE A LOS 14 Ó 28 DÍAS DEL ALTA HOSPITALARIA.**
- **SI APARECE DOLOR ANGINOSO DURANTE LA RELACIÓN SEXUAL LA ACTITUD DEBE SER ABANDONAR LA ACTIVIDAD, RELAJARSE E INICIAR LA PAUTA DE NITRATOS.**

2. Actividad sexual y capacidad funcional

La actividad sexual requiere una capacidad funcional mínima para poder desarrollarla sin riesgo aparente. Para poder valorar un esfuerzo se recurre a la ergometría o prueba de esfuerzo que cuantifica la capacidad funcional o gasto energético del ejercicio, mediante la valoración del consumo de oxígeno durante el esfuerzo, designando la equivalencia metabólica o Mets como unidad de medida (1 Mets equivale a un consumo de 3,5 ml/Kg./minuto de O₂ en una persona sana, en reposo).

2.A. Esfuerzo necesario para una relación sexual

Los requerimientos energéticos durante una relación sexual son aproximadamente de 2,5 a 3,7 Mets en el estadio preorgásmico y 5 a 5,4 Mets durante 15 ó 20 segundos de máxima tensión cardiaca en el orgasmo;²⁶⁻²⁹⁻³² estos valores pueden variar dependiendo de diversas circunstancias: características del paciente y pareja, posicionamiento, ingesta de alimento previa, relaciones extraconyugales, estrés, etc. Por tanto, todo paciente que alcance o supere los 6 Mets en la ergometría sin cambios eléctricos, ni clínicos, puede mantener una actividad sexual sin riesgo aparente.

Así mismo, se debería de evaluar la fracción de eyección del paciente, para determinar su función ventricular o capacidad contráctil del corazón, se estima por ecocardiografía o coronariografía, al medir el área telediastólica y telesistólica del ventrículo izquierdo. Los valores se dividen en función ventricular normal cifras mayores al 55%, deprimida ligeramente cifras entre 40% y 55%, deprimida moderadamente entre 30% y 40%, deprimida severamente cifras menores al 30%.

2.B. Cómo puede autoevaluarse el paciente

El paciente puede autoevaluarse mediante la realización de un esfuerzo equivalente,²³⁻²⁸⁻³² éste sería el de caminar 1 km. en 10-12 minutos, aproximadamente a una velocidad de 5 km./h. sobre terreno llano (fase preorgásmica) y subir después unas escaleras de dos plantas de altura sin descanso en el rellano (fase orgásmica) no debiendo aparecer angina durante el esfuerzo, este equivaldría aproximadamente a los 5,5 ó 6 Mets necesarios en condiciones normales para una actividad sexual completa sin riesgo.

CAPÍTULO V: INHIBIDORES DE LA FOSODIESTERASA 5

Disfunción eréctil

La disfunción eréctil (DE) es un trastorno de la excitación dentro de la respuesta sexual humana. Se trata de la disfunción sexual más estudiada, conceptualizada como la incapacidad persistente o recurrente para conseguir y/o mantener la suficiente rigidez del pene que permita una relación sexual satisfactoria. Se trata de un trastorno exclusivo de la rigidez del pene. En la actualidad se prefiere no utilizar el término impotencia, para eliminar todo matiz peyorativo. La disfunción eréctil es un trastorno desde el momento en que es vivido como tal por el paciente que la padece; en su valoración se han de tener siempre en cuenta la demanda concreta y las expectativas del paciente que consulta por este motivo.²²

Para la DE se describen tres líneas de tratamiento en orden de actuación:³⁵

Tratamiento de primera línea

- Fármacos orales: **IPDE-5** Sildelafile (Viagra®), Vardenafilo (Levitra®), Tadalafilo (Cialis®) y el Agonista dopaminérgico Apomorfina sublingual.

- **Dispositivos de vacío y anillos constrictores:** son mecanismos que causan erección debido al vacío parcial, que lleva la sangre hacia el pene, expandiéndolo y provocando la erección. Los dispositivos tienen tres componentes: un cilindro plástico, donde se coloca el pene; una bomba, que extrae aire fuera del cilindro y un anillo constrictor elástico, que se coloca alrededor de la base del pene para mantener la erección después de retirarse el cilindro y durante la relación sexual, evitando que la sangre fluya de vuelta al cuerpo, su uso es limitado a 30 minutos, por razones obvias.

Tratamiento de segunda línea

- Alprostadil (prostaglandina PGE1) por inyección intracavernosa.
- Papaverina (inhibidor inespecífico de la fosfodiesterasas).
- Fentolamina (alfabloqueante inespecífico que inhibe la contracción del músculo liso).

Tratamiento de tercera línea

- Cirugía de revascularización arterial y/o venosa.
- Prótesis de pene,³⁶ éstas aparecieron en 1972.

Concentración y vida media de los IPDE5

Los tiempos de respuesta y duración de efectos son diferentes para cada producto,³⁷⁻³⁸ importante este último dato para las personas con enfermedad cardiovascular (tabla 1):

Producto	Concentración máxima	Vida media	Presentación
<i>Sildenafil</i>	60 minutos	3-4 horas	25, 50, 100 mgr
<i>Vardenafilo</i>	40 minutos	4-5 horas	5, 10, 20 mgr
<i>Tadalafilo</i>	120 minutos	18-24 horas	5, 10, 20 mgr

Tabla 1.- *Productos, concentración máxima, vida media y presentación.*

La absorción de estos productos se retrasa con la ingesta de comidas máxime si son altas en grasas, en los casos de Sildenafil y Vardenafilo,³⁶⁻³⁸ no así en el caso del Tadalafilo,³⁸ y siempre con la ingesta importante de

alcohol,³⁸ así mismo la excreción está contrastada en estas proporciones, para el Sildenafil (heces 80%, orina 13%),³⁸ Vardenafilo (heces 91-95%, orina 1-6%),³⁸⁻³⁹ Tadalafilo (heces 61%, orina 36%).³⁸

Contraindicaciones²⁴⁻²⁵⁻³⁵⁻³⁸⁻³⁹⁻⁴⁰

A. Absolutas:

- Sensibilidad reconocida al fármaco.
- **Administración concomitante de nitratos**, tanto los utilizados con fines terapéuticos (nitrato de isosorbide y nitroglicerina), como los usados con fines recreativos (nitrito amilo).

Cuando son utilizados simultáneamente los nitratos con los IPDE-5, se puede provocar una hipotensión grave con riesgo letal serio. Es muy importante instruir a las personas con ECV en el caso que se presentara un evento anginoso durante el uso de los IPDE-5; nunca se utilizarán los nitratos bien sea comprimido sublingual o un toque de spray de nitroglicerina, se deberá interrumpir la actividad sexual, relajarse durante de 5 a 10 minutos, si persiste el dolor, buscar atención sanitaria de urgencia, informando al personal sanitario de la ingesta de IPDE-5. Se desaconseja el uso de nitratos durante un periodo de 24 horas tras el uso de Sildenafil y Vardenafilo y 48 horas para el Tadalafilo.²⁴⁻²⁵ Actualmente no existe antídoto farmacológico para la interacción IPDE-5 con los nitratos. Cabe destacar ante estos datos, la no recomendación del uso del Tadalafilo en los pacientes con ECV, motivado esto, sólo por su prolongado efecto en el tiempo, provocando que el paciente este refractario durante un tiempo excesivo al uso de los nitratos en caso de emergencia cardiaca.

Actuación ante la asociación IPDE-5 y nitratos

Los pacientes que presenten hipotensión, deberán ser colocados en posición de Trendelenburg, aporte de fluidos intravenosos y agonistas (fenilefrina), en casos extremos debe administrarse el balón de contrapulsación intraaórtico, recomendaciones de la American College of Cardiology/ American Heart Association.²⁴⁻²⁵

B. Relativas

- Isquemia coronaria activa.

- Insuficiencia cardiaca congestiva asociada a hipotensión arterial.
- Precauciones con insuficiencia renal o hepática severa.
- Retinitis pigmentaria.
- La asociación con antagonista de los receptores alfa adrenérgicos (clorhidrato de tamsulosina) usado en hipertrofia benigna de próstata, en caso del Sildenafil no asociar en dosis de 50 y 100 mgr, en cuanto al Vardenafilo contraindicación absoluta de asociación, el Tadalafilo no presenta contraindicación a la asociación.
- Terapia antihipertensiva múltiple.
- **Historia reciente de accidente cerebro vascular o IAM (< 3 meses).**
- Inhibidores de la enzima HMG-CoA reductasa (simvastatina, atorvastatina, etc.).
- Fármacos que se metabolizan como los IPDE-5 por la vía del citocromo P450 CYP3A4 como antimicóticos (ketoconazol, itraconazol, clotrimazol) o antibióticos macrólidos (eritromicina) e inhibidores de la proteasa del VIH (indinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir) al prolongar la duración de la acción y aumentar las concentraciones en suero de los fármacos. Como curiosidad el zumo de pomelo es un inhibidor débil del metabolismo del CYP3A4 localizado en la pared intestinal, por lo cual puede producir incrementos pequeños de los niveles plasmáticos de los IPDE-5.
- Calcioantagonistas (amlodipino, diltiazem, etc.) diuréticos, digital, y otros productos como la cimetidina, teoflina, omeprazol, sertralina, fluoxetina.

- **LA ASOCIACIÓN DE IPDE-5 Y NITRATOS ES ABSOLUTA**
- **ANTES DE 3 MESES DE UN IAM SU CONTRAINDICACIÓN ES RELATIVA**
- **LOS IPDE-5 DEBEN SER INDICADOS POR UN CARDIÓLOGO TRAS VALORAR ERGOMETRÍA, FRACCIÓN DE EYECCIÓN, ETC.**

Efectos secundarios³⁸⁻³⁹⁻⁴¹

Los efectos secundarios en los tres productos son semejantes, muchos están en relación a su acción vasodilatadora periférica:

- Cefalea, rubor facial ($\geq 10\%$), dispepsia, náuseas, mareo, rinitis ($\geq 1 \leq 10\%$), hipotensión, dolor lumbar.

— Trastornos visuales por una mayor sensibilidad a la luz ($> 0,1 < 1\%$), provocando cambios en la percepción de los colores en los rangos del azul/verde y morado, desaparece con la actividad de producto, estando muy relacionado con las dosis elevadas.

— Aumento del intervalo QT debiendo tener cuidado con fármacos que causen este efecto (amiodarona, quinina, sotalol, procainamida).

BIBLIOGRAFÍA

¹ World Health Organization. (WHO-OMS). Official Records of the World Health Organization, n.º 2, p. 100. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>. Consulta: 27 febrero 2011.

² Salleras Sanmartín L. Educación sanitaria. Barcelona: Díaz de Santos; 1985.

³ Gro Harlem Brundtland. The World health report 1999. Disponible en: http://ftp.who.int/gb/pdf_files/WHA52/ew4.pdf. Consulta: 27 febrero 2011.

⁴ World Health Organization. (WHO-OMS). Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html. Consulta: 27 febrero 2011.

⁵ Organización Internacional del Trabajo. Disponible en: <http://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm>. Consulta: 27 febrero 2011.

⁶ World Health Organization. (WHO-OMS). Determinantes sociales de la salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/. Consulta: 27 febrero 2011.

⁷ Health Organization: Technical Report Series 270. Rehabilitation of patients with cardiovascular disease. Report of a WHO expert committee. Gêneve, 1964.

⁸ Bandura A. Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191-215.

⁹ García Garrido L, Baltasar Bagué A. La educación para la salud: Adopción de actitudes y mantenimiento de nuevos comportamientos. En: Portuondo Maseda MT, Martínez Castellanos T, Delgado Pacheco J, García Hernández P, Gil Alonso D, Mora Pardo JA, Reina Sánchez M, Sánchez Carrio AM, Vivas Tovar ME (eds.). Manual de Enfermería. Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2009: 42-50. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/preven/cap_02_sec_02.pdf. Consulta: 1 mayo 2011.

¹⁰ Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390-395.

- ¹¹ Ramos Pinedo A, Mayayo Ulibarri ML. Manual SEPAR de procedimientos: Abordaje del tabaquismo. Barcelona; 2007. Disponible en: <http://www.separ.es/doc/publicaciones/normativa/Procedimientos13.pdf>. Consulta: 1 mayo 2011.
- ¹² Intervención mínima en tabaquismo: un abordaje integrador para profesionales sanitarios. Sevilla: Consejería de Salud de Andalucía; 2008
- ¹³ Balcells Olivero M, Torres Morales M, Yahne CE. Terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. En: Becoña E. Monografía tabaco. Adicciones. 2004;16 (supl. 2):227-236. Disponible en: [http://www.adicciones.es/files/5.2\).pdf](http://www.adicciones.es/files/5.2).pdf). Consulta: 1 mayo 2011.
- ¹⁴ García-Hernández P. Objetivos, intervenciones y perfil de enfermería en un programa de rehabilitación cardiaca. *Enferm Científ.* 2004;266-267:21-27.
- ¹⁵ Portuondo MT, Marugan P, Soriano C. Papel de la enfermería en rehabilitación cardiaca. En: Maroto Montero JM, De Pablo Zarzosa C, Artigao Ramírez R, Morales MD (eds.). *Rehabilitación cardiaca*. Barcelona: Olalla; 1999: 301-308.
- ¹⁶ Cruzado C. La rehabilitación cardiaca en el centro de salud. Intervención del diplomado universitario en enfermería. En: Espinosa Caliani JS, Bravo Navas JC (eds.). *Rehabilitación cardiaca y atención primaria*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2002: 125-131.
- ¹⁷ Antúnez de la Rosa MR, Jiménez VC. Participación de la enfermera en la rehabilitación cardiaca. *Arch Cardiol Méx.* 2002;72(supl 1):S247-S253.
- ¹⁸ Codina C. Revisión de los estudios realizados en España de información sobre medicamentos y cumplimiento terapéutico. *Monografías Dr. A. Esteve*. Barcelona. Fundación Dr. Antonio Esteve; 2000.
- ¹⁹ Lolás F. Información, comunicación y equidad: dilemas en el ámbito sanitario. *Rev Panam Salud Publica.* 2002;11(5-6):430-434. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000600017&lng=en&nrm=iso. Consulta: 1 mayo 2011.
- ²⁰ Kirkpatrick D. Claves para una comunicación eficaz. Barcelona: Gestión 2000; 2001.
- ²¹ García Hernández P, Yudes Rodríguez E. Desempeño sexual en la cardiopatía isquémica. *Enferm Cardiol.* 2008;15(44):25-28. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/res4403.htm>. Consulta: 1 mayo 2011.
- ²² García Hernández P. Sexualidad y cardiopatía. En: Portuondo Maseda MT, Martínez Castellanos T, Delgado Pacheco J, García Hernández P, Gil Alonso D, Mora Pardo JA, Reina Sánchez M, Sánchez Carrio AM, Vivas Tovar ME (eds.). *Manual de Enfermería. Prevención y Rehabilitación Cardiaca*. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2009: 288-320. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/preven/cap_07.pdf. Consulta: 1 mayo 2011.

- ²³ Sexualidad y corazón. Fundación del corazón. Disponible en: http://www.fundaciondelcorazon.com/index_ie.html. Consulta: 1 mayo 2011.
- ²⁴ De Busk R, Drory Y, Goldstein I, Jackson G, Kaul S, Kimmel SE, Kostis JB, Kloner RA, Lakin M, Meston CM, Mittleman M, Muller JE, Padmanathan H, Rosen RC, Stein RA, Zusman R. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of The Princeton Consensus Panel. *Am J Cardiol.* 2000;86(2):175-181.
- ²⁵ Kostis JB, Jackson G, Rosen R, Barrett-Connor E, Billups K, Burnett AL, Carson C 3rd, Cheitlin M, Debusk R, Fonseca V, Ganz P, Goldstein I, Guay A, Hatzichristou D, Hollander JE, Hutter A, Katz S, Kloner RA, Mittleman M, Montorsi F, Montorsi P, Nehra A, Sadosky R, Shabsigh R. Sexual dysfunction and cardiac risk (the Second Princeton Consensus Conference). *Am J Cardiol.* 2005;96(12B):85M-93M.
- ²⁶ Maroto Montero JM. Disfunción sexual en el cardiópata. En: Maroto Montero JM, De Pablo Zarzosa C, Artigao Ramírez R, Morales MD (eds.). *Rehabilitación cardíaca.* Barcelona: Olalla; 525-531.
- ²⁷ Ávila García G. Cardiopatía y sexualidad. *Arch Hispanoamericanos Sex.* 2001;7(2):133-149. Disponible en: <http://www.imesex.edu.mx/volumenes.htm>. Consulta: 1 mayo 2011.
- ²⁸ Maroto Montero JM. Disfunción sexual en el cardiópata. En: Maroto Montero JM, De Pablo Zarzosa C, Artigao Ramírez R, Morales MD (eds.). *Rehabilitación cardíaca.* Barcelona: Olalla; 1999: 525-531.
- ²⁹ Díaz Cortina E. Actividad sexual en pacientes cardiópatas. *Rev Mex Enferm Cardiol.* 2002;10(3):106-108. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en023e.pdf>. Consulta: 1 mayo 2011.
- ³⁰ Ávila García G. Cardiopatía y sexualidad. *Arch Hispanoamericanos Sex.* 2001;7(2):133-149. Disponible en: <http://www.imesex.edu.mx/volumenes.htm>. Consulta: 1 mayo 2011.
- ³¹ Artiago Ramírez R. Planificación del entrenamiento físico. En: Maroto Montero JM, De Pablo Zarzosa C, Artigao Ramírez R, Morales MD (eds.). *Rehabilitación cardíaca.* Barcelona: Olalla; 1999: 271-286.
- ³² Sainz Hidalgo I. Aspectos específicos de la disfunción eréctil en cardiología. Sección de cardiología preventiva y rehabilitación de la Sociedad Española de Cardiología. Disponible en: http://www.secpyr.org/index.php?option=com_content&task=view&id=240&Itemid=151%20. Consulta: 7 abril 2006.
- ³³ Ueno M. The so-called coition death. *Nihon Hoigaku Zasshi.* 1963;17:333-340.
- ³⁴ Drory Y, Shafira I, Fisman EZ, Pines A. Myocardial ischemia during sexual activity in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol.* 1995;75(12):835-837.
- ³⁵ Foro de la salud del hombre en disfunción eréctil. Documento de consenso sobre disfunción eréctil, elaborado por 12 entidades científicas. Barcelona:

Pfizer. 2002. Disponible en: http://www.semergen.es/semergen2/microsites/manuales/disfuncion_erectil/disfuncion_erectil.htm. Consulta: 20 junio 2008.

³⁶ Atienza G. La prótesis de pene en el tratamiento de la disfunción eréctil. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Subdirección Xeral de Aseguramento e Planificación sanitaria. Consellería de Sanidade. Serie Avaliación de Tecnoloxías. Informes de Avaliación: INF2005/02.

³⁷ Rodríguez Vela L, Gonzalvo Ibarra A, Pascual Regueiro D, Rioja Sanz L. Disfunción eréctil. Actas Urol Esp. 2002;26(9):667-690.

³⁸ Viana Zulaica V, Chantada Abal V. Disfunción eréctil. Guías Clínicas. 2006;6(3). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/derectil.asp>. Consulta: 17 junio 2008.

³⁹ Goldstein I, Munárriz R, Martín Morales A, Moncada I. Vardenafilo y disfunción eréctil. London: Science Press; 2003.

⁴⁰ Puesta al día en disfunción eréctil. Programa de actualización médica continúa. Tribuna Médica. 101(8). Disponible en: http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/T/Tribuna101n8erectil_p10-18/erectil.htm. Consulta: 25 febrero 2008.

⁴¹ Kontaras K, Varnavas V, Kyriakides Z. ¿Causa el Sildenafil infartos de miocardio o muertes súbitas cardíacas?. Am J Cardiovasc Drugs. 2008;8(1)1-7.

ANEXO

*Díptico informativo del Grupo de trabajo de
Prevención y Rehabilitación Cardíaca de la AEEC*

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA
AEEC



www.enfermeriaencardiologia.com



Grupo de Trabajo
Prevención y Rehabilitación Cardíaca

CONSEJOS PARA PACIENTES CON
ENFERMEDAD CARDIACA TRAS EL
ALTA HOSPITALARIA

Este folleto va dirigido a pacientes que, como usted, padecen una enfermedad del corazón y han sido recientemente dados del alta. Le ofrece una serie de consejos para la vuelta a su vida cotidiana.

En su informe de alta, encontrará la información referente a su enfermedad, tratamiento, recomendaciones, plan de cuidados y programación de las revisiones que debe realizar. Léalo atentamente y en caso de duda consulte al equipo de profesionales que le atendió.

GRUPO DE TRABAJO EN PREVENCIÓN
Y
REHABILITACIÓN CARDIACA

GRUPO DE TRABAJO EN PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CARDIACA

► MANEJO DEL DOLOR ANGINOSO

Si en algún momento sintiera dolor o molestias en el pecho:

- Cese la actividad que esté realizando y procure acostarse o sentarse
- Relájese, respire hondo y colóquese un comprimido de nitroglicerina debajo de la lengua procurando no tragar saliva (primera dosis)
- Espere 8 o 10 minutos, si el dolor no cesa, colóquese otro comprimido (segunda dosis)
- Si en otros 8 o 10 minutos el dolor no cesa, póngase una tercera dosis y llame al 112 o 061 y solicite atención médica urgente.
- Recuerde no tomar nunca dos dosis a la vez, ya que podría bajarle bruscamente la tensión arterial
- Si los episodios de dolor anginoso son frecuentes, comuníquelo a su médico

► ASOCIACIONES Y GRUPOS DE APOYO

Es recomendable participar en asociaciones de pacientes cardíacos. Existen grupos de autoayuda que le apoyarán tanto a usted como a su familia para superar la enfermedad y continuar cuidándose de forma apropiada.



► PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CARDIACA

En algunos hospitales, el Servicio de Cardiología dispone de una Unidad de Prevención y Rehabilitación Cardíaca que ofrece programas para ayudarle a conocer mejor su enfermedad, controlar sus consecuencias y conseguir mejorar su calidad de vida. En estos programas se tratan temas como la actividad física, el control de los factores de riesgo, los factores psicológicos y la ayuda a la reincorporación sociolaboral. En la Unidad de Prevención, un equipo de profesionales le brindará su apoyo.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA
AEEC

► LA ENFERMEDAD

Las enfermedades del corazón pueden ser ocasionadas por problemas en la anatomía cardíaca (músculo, válvulas...), alteraciones del sistema de conducción eléctrica (arritmias...), o malformaciones congénitas, aunque la causa más común es la alteración de la circulación sanguínea en las arterias que riegan el corazón (arterias coronarias).

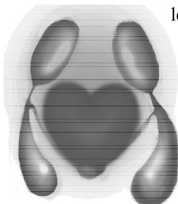
► FACTORES DE RIESGO



Existen una serie de factores que favorecen el desarrollo de las enfermedades relacionadas con el aparato circulatorio. Son los llamados **FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR**. Algunos de estos factores, como la **edad**, el **sexo** o los **antecedentes familiares**, no son modificables. Otros, en cambio, sí se pueden modificar, como por ejemplo la **obesidad**, el **sedentarismo**, la **hipertensión arterial**, la **diabetes**, los **hábitos de fumar y tomar alcohol**, la **ingesta excesiva de grasas**, así como las alteraciones psicológicas (**estrés, ansiedad, depresión e ira**).

El control de los factores de riesgo que han sido causantes de su enfermedad, favorecerá que en el futuro se pueda controlar la progresión de su enfermedad y evitará las recaídas.

► ACTIVIDAD SEXUAL



Las relaciones sexuales pueden reanudarse a las 2-4 semanas del alta hospitalaria, siempre y cuando no tenga síntomas. Se recomienda comenzar lentamente para conseguir una mejor adaptación del corazón. Nunca debe practicar sexo después de comer, tras esfuerzos físicos o emociones fuertes, debiendo esperar en estos casos al menos tres horas. Si apareciese dolor en el pecho, abandone el acto sexual y siga los consejos del manejo del dolor anginoso.

Medicamentos como Viagra®, Levitra®, Cialis® etc., sólo podrán tomarse por prescripción de su cardiólogo.

► ACTIVIDAD FÍSICA

Realizar actividad física de forma regular ayuda controlar los factores de riesgo y mejora la calidad de vida. Es importante caminar a un ritmo que le permita hablar sin dificultad y nunca corriendo. Comience de manera progresiva hasta llegar a 1 hora diaria 5 días a la semana. Evite en los primeros días las cuestas, vista ropa cómoda y beba líquidos para evitar la deshidratación. Otras actividades como ir en bicicleta o nadar también son recomendables.

Evite siempre realizar ejercicios violentos o competitivos, levantar o empujar pesos excesivos, exponerse a temperaturas extremas, caminar después de comer o hacerlo con síntomas de mareos, dolor, o cansancio.

► REINCORPORACIÓN AL TRABAJO Y A LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS

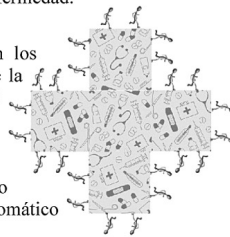
La incorporación a las actividades de la vida diaria deben iniciarse de forma progresiva y bajo supervisión médica. Debe escuchar a su corazón e identificar signos como mareos, fatiga y malestar ante el esfuerzo. Recuerde que **USTED NO ES UN INVÁLIDO** y que podría incorporarse a su trabajo habitual a partir de los dos meses, siempre dependiendo de las características y evolución de su enfermedad.

Sobre la conducción de vehículos

Podrá conducir vehículos, privados o comerciales, en los plazos que para cada patología cardiovascular establece la Dirección General de Tráfico. Para los viajes largos, si tiene dudas, consulte con su equipo de salud.

Otros consejos

- Tome siempre su medicación
- Lleve siempre encima una copia de su informe médico
- Si es portador de marcapasos o Desfibrilador Automático Implantable (DAI), lleve consigo siempre la tarjeta del dispositivo y evite la exposición a campos electromagnéticos
- Si tiene que someterse a cualquier intervención quirúrgica, incluso visitar al dentista, lleve una copia de su informe médico, especialmente si es portador de válvulas, dispositivos o toma anticoagulantes o antiagregantes.



► ALIMENTACIÓN

La alimentación es fundamental para controlar los factores de riesgo. Le recomendamos que siga la dieta mediterránea:

- Evite comidas copiosas, y realice de 4 a 5 comidas al día
- Tome muy poca sal, sobre todo si es hipertenso o tiene insuficiencia cardíaca. Condimente las comidas con hierbas o especias.
- Pescado blanco y azul, de 3 a 4 veces por semana
- Carne de pollo, pavo o conejo de 3 a 4 veces por semana; y de cerdo o ternera de 1 a 2 veces por semana
- Frutas, verduras y hortalizas diariamente; legumbre 2 veces por semana
- Arroz, pasta, patatas y/o pan, a diario; si es diabético u obeso, una vez por semana
- Productos lácteos (leche, yogur, queso) siempre desnatados, de 2 a 3 raciones diarias
- Los Frutos secos son cardiosaludables, pero son muy calóricos y salados.
- Evite embutidos, vísceras, bollería industrial y aperitivos salados



Si tiene sobrepeso y/o diabetes, debe moderar las raciones y las calorías. Controle de manera regular su peso y el perímetro de su cintura abdominal.

EJERCICIO 4

1. Bandura enfatiza la importancia en la modificación de las conductas humanas en:

- a) El resultado y la posibilidad de conseguirlo.
- b) El momento de cambio en que se encuentre el sujeto.
- c) La eficacia de la intervención y la confianza del sujeto en poder hacerlo.
- d) Todas son verdaderas.

2. Caso clínico. Paciente con IAM antero-septal de 2 meses de evolución, con revascularización incompleta, ergometría: 4,5 Mets negativa clínica y positiva eléctrica, frecuencia cardiaca alcanzada 110 latidos por minuto, en tratamiento con parches de nitroglicerina transdérmica de 9 h y retirado a las 23 h, con FRCV: obesidad, dislipemia, estrés laboral y fumador de 25 cigarrillos/día durante 35 años, ICAT (índice acumulado de tabaco) de 44. Le preguntamos: ¿Desea dejar de fumar?, podemos ayudarle a dejarlo. Responde: No, el tabaco no me sienta mal, a mí esto me ha sucedido por el trabajo tan estresante que tengo. ¿Cuál es el estadio de cambio en el que se encuentra el sujeto?

- a) Contemplativo.
- b) Contemplador crónico.
- c) Preparación para la acción.
- d) Precontemplativo.

3. ¿Qué intervenciones se acometerán según el estadio de cambio en que se encuentra el sujeto del caso clínico anterior?

- a) Entrevista motivacional.
- b) Aclaremos las metas y las estrategias de cambio.
- c) Informaremos sobre los efectos adversos del hábito o estilo de vida, sobre los beneficios que produce el cambio y le ofreceremos nuestra ayuda.
- d) Todas las intervenciones descritas deben realizarse.

4. ¿Qué actitud debe tomar el profesional de salud en el caso clínico anterior?

- a) El profesional de salud deber ser siempre un «facilitador» del cambio en el estilo de vida.
- b) Debemos realizar una planificación de cuidados.
- c) Informaremos sobre los efectos adversos del hábito o estilo de vida, sobre los beneficios que produce el cambio y le ofreceremos nuestra ayuda.
- d) Todas las respuestas anteriores deben realizarse.

5. Al realizar la historia de enfermería, ¿podremos acometer también intervenciones individuales, tales como el consejo profesional o la entrevista motivacional?

- a) Nunca son intervenciones independientes y no deben realizarse conjuntamente.
- b) Sólo la entrevista motivacional, por estimular y motivar al cambio al sujeto.
- c) No, porque la historia de enfermería es una intervención grupal.
- d) Sí, las intervenciones individuales pueden realizarse conjuntamente.

6. Si al paciente del caso clínico anterior le realizamos una charla con otros pacientes y le entregamos el díptico informativo diseñado para tal efecto, ¿qué intervención y método habremos realizado?

- a) Intervención grupal y método bidireccional y unidireccional.
- b) Intervención grupal y método bidireccional ambos.
- c) Intervención grupal y método unidireccional ambos.
- d) Intervención individual y método bidireccional y unidireccional.

7. ¿El paciente del caso clínico en la historia de enfermería nos consulta si puede mantener relaciones sexuales y tomar IPDE-5?

- a) Puede mantener relaciones sexuales, pues hace más de 14-28 días del alta hospitalaria y puede tomar IPDE-5.
- b) Puede mantener relaciones sexuales, pues hace más de 14-28 días del alta hospitalaria y no puede tomar IPDE-5.
- c) No puede mantener relaciones sexuales ni tomar IPDE-5.
- d) No puede mantener relaciones sexuales pero podría tomar IPDE-5.

8. En el caso clínico, el paciente durante la relación sexual presenta dolor anginoso. ¿Qué debe hacer?

- a) Desistir, realizar respiración abdominal y comenzar la pauta de nitratos sublinguales.
- b) Desistir, sentarse y realizar respiración abdominal, hasta disminuir la frecuencia cardíaca y desaparecerá el dolor anginoso.
- c) No desistir de la actividad sexual, poco a poco se ira calmando pues la actividad produce vasodilatación.
- d) No desistir de la actividad sexual y tomar un comprimido de nitroglicerina sublingual.

9. En el supuesto de que, en el caso clínico, la ergometría fuese de 7 Mets, y no estuviese en tratamiento con nitroglicerina transdérmica, ¿podría mantener relaciones sexuales y tomar IPDE-5?

- a) Puede mantener relaciones sexuales, pues hace más de 14-28 días del alta hospitalaria, y puede tomar IPDE-5.
- b) Puede mantener relaciones sexuales, pues hace más de 14-28 días del alta hospitalaria, y no puede tomar IPDE-5.
- c) No puede mantener relaciones sexuales ni tomar IPDE-5.
- d) No puede mantener relaciones sexuales, pero podría tomar IPDE-5.

10. En el supuesto de que, en el caso clínico, la ergometría fuese de 7 Mets, y no estuviese en tratamiento con nitroglicerina transdérmica y hubiesen transcurrido 6 meses del evento coronario, se le han prescrito IPDE-5, pero a las pocas horas de tomarlo comienza a ver azulado o morado, ¿qué hace el paciente?

- a) Acude a urgencias para un lavado gástrico presenta una intoxicación por IPDE-5.
- b) Es buena señal pues es un efecto usual en los IPDE-5.
- c) No debemos preocuparnos, pero sería conveniente consultar con el cardiólogo la dosis de IPDE-5.
- d) Nada, pues los IPDE-5 no producen cambios en la visión.