

**(\*) Se quiere hacer constar que la extensión de este proyecto es mucho mayor y se ha tenido que adaptar a las bases del concurso**

**CATEGORÍA:** INICIATIVAS CORRESPONSABLES

**TÍTULO:** ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA. PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA ESPECÍFICO

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

**JUSTIFICACIÓN:** Creo que es imprescindible que se empiecen a desarrollar de forma efectiva políticas sanitarias de género dirigidas a satisfacer las necesidades específicas

de las mujeres con enfermedades prevalentes. Por este motivo resulta imprescindible publicitar este tipo de iniciativas.

### **DESARROLLO/ CONCLUSIONES:**

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

Requisito previo: Enfermería de enlace. La intervención principal a llevar a cabo inicialmente necesita de forma previa la creación de la figura de enfermero de enlace o de caso, una figura plenamente integrada en otras comunidades como la andaluza y que en la Comunidad valenciana comienza a esbozarse con cierta timidez. Este profesional sería el encargado de coordinar los niveles asistenciales de atención primaria y hospitalaria para que una vez la paciente abandona el recinto hospitalario se pueda llevar un seguimiento efectivo de su recuperación. Ésta sería la figura de referencia que comunicaría a los distintos profesionales que van a intervenir en el programa; trabajadores sociales, fisioterapeutas, cardiólogos, personal de enfermería, etc. Todo ello con el propósito principal de poner a la mujer en unas óptimas condiciones para evitar su reingreso <sup>69</sup>. ¿Cuáles podrían ser las atribuciones específicas de esta figura de enfermería de enlace? Entre ellas se encargaría del establecimiento y control del informe de alta de enfermería, y se aseguraría que esa información llegase de forma correcta a atención primaria para facilitar el seguimiento de la paciente y su inclusión en el programa de rehabilitación. Hay que especificar llegados este punto que se debe entender aquí el concepto de rehabilitación cardíaca en su acepción más amplia, incluyendo para ello tanto los aspectos puramente físicos de la enfermedad, como los psicológicos, sociales y culturales. La creación de esta figura responde a dos de los objetivos que se plantea el programa:

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

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

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

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

Líneas argumentales del programa: los pilares básicos en los que se basa este programa son la educación para la salud y el “counseling”, dirigidas ambas a la consecución de un cambio de actitudes y valores en la mujer respecto a su enfermedad y a su estilo de vida, fundamentalmente <sup>73</sup>. No obstante una parte importante del programa la constituiría la Rehabilitación cardíaca, que aunque ha demostrado sobradamente sus enormes beneficios, adolece de algo que se pretende paliar aquí: se centra casi de forma exclusiva en los aspectos físicos de la enfermedad y aún en la actualidad es relativamente escasa <sup>74,5</sup>. Con todo, se estima que la rehabilitación cardíaca supondría un ahorro de 1600 euros por paciente<sup>(1)</sup>.

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

---

<sup>1</sup> Estudio publicado en la Revista Española de Cardiología en 1996 por Carmen de Pablo y José María Maroto

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

### BLOQUE I. REHABILITACIÓN FÍSICA.

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

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

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

1. Médico cardiólogo.
2. Médico rehabilitador.
3. Un médico geriatra.
4. Fisioterapeuta.
5. Enfermero.
6. Nutricionista.

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

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

- 12 semanas de tratamiento a 3 sesiones por semana de 1 hora de duración (DUE-fisioterapeuta)..... 450 euros por paciente (72 horas en total a 25 euros/hora: 1800 euros / 4 pacientes que se tratan en una hora)
- 4 sesiones de educación impartidas por un médico y un enfermero, de una hora de duración cada una..... 42.5 euros por paciente (4 sesiones de una hora suponiendo que el médico perciba 40 euros/ hora y 25 euros /hora para el enfermero y repartiendo equitativamente el tiempo:  $2 \times 25 + 2 \times 40 = 130$  /10 pacientes por sesión.....130 euros (13 euros por paciente)

Actividades propuestas en esta fase:

- TALLER DE AUTOCUIDADOS. APRENDER A CONVIVIR CON LA ENFERMEDAD

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

Aspectos que se pretenden conseguir:

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

## BLOQUE II. REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA.

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

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

Recursos humanos necesarios

1. Psicólogo.
2. Enfermero..
3. Musicoterapeuta.

Recursos materiales: mesas, sillas, medios de soporte audiovisual

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

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

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

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

Actividades propuestas:

- Intervención psicológica individual y grupal.
- Sesiones de psicoterapia<sup>(2)</sup>:
- Taller de técnicas de relajación psicomuscular
- Educación para la salud:.

---

<sup>2</sup> Contenidos adaptados de la unidad de prevención y RHB cardiaca área de Valme (Sevilla)

### BLOQUE III. REHABILITACIÓN SOCIAL

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

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

Objetivos de esta fase:

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

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

En este bloque resulta ciertamente esencial el trabajo que efectúa el trabajador social, que debe empeñarse en conocer cuál es la realidad en la que están inmersas las

pacientes y cuáles son los recursos sociosanitarios de los que pueden disponer para adaptar su vida a la enfermedad teniendo en cuenta todas las variables biopsicosociales y culturales de los sujetos.

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

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

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

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

Recursos humanos necesarios

1. Trabajador social.
2. Psicólogo.
3. Periodista..
4. Enfermero.

Recursos materiales: mesas, sillas, medios de soporte audiovisual



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

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

## **ANEXOS:**

PRIORIZACIÓN DE ACTIVIDADES

TALLER DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

ACTIVIDADES DE ABP / GRUPOS FOCALES

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

## PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS EN LA ACTUACIÓN

PROBLEMAS DETECTADOS	Gravedad Repercusión sobre los individuos	Extensión ¿A cuántas personas afecta?	Vulnerabilidad ¿Con nuestros medios se puede influir en el problema?	Evolución espontánea ¿Tiende a agravarse o a mejorar por sí mismo?	Necesidad sentida	Prioridad
Baja percepción del riesgo	Alta	General	Alta	Tiende a empeorar	No	1
Infravaloración de síntomas por parte de la mujer /falta de concienciación de la mujer	Alta	General	Alta	Tiende a empeorar	No	1
Escasa prevención	Alta	General	Muy alta	Tiende a empeorar	No	2
Patología r/c salud mental (ansiedad, depresión)	Moderada -alta	Amplia	Sí	-	Si	2

Alta prevalencia de FRCV modificables	Alta	General	Muy alta	Tiende a empeorar	No	2
Desconocimiento de los FRCV y su manejo	Alta	General	Muy alta	Tiende a empeorar	No	1
Déficit de conocimientos previos sobre la enfermedad	Alta	General	Muy alta	Tiende a empeorar	No	1
Falta de recursos para gestionar adecuadamente su salud	Alta	General	Muy alta	Tiende a empeorar	No	1
Falta de percepción social sobre la enfermedad y los sesgos de género	Alta	General	Muy alta	Tiende a empeorar	No	2

## TALLERES DE REHABILITACIÓN CARDIACA<sup>3</sup>

### TALLER 1. CONTROL DE LOS FRCV

#### CONTENIDOS:

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

#### RECURSOS NECESARIOS:

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

---

<sup>3</sup> El contenido de estos talleres ha sido adaptado del material cedido de forma desinteresada por INSVACOR, Instituto valenciano del Corazón

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

#### GRUPOS FOCALES Y APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS.

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

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

1. La angina de pecho y el infarto se manifiestan del mismo modo en hombres y mujeres

VERDADERO  FALSO

2. En la mujer es más infrecuente la aparición de angina de pecho e infarto en edades avanzadas

VERDADERO  FALSO

3. En las mujeres suele ser peor el pronóstico en caso de infarto que en los hombres

VERDADERO  FALSO

4. No existen diferencias significativas en la forma de responder ante la enfermedad cardiaca entre hombres y mujeres

VERDADERO  FALSO

5. Las mujeres suelen demorar la solicitud de asistencia médica especializada ante los primeros síntomas de alarma

VERDADERO  FALSO

6. La mujer antepone las necesidades familiares a las suyas propias en general, incluso en el contexto de una enfermedad cardiaca

VERDADERO  FALSO

7. La angina y el infarto son dos enfermedades cardiacas que no tienen factores de riesgo destacables

VERDADERO  FALSO

8. El principal síntoma de un infarto de miocardio es siempre el dolor

VERDADERO  FALSO

9. Las mujeres en general carecen de información suficiente sobre la enfermedad cardiaca y su manejo

VERDADERO  FALSO

10. La herencia genética en la angina de pecho y el infarto no es muy importante

VERDADERO  FALSO

#### ABP: CASO PRÁCTICO

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

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

A las seis y cuarto se levanta su marido y tras referirle María todo lo ocurrido le insiste en llevarla al hospital. Ella aduce que no tiene tiempo, que a las ocho le traen a los

nietos para cuidarlos y tiene que estar en casa para prepararles el desayuno. Ante la perseverancia del marido que la consigue convencer finalmente se dirigen al hospital más cercano que se encuentra a unos veinte minutos en coche. Al llegar allí el marido proporciona los datos de María en admisión y al cabo de diez minutos María se encuentra en una camilla rodeada de personal sanitario. No recuerda mucho más porque al poco de estar allí le debieron administrar alguna medicación para relajarse y perdió la conciencia.

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

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

#### CUESTIONES A RESOLVER

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

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



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

	<p>-11. Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro</p> <p>-12. Impacto percibido sobre el estado funcional</p>	<p>5430- grupo de apoyo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar información objetiva sobre la enfermedad y desmitificar</li> <li>- Ayudar ala paciente a identificar situaciones que le generen ansiedad</li> </ul>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sancho JL, Sarria A, Yáñez D. Revisión de intervenciones en Atención Primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. Madrid: Instituto de salud Carlos III-Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003. Informe de Evaluación de Tecnologías sanitarias nº 39. [Consultado 5.11.2009]. Disponible en: [http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones\\_agencia/39APPreven\\_EnfCrónicas.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones_agencia/39APPreven_EnfCrónicas.pdf)
2. Martín JM, Sarria A, Palma M, García de Dueñas L. Manejo hospitalario de la cardiopatía isquémica en España. Análisis de la situación. Madrid: Instituto de Salud Carlos III-Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001. Informe de Evaluación de Tecnologías sanitarias nº 31. [Consultado el 5.11.2009]. Disponible en: [http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones\\_agencia/31Cardiolsque.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones_agencia/31Cardiolsque.pdf)
3. Peiró S. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y tendencias entre 1997 y 2005. *Rev. Esp. Cardiol.* 2002; 55: 337-46
4. Baena Díez JM, Del Val J, Tomás J, Martínez J, Martín R, González I et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en Atención Primaria. *Rev. Esp. Cardiol.* 2005; 58(4): 367-73
5. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Las personas mayores en España, tomo I. Observatorio de personas mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. ISBN 84-8446-082-7
6. Fernández A, Mgueraman R, Cruzado C. Campaña de prevención de factores de riesgo cardiovascular y Educación para la Salud. *Enfermería en Cardiología* 2005; Año XII (36): 35-39.
7. Salvador MJ, De Teresa E., López E. Informe de la salud cardiovascular en España en el contexto europeo. Fundación Española del Corazón; Sociedad Española de Cardiología. 2008
8. McSweeney J, Lefler L, Crowder B. What's wrong with me? Women's coronary heart disease diagnostic experiences. *Progress in Cardiovascular Nursing* 2005(2): 48-57.
9. Waller C. Understanding prehospital delay behaviour in acute myocardial infarction in women. *Critical Pathways in Cardiology* 2006; 5 (4): 228-234.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de cardiopatía isquémica. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006

11. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 2007: INE; 2007. [Actualizada el 05.11.2009; consultada el 12.11.2009]. Disponible en [https://  
http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2007/l0/&file=01001.px&type=pcaxis&L=0](https://http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2007/l0/&file=01001.px&type=pcaxis&L=0).
12. Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de salud. Ministerio de sanidad y Consumo. Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellitus en España. Ministerio de sanidad y Consumo, Madrid. 2006. (consultado el 9.11.2009). Documento disponible en [https://  
http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/MORTALIDAD\\_POR\\_ENFERMEDADES\\_CRONICAS.pdf](https://http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/MORTALIDAD_POR_ENFERMEDADES_CRONICAS.pdf)
13. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte por Comunidades Autónomas. INE; 2007. [Actualizada el 06.11.2009 ; acceso el 15.11.09]. Disponible en [https://  
http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2007/l0/&file=02011.px&type=pcaxis&L=0](https://http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2007/l0/&file=02011.px&type=pcaxis&L=0).
14. European Heart Network. European Cardiovascular Disease Statistics (2008). [Consultado el 7.11.2009]. Disponible en <http://www.ehnheart.org/files/EU%20stats%202008%20final-155843A.pdf>.
15. Conselleria de Sanitat. Direcció General de Salut Pública. Plan de prevención de enfermedades cardiovasculares. Valencia, Conselleria de Sanitat 2008. [Consultado el 29.10.2009]. Disponible en [http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/DOGV\\_2341\\_DECRETO\\_177\\_1994.pdf](http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/DOGV_2341_DECRETO_177_1994.pdf)
16. Rohifasc I, García MM, Gavaldá L, Medrano MJ, Juvinyà D et al. Género y cardiopatía isquémica. Gac. Sanit 2004; 18(supl 2): 55-64
17. Valls-Llobet C, Ojuel J, López M, Fuentes M. Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres. Centre d'anàlisi i programes sanitaris, Barcelona. Ministerio de Sanidad y Política Social. [Consultado el 2.11.2009]. Disponible en [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/05modulo\\_04.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/05modulo_04.pdf)
18. Cruz Roja Española. Fundamentos conceptuales: la comprensión de género en la intervención social. Madrid: Cruz Roja Española; 2007. [Consultado el 12.11.2009]. Disponible en <http://www.carm.es/psocial/cendoc/bdatos/documentos/ficha.asp?iddoc=10540>

19. Padilla M. El síndrome de Yentl. El País, martes 15 de julio de 2003, p. 33. Reportaje.[acceso 12.11.2009]. disponible en [http://www.elpais.com/articulo/salud/sindrome/yentl/elpsalpor/20030715elpepisa/\\_7/Tes](http://www.elpais.com/articulo/salud/sindrome/yentl/elpsalpor/20030715elpepisa/_7/Tes)
20. Goch A, Misiewicz P, Banach M. The clinical manifestation of myocardial infraction in elderly patients. Clin. Cardiol. 2009 Published online in *Wiley InterScience*. <http://www.interscience.wiley.com>.
21. Walkiewicz M, Krowczynska D, Kuchta U, Kmiecicka M, Kurjata P, Stepinska, J. Acute coronary síndrome-how to reduce the time from the onset of chest pain to treatment?. *Kardiologia Polska* 2008; 66: 11.
22. Anguita M, Alonso J, Bertomeu V, Gómez-Doblas J, López-Palop R, Pedreira M, Pérez-Villacastín M, Roig E. Proyecto de estudio sobre la situación de la enfermedad cardiovascular de la mujer en España: conclusiones y recomendaciones finales. *Rev. Esp. Cardiol. Supl.* 2008; 8: 55-58.
23. Heras M. Cardiopatía isquémica en la mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. *Rev. Esp. Cardiol.* 2006; 59 (4): 371-81.
24. Alfonso F, Bermejo J, Segovia J. Enfermedades cardiovasculares en la mujer: ¿por qué ahora?. *Rev. Esp. Cardiol.* 2006; 59(3): 259-63.
25. McSweeney J, Cody M, Crane P. Do you Know them when you see them? Women's prodromal and acute symptoms of myocardial infraction. *J. Cardiovasc. Nurs.* 2001; 15 (3): 26-38.
26. Wheeler S, Bowen J, Maynard C, Lowy E, Sun H, Sales A, Smith N, Fihn, S. Women veterans and outcomes after acute myocardial infraction. *Journal of women's health* 2008; 18 (5): 1-4.
27. Roig C, Campdepadrós J, Merino O, Ortigosa L, Cazorla M, Monegal M, Gómez MJ. Creencias y percepciones de los cuidadores, formales e informales del enfermo en cardiopatía isquémica. *Enfermería en cardiología* 2003; 28 (1): 30-34.
28. Higgison R. Women's help-seeking behaviour at the onset of myocardial infraction. *British Journal of Nursing* 2008; 17 (1): 10-14.
29. Rosenfeld A, Lindauer A, Darney B. Understanding treatment-seeking delay in women with acute myocardial infraction: descriptions of decision-making patterns. *American Journal of Critical Care* 2005; 14 (4): 285-293.
30. Waller C. Understanding prehospital delay behaviour in acute myocardial infraction in women. *Critical Pathways in Cardiology* 2005; 5 (4): 228-234.

31. Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Publicada en el BOE el 23 de marzo de 2007
32. Ministerio de Economía y Hacienda .Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. Programa 232 B. Madrid: Ministerio de Economía y Hacienda. Secretaría de Estado de Hacienda y presupuestos; 2007. [Consultado el 15.11.2009] Disponible en [http://www.sgpg.pap.meh.es/Presup/PGE2010Proyecto/MaestroDocumentos/PGE-ROM/doc/3/3/2/4/2/N\\_10\\_A\\_A\\_2\\_2\\_4\\_12\\_1\\_1232B\\_2.PDF](http://www.sgpg.pap.meh.es/Presup/PGE2010Proyecto/MaestroDocumentos/PGE-ROM/doc/3/3/2/4/2/N_10_A_A_2_2_4_12_1_1232B_2.PDF)
33. Constitución Española de 1978. BOE 311 de 29.12.1978.
34. Navarro V, Borrell C, Muntaner C, Benach J, Quiroga A, Rodriguez-Sanz M et al. El impacto de la política en salud. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 3(1): 9-32. Enero-abril, 2007. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2385001>. Consultado el 02.11.2009
35. Díez E, Paredes D. Explicando el efecto de la clase social en la salud: la importancia de la educación. *Revista vasca de sociología y ciencia política*, Nº 44, 2007, pags. 91-110. Consultado el 02.11.2009. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2572395>.
36. Urbanos RM. Equidad en el acceso a los servicios sanitarios. *Revista vasca de sociología y ciencia política*, Nº , 2007, pags. 183-192 . Consultado el 02.11.2009. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2572550>.
37. Plan de salud de la Comunitat Valenciana 2005-2009. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Disponible en: <http://www.san.gva.es/cas/comun/plansalud/pdf/iiplandesaludcvalenciana.pdf>
38. Informació socioeconòmica de Gandia i la Safor. L'observatori. Consultado el 02.11.2009. Disponible en [http://estadisticas.observatorigandia.org/estadisticas\\_tabla.aspx?opMenu=71&idoma=esp&pk\\_tabla=100&cat=Estructura%20de%20la%20Poblaci3n&grup=Demograf3a%20y%20Poblaci3n](http://estadisticas.observatorigandia.org/estadisticas_tabla.aspx?opMenu=71&idoma=esp&pk_tabla=100&cat=Estructura%20de%20la%20Poblaci3n&grup=Demograf3a%20y%20Poblaci3n).
39. Población por grupos de edad en Gandía. L'observatori. Disponible en [http://estadisticas.observatorigandia.org/estadisticas\\_tabla.aspx?opMenu=71&idoma=val&pk\\_tabla=105&cat=Estructura%20de%20la%20Poblaci3n&grup=%20Demograf3a%20i%20Poblaci3n](http://estadisticas.observatorigandia.org/estadisticas_tabla.aspx?opMenu=71&idoma=val&pk_tabla=105&cat=Estructura%20de%20la%20Poblaci3n&grup=%20Demograf3a%20i%20Poblaci3n). Consultado el 02-11-2009
40. Lockyer L. Women's interpretation of their coronary heart disease symptoms. *Eur. J. Of Cardiovascular Nurs.* 4 (2005): 29-35.

41. Lockyer L. Women's interpretation of cardiac symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2008; 4 (7): 161-162.
42. Dearborn J, McCullough L. Perception of risk and knowledge of risk factors in women at High risk for stroke. *Stroke* 2009; 40: 00-00. Disponible en: <http://www.stroke.ahajournals.org>.
43. Lefler L, Bondy K. Women's delay in seeking treatment with myocardial infraction. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2004; 19 (4): 251-268.
44. Warner J, Wehner S, Reeves M. Do presenting symptoms explain sex differences in emergency department delays among patients with acute stroke?. *Stroke* 2009; 40: 00-00), disponible en: <http://www.stroke.ahajournals.org>.
45. Appelros P, Stegmayr B, Terént A. Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review. *Stroke* 2009; 40: 00-00), disponible en <http://www.stroke.ahajournals.org>.
46. Del Río O, Maldonado A, Carmena O, Davós R, Garoz B, Gutiérrez A, Lozano G, Monedero A, Sánchez L, Soto C, Villalta M. Educación sanitaria a pacientes con cardiopatía isquémica. *Enfermería en Cardiología* 2005; 35(2): 24-27
47. MacInnes J. The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infraction: a self-regulatory approach. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5 (2006): 280-288.
48. Cazorla M, Ortigosa L, Isla P, Vivas E, Gómez MJ, Roig C, Merino O, Junca C. La percepción del paciente con CI a los dos años del primer evento coronario. *Rev. Enferm. Cardiol* 2004; 31: 30-35.
49. Martínez Qués AA, Rodríguez A, Rodríguez. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. *Enferm. Cardiol*. 2005; Año XII (34): 15-21.
50. DiGiacomo M, Davidson P, Vanderpluym A, Snell R, Dip G, Worrall-Carter, L. Depression, anxiety and stress in women following acute coronary syndrome: implications for secondary prevention. *Australian Critical care* 2007; 20: 69-76.
51. Pineda M, Custardoy J, Ortin JM, Cano JG, Andreu MT, Grau C. Grado de conocimientos, tratamiento y control de la HTA, hipercolesterolemia y diabetes mellitus en la población general adulta. *Aten. Primaria* 2004; 33(5): 254-60.
52. Nguyen T, Liao Y, Gilnengorin G, Tsoh J, Bui-Tong N, McPhee J. Cardiovascular risk factors and Knowledge of symptoms among vietnamese Americans. *J. Gen. Med.* 2008, 24(2): 238-43.

53. O'Keefe-McCarthy S, Price JA. A qualitative study of women's experiences of cardiac pain post intervention. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2008 (7): 7-8
54. Perkins-Porras L, Whitehead D, Strike P, Steptoe A. Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2009; 8(1): 26-33
55. Franco B, Rejane E, Goldemeyer S, Nogueira E. Patients with acute myocardical infraction and interfering factors when seeking emergency care: implications for health education. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2008; 16(3): 414-8. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/13.pdf>
56. Rohifasc I, García MM, Gavaldá L, Medrano MJ, Juvinyà D et al. Variabilidad en el manejo de la Cardiopatía isquémica según el género. Ventajas de la aproximación cualitativa. *Gac. Sanit* 2004; 18(supl 2): 55-64
57. Smith D, Murphy P, Santos P, Phillips M, Wilde M. Gender differences in the Colorado Stroke registry. *Stroke* 2009; 40: 00-00), disponible en: <http://www.stroke.ahajournals.org>.
58. Sjöström-Strand A, Fridlund B. Women's descriptions of symptoms and delay reasons in seeking medical care et the time of a first myocardical infraction: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 45 (2008): 1003-1010.
59. Azad N, Molnar F, Byszewsky A. Lessons learned from a multidisciplinary heart failure clinic for older women: a randomised controlled trial. *Age and Ageing* 2008; 37: 282-287.
60. McSweeney J, Lefler L, Fischer E, Naylor A, Evans L. Women's prehospital delay associated with myocardical infraction. Does race really matter?. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2007; 22 (4): 279-285
61. La sanidad necesita cuidados intensivos. Radiografía al Sistema Nacional de Salud. Artículo publicado en El Mundo (08.10.2009)
62. Salud cardiovascular en la mujer. Observatorio de salud y mujer. [Última actualización 22-12-09. Consultado el 26-12-09] Artículo disponible en: [http://www.obsym.org/jsp/paginas/view\\_pagina.jsp?id\\_paginas\\_tematicas=7&imagen superior=tit/tit\\_que.gif&imagen fondo=imgup7#](http://www.obsym.org/jsp/paginas/view_pagina.jsp?id_paginas_tematicas=7&imagen superior=tit/tit_que.gif&imagen fondo=imgup7#)
63. Observatorio de la salud de las mujeres. Estrategia de acción 2004-2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.
64. López I. Género en la agenda internacional del desarrollo, un enfoque de derechos humanos. *Revista Académica de Relaciones Internacionales*, núm. 2, junio 2005, UAM-AEDRI



65. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Edit. Ediciones científicas y técnicas, 1993.
66. Sánchez P. Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad. Madrid, Ed. Díaz de Santos SA, 2003.
67. Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas. Los fines de la medicina- nº 11- (2004). Fundació Víctor Grifols i Lucas. Barcelona
68. Qureshi A, Suri F, Kirmani J, Divani A. The relative impact of inadequate primary and secondary prevention on cardiovascular mortality in the United States. Stroke 2004; 35; 2346-2350. Disponible en <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/35/10/2346>. Consultado el 10.11.2009