

TEMA 48

EL CONSEJO CARDIOSALUDABLE EN HEMODINÁMICA

AUTORES:

Juan Luis González López, M^a Luz Capote Toledo, Inmaculada Ramírez Briones, Paloma Verdasco Bravo.
Servicio de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista,
Instituto Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

49.1 Introducción: La Educación Sanitaria como Prevención Secundaria

“Somos lo que hacemos .Sobre todo, lo que hacemos por mejorar lo que somos”.

Se habla de Prevención Primaria cuando se trata de evitar que aparezca una enfermedad que aún no se ha manifestado. Prevención Secundaria es aquella que se practica una vez ocurrido un primer evento cardiaco, en evitación de otros posteriores, y que se basa en los beneficios de un estilo de vida cardiosaludable. Paradójicamente, en la cardiología actual dominada por la tecnificación, desde distintos ámbitos científicos se ha señalado la Educación Sanitaria como herramienta más eficaz en la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

Esta labor educativa para la modificación de los hábitos de vida que se comportan como factores de riesgo cardiovascular (FRCV), y lo que supone una reincorporación cardiosaludable a la vida cotidiana tras sufrir un infarto de miocardio (IAM), recae en Atención Primaria (AP) y en las Unidades de Rehabilitación Cardiaca (RC). Tanto médicos de familia como cardiólogos reconocen que *“la implantación de programas de prevención secundaria y de RC es muy escasa, siendo también los resultados muy pobres”*^{1,2}. Incluso se denuncia que, *“comparativamente con otros países europeos, los cardiopatas españoles no son atendidos en este campo y se reincorporan al trabajo en un porcentaje mucho menor”*². De hecho, la reincorporación laboral postinfarto se sitúa en España en un 30%, frente al 50% de otros países occidentales con mayor cobertura de RC, pues mientras en EEUU y Canadá estos programas alcanzan al 50% de los pacientes, este índice desciende en Europa al 30% de Francia o Italia y en España apenas alcanza al 2% de los potenciales candidatos².

Sin embargo, de la importancia que tiene el momento del alta y el regreso del paciente a su vida cotidiana en la prevención secundaria y el devenir de su enfermedad, dan fe las numerosas investigaciones realizadas sobre modificación de hábitos y estilos de vida^{2,3,4,5}, calidad de vida⁶, reincorporación laboral⁷, reinsertión psicosocial^{8,9} o reanudación de la actividad sexual^{10,11,12,13} en pacientes cardiacos, isquémicos o no^{14,15}, mujeres con enfermedad coronaria¹⁶ e, incluso, sobre el entorno del paciente^{17,18}.

49.2 Aspectos inadvertidos del Consejo Cardiosaludable

49.2.1 Sexualidad y Consejo Cardíaco

Diversos estudios confirman la escasa información que recibe el paciente cardíaco sobre su vida sexual postinfarto^{19,20}. En pacientes femeninas y masculinos, el IAM supone un importante impacto negativo sobre la sexualidad. Este hecho constatado apoya la necesidad de incluir en nuestro consejo cardiosaludable un consejo sexual que pueda ser comprendido por los pacientes que mantenían relaciones sexuales antes del infarto, con el fin de aliviar el temor que causa lo desconocido²¹.

49.2.2 Infarto, depresión, disfunción sexual y mortalidad cardíaca

Frecuentemente y de forma concomitante con cardiopatía isquémica pueden presentarse depresión y disfunción eréctil (DE), que interaccionan entre sí al igual que sus terapias. A esto se conoce como la *Triada de refuerzos mutuos de Goldstein* y sus moduladores (estilos de vida, sociología del medio, psicología individual y aspectos sociales, grados de enfermedad y medicaciones inhibitoras de la actividad sexual)²².

Por su parte, Roose y Seidman²³ documentaron la asociación entre depresión, isquemia, disfunción eréctil y mortalidad cardiovascular. Estas asociaciones se regirían por las siguientes bases:

- Los pacientes deprimidos tienen un elevado porcentaje de riesgo de sufrir muerte súbita cardíaca.
- La depresión después de IAM se asocia con un aumento de la mortalidad cardíaca.
- A lo largo del curso de la vida, los pacientes con depresión desarrollan síntomas de isquemia cardíaca fatal en un alto porcentaje si lo comparamos con el resto de la población.
- La depresión se asocia también epidemiológicamente a la aparición de disfunción eréctil.
- Si la depresión es la enfermedad de base, entonces la DE puede considerarse como síntoma de la depresión.
- Sin embargo, si la DE es primaria, el paciente puede desarrollar un síndrome depresivo como reacción a la pérdida de la función sexual.
- Independientemente de que la DE sea síntoma de la depresión o ésta consecuencia de la DE, ambas patologías se presentan frecuentemente de forma concomitante, hasta el punto de que es más fácil que padezca DE un paciente con isquemia que esté deprimido.
- Un intento por parte de estos pacientes de retomar su actividad sexual es más fácil que resulte insatisfactorio y que produzca un aumento de la mortalidad cardíaca asociada a depresión.

Por tanto, el consejo sexual será el resultado de una planificación individualizada de la reanudación sexual. Pero teniendo muy cuenta, de acuerdo con Papadopoulos, que dicho consejo, *“debe aliviar los temores de la reasunción de la actividad sexual, no aumentarlos”*²⁶ y que el consejo impersonal es potencialmente peligroso²⁴.

49.3 El Consejo Cardiosaludable en el Laboratorio de Hemodinámica

49.3.1 Cuando, cómo y por qué

Apenas existe bibliografía sobre la relación que se establece entre profesional y paciente durante la hemostasia, una vez finalizado el procedimiento, sobre todo en caso de compresión manual, generalmente realizada por la enfermera/o. Durante esos momentos, así como durante la entrevista de preparación del cateterismo, se debe y se suele ofrecer un consejo cardiaco para la modificación de factores de riesgo y la asunción de estilos de vida cardiosaludable, respondiendo y disipando muchas de las dudas y temores que el paciente alberga.

Porque, *“si bien es verdad que los departamentos de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista son servicios donde los cuidados de enfermería quedan reducidos a unas horas, donde la relación con el paciente es momentánea y donde, sin duda, priman las técnicas y decisiones médicas, no es menos cierto que ese paso fugaz del paciente por nuestros servicios polariza muchos de sus miedos y necesidades, y dilucida muchas de sus opciones de salud e independencia”*⁵. Se ha demostrado que, para el paciente coronario, *“supone un momento álgido en su relación con la enfermedad y un punto de inflexión en su actitud con respecto a ella, de modo que las indicaciones que allí recibe suelen asumirse en el 90% de los casos. Y en la tecnologizada tarea diaria de los laboratorios de Hemodinámica, ¿qué mejor momento tiene la/el enfermero/a para realizarlo?”*⁵.

Por tanto, enfermeras y cardiólogos debemos realizar sobre nuestros pacientes, en consulta o a pie de cama y, desde luego, al alta hospitalaria, una serie de intervenciones básicas sobre las distintas esferas físicas, psicológicas, emocionales, sexuales y sociolaborales que intervendrán en su reincorporación a una vida normal, procurando con ello que la reinserción se produzca del modo adecuado y pueda suponer, realmente, una nueva oportunidad y una esperanza de vida saludable y plena.

Durante la fase aguda del IAM, la ansiedad y la irritabilidad constituyen una respuesta común en el paciente coronario. Durante la rehabilitación, es frecuente la presencia de mecanismos de negación frente a la enfermedad. También aparecen problemas como posibles disfunciones sexuales, el control de los factores de riesgo y la reubicación en la dinámica familiar y laboral.

Pasados los primeros 15 días, los pacientes mejoran de su ansiedad y, algunos de ellos, presentan sensación de bienestar subjetivo, siendo proclives a utilizar mecanismos de negación como protección contra la ansiedad y la depresión⁸, habiéndose constatado que con esta actitud mejoran el pronóstico de la enfermedad cardiaca, por lo que en esta etapa no deben ser desenmascarados. Sin embargo, el mantenimiento de dichos mecanismos en etapas posteriores puede redundar en el incumplimiento terapéutico y en la no modificación del estilo de vida. De todos modos, los pacientes presentan mayoritariamente, en lugar de mecanismos de negación o tras ellos, síntomas depresivos: tristeza, apatía, desinterés por las actividades lúdicas, incapacidad para disfrutar de la vida cotidiana, pérdida de apetito, disminución o abolición de los deseos y relaciones sexuales e insomnio⁸.

49.3.2 Fundamentos del consejo cardiosaludable

En lo que a la educación para la modificación de estilos de vida se refiere, hay que animar al paciente, evidenciando las ventajas de una vida sana y activa, pero diferenciando adecuadamente las

limitaciones. Sin embargo, no es razonable exigir una **dieta** rigurosa si no existe dislipemia, o comer sin sal en ausencia de HTA o insuficiencia ventricular, o suprimir el consumo de alcohol si no existen antecedentes de abuso. Además, hay que facilitar una dieta alimenticia no sólo cardiosaludable, sino también apetitosa y la posibilidad de pequeños excesos pactados de forma esporádica y extraordinaria.

El **ejercicio físico regular**, como pasear diariamente, se ha revelado de gran importancia. La mejoría física por sí sola, entendida como un aumento significativo de la capacidad funcional del paciente, produce ya una mejoría en la esfera psicológica que como consecuencia natural mejora el humor depresivo, el estrés laboral y la participación en actividades de ocio y sexuales. Diversos autores señalan que los pacientes ancianos muestran mejoras similares a los pacientes jóvenes en programas de RC²⁶. También son comparables las mejorías entre ambos sexos²⁷.

En ausencia de complicaciones, durante la estancia hospitalaria debe iniciarse un programa de ejercicio precoz y progresivo que incluya la movilización, ejercicios respiratorios, flexiones y rotaciones y técnicas de relajación²⁷. Posteriormente, dependiendo del resultado de la ergometría de control y, por tanto, de la clasificación del riesgo cardiaco (ver TABLA), en general, es conveniente hacer ejercicio aeróbico (pasear, marcha, bicicleta, nadar) al menos 3-4 veces por semana durante una hora, según la Guía del Paciente Coronario de la Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias de la SEC²⁸, en tanto que el grupo de trabajo de las sociedades europeas de prevención coronaria, recomiendan realizarlo 4 ó 5 veces por semana, durante 20-30 minutos⁴. Con todo, como afirman Romero y col²⁹, se puede comenzar recomendando al menos tres sesiones semanales de 20-30 minutos, teniendo claro que nuestro consejo dependerá de los datos que dispongamos sobre la capacidad funcional y estado cardiovascular del paciente.

En nuestra intervención debemos buscar el reconocimiento y aceptación de pautas de conducta distintas a las previas, vividas ya no como restrictivas, sino como habilitantes y de apoyo para un nuevo proyecto vital. Al afrontar la educación para la salud en nuestros pacientes, cardiólogos y enfermeras en cardiología debemos partir de una base: el paciente coronario no sólo debe decidir cambiar ciertos aspectos de su estilo de vida, sino que debe tener también la capacidad para poder hacerlo. Sin olvidar el legado del Dr. René G. Favaloro, que nos recuerda que las desigualdades sociales también ejercen de factor de riesgo cardiovascular.

El Consejo Cardiosaludable debe ser individualizado y completo, basado en las necesidades y capacidades del individuo, y producirse antes de la reincorporación post-hospitalaria. Dicha intervención educativa debe realizarse sobre las siguientes bases:

- Información y asesoramiento veraz y comprensible sobre la enfermedad y los riesgos que conlleva en el desarrollo de la vida cotidiana, así como las medidas necesarias para prevenir dichos riesgos.
- Identificación de factores de riesgo cardiovascular con especial atención a la hipercolesterolemia [CT >200 mg/dl; HDL <45 mg/dl], hipertensión [TA >140/90 mmHg], tabaquismo [< 6 meses abandono], diabetes [glucemia basal >115 mg/dl], obesidad [IMC > ideal por grupo de edad según Schäfer³⁰], sedentarismo y estrés³¹.
- Asesoramiento dietético y educación para la modificación de hábitos de vida perjudiciales, poniendo especial énfasis en el abandono del tabaquismo, el ejercicio físico diario y una dieta pobre en sal, colesterol, triglicéridos y purinas, así como en el cumplimiento terapéutico.

⁷ Como, por ejemplo, la Técnica de relajación progresiva de Jacobson, el entrenamiento autógeno de Schultz y/o técnicas de relajación pasiva.

- Programación de ejercicio físico según estratificación de riesgo y capacidad funcional, con entrenamiento en el control del pulso, no debiendo superar su intensidad el 70-85% de la FCM^{***} alcanzada en test de esfuerzo²⁷.
- Formación en autocuidados y detección de signos, síntomas o alteraciones funcionales que pudieran variar el diagnóstico, pronóstico o tratamiento y, por tanto, la clasificación del riesgo cardiaco.
- Consejo sexual según estratificación de riesgo (ver TABLA). Educación sexual a demanda.
- Formación en técnicas de relajación, *counselling* y métodos de *reorientación de la atención*.

49.3.3 Ética, confidencialidad y protección del dato sanitario

Durante la entrevista de enfermería, el compromiso de mantener el secreto profesional deberá quedar bien patente ante nuestro/a interlocutor/a. Además de ser nuestra responsabilidad deontológica y legal²⁸, Bedell et al²⁹ observaron en su estudio que, para un amplio abanico de pacientes, la confidencialidad de la conversación era el principal factor en la reticencia a consultar sus problemas.

Nuestra misión es escuchar e informar y, en caso necesario, educar, lo que no significa imponer nuestros moralismos, por mas respaldo científico que les sustenten. La última palabra sobre qué hacer con su vida la tiene, siempre, el paciente como ciudadano cuya enfermedad no menoscaba sus derechos.

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIACO Manejo de la Disfunción Eréctil (DE) según el grado de riesgo cardiaco. (Jackson G et al. Consum Statement IJCP 1999)		
GRADO DE RIESGO	SITUACIONES	RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA
Riesgo bajo	Hipertensión controlada. Enfermedad cardiovascular asintomática con < 3 factores de riesgo, excluyendo sexo y edad. Enfermedad valvular moderada. Angina estable leve. Revascularización exitosa.	Reinicio actividad sexual a las 2-6 semanas. Manejo por Enfermería y AP. Si DE, revisión de las opciones de tratamiento (incluyendo a la pareja si es posible).
Riesgo medio	IAM o ACV recientes (menos de 6 semanas). > 3 FRCV, excluyendo edad y sexo. Disfunción ventricular izquierda. ICC (clases I y II). Soplo de causa desconocida. Angina estable moderada.	Se recomienda evaluación especializada (Test de Esfuerzo). El paciente pasará al grupo de alto o bajo riesgo según el resultado de la prueba.
Riesgo alto	Angina inestable o refractaria. HTA no controlada (TAS>180 mm/Hg). ICC (clases III y IV). IAM o ACV muy recientes (en las últimas 2 semanas). Arritmias de alto riesgo. Cardiomiopatía hipertrófica. Enfermedad valvular moderada / severa.	Remitir al especialista para evaluación cardiaca y manejo. La actividad sexual y el tratamiento para la DE debe aplazarse hasta que se establezca la situación y/o hasta que el especialista complete la evaluación.

^{***} Frecuencia Cardiaca Máxima.

²⁸ Ley 15/1999 de 13 de diciembre, conocida como *Ley de Protección de Datos*.

49.4 Recomendaciones al alta: Autocuidados

Se debe instruir al paciente y su familia sobre la pauta de movilización y la aparición de signos o síntomas de complicación vascular, así como la necesidad de forzar la ingesta de líquidos con un control relativo de diuresis, puesto que el medio de contraste se elimina por la orina.

Dependiendo de la vía de acceso, tras **intervencionismo coronario percutáneo (ICP)** se aconseja:

- **Punción femoral:** Reposo absoluto en decúbito supino durante 6 horas, pasadas las cuales se permite el movimiento en cama, produciéndose la deambulación al día siguiente o pasadas 12 horas (a las 6 h e incluso antes en algunos protocolos³²), previa retirada del vendaje –de haberlo- y examen de la zona inguinal.
- **Punción humeral o radial:** Inmovilización del miembro afectado durante 4 horas. Deambulación inmediata dependiente de la ICP. En 48-72 horas no debe levantarse peso ni forzar la articulación del codo o la muñeca.

En caso de **cateterismo ambulatorio** por vía femoral se sigue el siguiente protocolo de autocuidados:

- En las **24hs siguientes al cateterismo** se recomienda:
 1. Cuando llegue a su domicilio permanecerá tumbado en vez de sentado, levantándose solamente lo necesario.
 2. Cuando tenga que hacer un esfuerzo con el pecho o el abdomen (tosar, estornudar, reírse, orinar, hacer de vientre, etc...) se comprimirá en el rulo del vendaje con el fin de proteger la zona de punción.
 3. El vendaje compresivo se retirará al día siguiente. Para facilitar su retirada éste se mojará en la ducha o la bañera con agua tibia y jabón hasta que esté reblandecido.
- En los **3 días siguientes al cateterismo:**
 1. No realizará esfuerzos (coger peso, subir escaleras, permanecer de pie mucho tiempo, conducir largas distancias, hacer ejercicio, etc...). Mantener reposo relativo.
 2. Se recomienda evitar el estreñimiento.
 3. El lugar de la punción requiere como única medida de higiene la limpieza.

Si nota que la ingle sangra, se inflama o le duele, diríjase con el informe al centro hospitalario más cercano, comprimiendo sobre el lugar de la punción.

- En todos los casos e independientemente de la vía de acceso, deben realizarse las siguientes **recomendaciones generales:**
- En caso de presentar dolor en el pecho, brazo izquierdo, cuello, espalda y/o boca del estómago, suspenda la actividad que esté realizando y mantenga la calma.
- Pasados tres minutos, si no cede el dolor póngase un comprimido de cafinitrina debajo de la lengua.
- Avise al Servicio de Urgencias (112) si, después de tres comprimidos administrados a intervalos de 5-10 minutos, no cede el dolor. Si ha cedido el dolor también será necesario comentárselo posteriormente a su médico.
- Lleve siempre consigo comprimidos de cafinitrina y copia de su informe médico.

- Adopte un estilo sano de vida, aléjese del tabaco, realice ejercicio (caminar, nadar, bicicleta, 20-30 minutos diarios), controle su medicación y tome una alimentación rica en frutas y verduras y pobre en grasas y sal.
- Puede reanudar su actividad sexual dos semanas después del infarto, siempre que sea capaz de subir dos pisos de escaleras en 10 segundos sin sentir molestias¹³. Evite la relación sexual y cualquier actividad física tras comidas copiosas o ingesta de alcohol, en situaciones estresantes y a temperaturas extremas.
- Advierta del tratamiento que está tomando en caso de acudir al dentista u otro especialista.
- Recuerde que debe acudir tan pronto como le sea posible a su médico de cabecera y cardiólogo de zona con el informe médico que le han entregado.
- Cualquier duda que tenga, consúltela con su enfermera, se trata de un profesional cualificado que podrá ayudarle en todo lo necesario.

Bibliografía

1. Alenjo Navarro A, Borrás Pallé C, Chiva Moncho MD et al por el Grupo de Trabajo de Patología Cardiovascular de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria (SVMFIC). Prevención secundaria del infarto de miocardio en atención primaria. Sitio en Internet: <http://www.svmfyc.org/grupos/Publicaciones/Prev2IAM.html>.
2. Maroto Montero JM y col. Rehabilitación del paciente coronario. Prevención secundaria. Rev Esp Cardiol 1995; 48: 643-9.
3. Velasco JA y col. Guías de práctica clínica en prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 1.095-120.
4. Wood D et al. Prevención de la enfermedad coronaria en la práctica clínica. Resumen de recomendaciones del Segundo Grupo de Trabajo de las Sociedades europeas y otras Sociedades sobre prevención coronaria. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 413-21.
5. WHO Regional Office for Europe. Needs and action priorities in cardiac rehabilitation participation in patients with coronary artery disease. Report on two WHO Consultations, EUR/HFA Target 9. Copenhagen 1993.
6. Velasco JA y col. Análisis de la calidad de vida en pacientes rehabilitados. Rev Esp Cardiol 1996; 49: 549-53.
7. Doxandarabia Ilundain J y col. Resultados de la rehabilitación cardiaca a nivel físico, psicológico, sexual y laboral. Rev Esp Cardiol 1995; 48 (Supl 1): 79-84.
8. Lozano M, Padín JJ, de la Calle L. Una psiquiatría para cardiólogos: la atención psicológica al paciente coronario. Rev Esp Cardiol 1995; 48 (Supl 1): 22-7.
9. Kackett TP et al. The coronary-care unit: and appraisal of its psychologic hazards. New Eng J Med 1968; 239: 1.365-70.
10. Enrique Melgarejo R. La actividad sexual y el paciente cardiovascular: causas y pautas. Bogotá (Colombia). Sitio en Internet: <http://www.endotelio.com>.
11. Taylor HA. Sexual activity and the cardiovascular patient: guide lines. Am J Cardiol 1999; 84: 6N.
12. López Merino V y col. Sexualidad en pacientes que han sufrido un infarto. SEMERGEN 2001; 27: 516-20.
13. Larsson JL et al. Heart rate and blood pressure responses to sexual activity and a stair-climbing test. Heart Lung 1980; 9: 1.025-30.
14. Dracup KA et al. Sexual activity in patient with end stage congestive heart failure. Circulation 1989; 80 (Supp 2): 563.
15. Bunzel B et al. Heart transplantation and sexuality. A Study of 62 male patients (in German). Herz 1994; 19: 294-302.
16. Papadopoulos C et al. Myocardial infarction and sexual activity of the females patients. Arch Intern Med 1983; 143: 1.528-30.

17. Catalina C y col. Efectos psicológicos de la enfermedad coronaria en los cuidadores de los pacientes. *Corazón y Salud* 2001; 20: 18.
18. Papadopoulos C et al. Sexual concerns and needs of the postcoronary patient's wife. *Arch Intern Med* 1980; 140: 38-41.
19. Jiménez P, Arribas B, Encinas A, Navarro F, San José L. Sexualidad y cardiopatía isquémica. *Enferm Cardiol* nº 19/1er cuatrimestre 2000.
20. Bedell SE, Duperval M, Goldberg R. Cardiologists: discussions about sexuality with patient with chronic coronary artery disease. *Am Heart J* 2002; 144: 239-42.
21. Juan Luis González. Una revisión crítica del consejo sexual al paciente cardiovascular. *Cardiol Práct* 2004; 13(2): 26-33.
22. Goldstein F. The mutually reinforcing trial of depressive symptoms, cardiovascular disease, and erectile dysfunction. *Am J Cardiol* 2000; 86(Suppl): 41F-45F.
23. Roose SP, Seidman SN. Sexual activity and cardiac risk: is depression a contributing factor?. *Am J Cardiol* 2000; 86(Suppl): 38F-40F.
24. Jackson G. Sexual intercourse and stable angina pectoris. *Am J Cardiol* 2000; 86(Suppl): 35F-37F.
25. González JL, Capote ML, Rodríguez V, Ruiz P. Hemostasia Vascular Postcateterismo Basada en la Evidencia. Madrid: Fundación Médica Investigación y Desarrollo Área Cardiovascular, 2004:19-20.
26. Serra JR, Prat T. Efectos del entrenamiento físico. *Rev Esp Cardiol* 1995; 48(Supl 1): 8-12.
27. Maroto Montero JM y col. Rehabilitación del paciente coronario. Prevención secundaria. *Rev Esp Cardiol* 1995; 48: 643-9.
28. Martín Huerta E, Rodríguez Padial L, Bosch X, Iñiguez Romo A y col. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología (SEC). Madrid 2000.
29. J. A. Romero Hinojosa, J. F. Díaz Fernández, J. A. Ramírez Hernández, J. Sánchez Ramos, R. Melgares Moreno. Estratificación riesgo posinfarto y prevención secundaria. <http://www.sacardiología.org/sac/revista/30htm/Pag47-64.htm>.
30. Schäfer JR. Cardiología preventiva. Profilaxis de la enfermedad coronaria. J&C SL, Barcelona, 1998: 15-6.
31. González López JL, Capote Toledo ML. Educación continuada en consulta de enfermería especializada: la herramienta para mantener los cambios en el estilo de vida del paciente coronario. *Enferm Cardiol* 2005; Año XII: (35): 13-9.
32. González López J L, Capote Toledo M L, Rodríguez García-Abad V, Ruiz Hernández P. Experiencia piloto con sello hemostático femoral de N-acetilglucosamina. *Enferm Cardiol* 2003; 30: 17-22.
33. Subjective consequences of permanent pace-maker therapy in patients under the age of retirement. *PACE Pacing Clin Electrophysiol* 1989; 12: 401-5.
34. Friedman S. Cardiac disease, anxiety and sexual functioning. *Am J Cardiol* 2000; 86(Suppl): 46F-50F.
35. Sanagua JO, Acosta G, Rasmussen R. La rehabilitación cardiaca como prevención secundaria. Primer Congreso Internacional de Cardiología por Internet de la Federación Argentina de Cardiología (FAC). Sitio en Internet: <http://www.fac.org.ar/cvirtual>.