

ARTÍCULO ORIGINAL

Proceso de enfermería en mujeres con enfermedad coronaria aguda

Processo de enfermagem direcionado às mulheres com doença coronariana aguda

Nursing process in the care of women with acute coronary disease

Vitória Maria Rodrigues dos Santos¹, Maria Sinara Farias², Lúcia de Fátima da Silva³, Maria Célia de Freitas⁴, João Vitor Teixeira de Sousa⁵, Hugo Souza Pinheiro⁶

Cómo citar este artículo: Proceso de enfermeira en mujeres con enfermedad coronaria aguda. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2026 [ac:____]; 16(1):e20267464. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v16i1.7464>

Resumen

Objetivo: describir la aplicación del proceso de enfermería dirigido a mujeres con enfermedad coronaria aguda basado en la Teoría de Alcance Medio para Enfermería en Rehabilitación Cardiovascular. **Método:** se trata de una investigación de intervención, realizada en 14 pacientes con enfermedad coronaria aguda del sexo femenino, ingresadas en un hospital cardiológico en Ceará, entre octubre de 2020 y enero de 2021. **Resultados:** Se identificaron doce diagnósticos de enfermería prioritarios, siendo los más frecuentes: ansiedad, miedo, fatiga y movilidad física reducida. Las intervenciones de enfermería planificadas se basaron en el desarrollo de un plan de cuidados que implicaba un grado de consecución de objetivos, para que estas mujeres pudieran mejorar sus resultados. Tras la aplicación de las intervenciones, se redujeron las necesidades enumeradas. **Conclusiones:** la aplicación de la teoría permitió ampliar la perspectiva sobre la recuperación cardíaca de cada mujer e intervino con actividades dirigidas a la rehabilitación cardiovascular física, social y psicológica de estas mujeres.

Palabras clave: Enfermedades Cardiovasculares; Rehabilitación Cardíaca; Salud de la Mujer; Teoría de Enfermería; Enfermería.

¹ Enfermera, egresada de la Universidad Estatal de Ceará. Universidad Estatal de Ceará. <https://orcid.org/0000-0002-0583-9097>

² Enfermera, Doctora por la Universidad Estatal de Ceará. Universidad Estatal de Ceará. <https://orcid.org/0000-0002-2695-502X>

³ Enfermera, docente de la Universidad Estadual de Ceará. Universidad Estatal de Ceará. <https://orcid.org/0000-0002-3217-3681>

⁴ Enfermera, profesora en la Universidad Estatal de Ceará. Universidad Estatal de Ceará. <https://orcid.org/0000-0003-4487-1193>

⁵ Enfermera, graduada de la Universidad Estatal Vale do Acaraú. Universidad del Vale do Acaraú – UVA. <https://orcid.org/0000-0002-8933-6779>

⁶ Enfermera, graduada de la Universidad Estatal de Ceará. Universidad Estatal de Ceará. <https://orcid.org/0000-0002-9204-8065>



Resumo

Objetivo: descrever a aplicação do processo de Enfermagem direcionado às mulheres com doença coronariana aguda fundamentado na Teoria De Médio Alcance Para Enfermagem em Reabilitação Cardiovascular. **Método:** trata-se de uma pesquisa intervenção, realizada em 14 pacientes com doença coronariana aguda do sexo feminino, internadas em um hospital cardiológico no Ceará, nos meses de outubro de 2020 a janeiro de 2021. **Resultados:** Foram identificados doze diagnósticos de Enfermagem prioritários sendo os mais incidentes: ansiedade, medo, fadiga e mobilidade física prejudicada. As Intervenções de Enfermagem planejadas foram pautadas no desenvolvimento de plano de cuidado que envolvesse um grau de obtenção de meta, para que essas mulheres conseguissem melhorar seus resultados. Após aplicação das intervenções, houve redução das necessidades elencadas. **Conclusões:** a aplicação da Teoria possibilitou ampliar os olhares para a recuperação cardíaca de cada mulher e permitiu intervir com atividades direcionadas para a reabilitação cardiovascular física, social e psicológica dessas mulheres.

Descritores: Doenças Cardiovasculares; Reabilitação Cardíaca; Saúde da mulher; Teoria de Enfermagem; Enfermagem.

Abstract

Objective: to describe the application of the nursing process directed at women with acute coronary disease based on the Medium-Range Theory for Nursing in Cardiovascular Rehabilitation. **Method:** This is an intervention study conducted on 14 female patients with acute coronary disease admitted to a cardiology hospital in Ceará, Brazil, between October 2020 and January 2021. **Results:** Twelve priority nursing diagnoses were identified, the most common being anxiety, fear, fatigue, and impaired physical mobility. The planned nursing interventions were based on the development of a care plan that involved a degree of goal achievement so that these women could improve their outcomes. After applying the interventions, there was a reduction in the listed needs. **Conclusions:** The application of the theory made it possible to broaden the perspectives on each woman's cardiac recovery and allowed for interventions with activities aimed at the physical, social, and psychological cardiovascular rehabilitation of these women.

Descriptors: Cardiovascular Diseases; Cardiac Rehabilitation; Women's Health; Nursing Theory; Nursing.

INTRODUCCIÓN

Dado que la incidencia de enfermedades cardiovasculares (ECV) en mujeres está aumentando, representando 1/3 de las muertes femeninas en todo el mundo, con aproximadamente 8,5 millones de muertes por año, son necesarios estudios y prácticas centrados en esta población.^{1,2}

Comprender y buscar estudios dirigidos a reducir estas cifras es relevante

porque las mujeres tienen arterias más pequeñas que los hombres, lo que hace que la aterosclerosis sea más susceptible a obstruir los vasos sanguíneos. Además, con la llegada de la menopausia, disminuye la producción de estrógeno; el estrógeno es una hormona vasodilatadora que ayuda a prevenir la acumulación de LDL y facilita la producción de HDL.³

Complementariamente, existe el



factor social, que pone de relieve un cambio en los hábitos, comportamientos y estilos de vida de las mujeres, especialmente después de la década de 1960, una década marcada por la fuerte entrada de las mujeres al mercado laboral.³

Considerando este escenario, la enfermería se destaca por desempeñar un papel fundamental dentro del ámbito interdisciplinario de la atención dirigida a esta población, especialmente después del diagnóstico de ECV, en el proceso de rehabilitación cardiovascular. La rehabilitación cardiovascular (RCV) es un conjunto de actividades multidisciplinarias que abarcan aspectos físicos, nutricionales, clínico-psicosociales y cambios en el estilo de vida, necesarios para asegurar que las personas con enfermedades cardiovasculares (ECV) tengan condiciones físicas, mentales y sociales óptimas, que les permitan, por sus propios medios, vivir con la mayor normalidad posible en la sociedad.^{4,5}

Para realizar las acciones de cuidado, las enfermeras cuentan con herramientas como la Sistematización de Cuidados de Enfermería (SCA) y el Proceso de Enfermería (PE), previstos en la resolución normativa de la profesión en Brasil. Según la Resolución N° 358/2009 de la COFEN, la SCA es la vía para organizar el trabajo profesional en términos de método,

personal e instrumentos, lo que posibilita la operacionalización del PE. La SCA se implementa a través del PE, que es un instrumento metodológico que guía el cuidado de enfermería profesional y la documentación de la práctica profesional.⁶

Para respaldar la implementación de este proceso de atención, existen teorías de enfermería, consideradas fuentes que sustentan las prácticas de atención clínica y que se sugieren para el proceso de atención, dado que el proceso de enfermería necesita apoyo teórico para sustentar todas las etapas, tal como lo recomienda la Resolución COFEN No. 358/2009.

En este contexto, las teorías de enfermería emergen como fuente de conocimiento teórico para sustentar la práctica clínica, entre ellas la enfermería cardiovascular, donde destaca la Teoría de Enfermería de Rango Medio para la Rehabilitación Cardiovascular (MTN-CVR). Su propósito es contribuir a la atención de enfermería brindada a pacientes que, debido a un evento cardiovascular, necesitan ser alentados a adoptar mecanismos de afrontamiento positivos en el proceso de rehabilitación cardiovascular, para que se adapten a su nueva condición de vida y, de esta manera, se rehabiliten física, psicológica y socialmente.⁷

Teniendo en cuenta la naturaleza específica y la vulnerabilidad de la salud de



las mujeres, así como el aumento de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en esta población, se refuerza aún más la necesidad de investigar y debatir en este ámbito tan específico.

En este contexto, surgió la siguiente pregunta orientadora para la presente investigación: ¿Cuál es la contribución de aplicar el PE, basado en el TMA Enf-RCV, como intervención para la rehabilitación de mujeres que han sufrido una enfermedad coronaria aguda?

Por lo tanto, el objetivo es describir la aplicación del proceso de enfermería dirigido a mujeres que han sufrido una enfermedad coronaria aguda, basándose en la Teoría de Rango Medio para la Enfermería de Rehabilitación Cardiovascular.

MÉTODO

Se trata de un estudio de intervención realizado en tres unidades de hospitalización, tipo sala (B, C y G), del Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, en la ciudad de Fortaleza, Ceará, durante el período comprendido entre octubre de 2020 y enero de 2021.

La población de estudio estuvo compuesta por pacientes femeninas ingresadas en las unidades de hospitalización mencionadas. El muestreo

se realizó mediante un enfoque intencional, que consiste en seleccionar casos que cumplen con parámetros predeterminados, lo que resultó en una muestra de 14 mujeres.

⁸

La muestra incluyó pacientes femeninas que habían padecido enfermedad coronaria aguda, tratadas clínica, hemodinámica o quirúrgicamente durante los meses de recolección de datos, mayores de 18 años y capaces de mantener una conversación según el protocolo del Mini-Examen del Estado Mental (MMSE). Se excluyeron de la muestra las pacientes que presentaban un impedimento clínico para la conversación, con el fin de recopilar la información necesaria para el estudio.

Se realizaron reuniones con cada participante para completar las etapas del proceso de enfermería. Inicialmente, se contactó con el personal de enfermería del sector para identificar a la población objetivo. Posteriormente, se presentaron los objetivos de la investigación a las pacientes y se las invitó a participar. Las mujeres que aceptaron participar firmaron el formulario de consentimiento informado. Se utilizó un cuestionario para recopilar información personal, social y de salud de las participantes. Asimismo, en ese momento se realizó un examen físico, centrado en el sistema cardiovascular, a todas las participantes.



En esta misma ocasión, se utilizó un instrumento de Esta escala, adaptada de las características definitorias relacionadas con el diagnóstico de enfermería de ansiedad, presente en el proceso de enfermería, se utilizó para medir dicho diagnóstico. Este instrumento se aplicó en dos momentos para analizar el nivel de ansiedad: primero, como información de referencia antes de la implementación de las intervenciones de enfermería para la ansiedad; y nuevamente después de su implementación. El objetivo fue evaluar los signos y síntomas de ansiedad antes y después de las intervenciones propuestas, utilizando la escala desarrollada, el discurso y el comportamiento de los entrevistados.

En la segunda fase, se llevó a cabo un razonamiento clínico para identificar las necesidades de cada participante y enumerar los Diagnósticos de Enfermería (DE), la Planificación de Cuidados de Rehabilitación y las Intervenciones de Enfermería de Rehabilitación, utilizando la taxonomía internacional NANDA, la Clasificación de Resultados de Enfermería (CNE) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE), respectivamente.⁹⁻¹¹

La tercera fase de la investigación se caracterizó por la implementación de las intervenciones de enfermería planificadas, dirigidas a la rehabilitación física, social y psicológica de las mujeres estudiadas. Las

intervenciones se basaron en los conceptos, supuestos y proposiciones del TMA Enf-RCV.⁷

En la cuarta etapa, se evaluó la efectividad de las intervenciones propuestas e implementadas en el proceso de rehabilitación cardiovascular física, social y psicológica de los participantes, clasificándolas como rehabilitación total, rehabilitación parcial o ninguna rehabilitación, según las necesidades identificadas en el paciente.

Se utilizó un análisis descriptivo para las variables independientes (edad, ingresos familiares y años de educación) y las variables dependientes (estado civil, situación laboral y comorbilidades).

Este estudio respetó los aspectos éticos, de conformidad con la Resolución No. 466/2012 del Consejo Nacional de Salud (CNS), habiendo sido presentado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Estatal de Ceará con el dictamen número 4.179.297, así como haber sido analizado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, bajo CAAE 87213318.4.0000.5039.

RESULTADOS

Al caracterizar el perfil sociodemográfico de las participantes del estudio, en cuanto al rango de edad,



predominan las participantes de entre 61 y 70 años con siete mujeres (50%), seguidas por el grupo de 41 a 50 años con cuatro mujeres (29%) y el de 51 a 60 años con tres mujeres (21%). Al analizar a estas mujeres según su estado civil, el 64% (nueve) estaban casadas o en una unión estable, mientras que el 36% (cinco) se encontraban solteras, viudas o divorciadas.

En cuanto al nivel educativo, la mayoría de las mujeres eran analfabetas, ocho de ellas (57%), lo que dificultó la realización de algunas intervenciones y generó una mayor demanda de asistencia. Además, el 29% (cuatro) de las mujeres tenían educación primaria y el 14% (dos) educación secundaria; ninguna tenía educación superior.

La investigación reveló que el 100% de las mujeres profesaban alguna religión:

el 86% (12) eran católicas y el 14% (dos) protestantes. A través de su espiritualidad, se pudieron identificar sus deseos y necesidades en relación con la cercanía a Dios, lo que permitió definir intervenciones en este ámbito.

En cuanto a los ingresos familiares, se observó que la mayoría de las mujeres ganan entre uno y dos salarios mínimos (64%), mientras que el 29% de la muestra tenía ingresos de hasta un salario mínimo y solo el 7% tenía ingresos superiores a dos salarios mínimos. De las 14 mujeres que conformaron la muestra, once eran de Fortaleza o de la región metropolitana y tres provenían del interior del estado.

En cuanto a las características clínicas de los participantes en el estudio, véase la Tabla 1.

Tabla 1 - Caracterización de la muestra en cuanto al perfil clínico y los factores de riesgo asociados a la enfermedad. Fortaleza-CE, 2021.

Datos clínicos		norte	%
Hospitalizaciones previas	Ninguno	4	29.0
	1	2	14.0
	2	7	50.0
	3 o más	1	7.0
Tratamientos previos	SOY	1	7.0
	DM/HAS	9	64.0
	Otros	1	7.0
	Ninguno	3	22.0
Historial de tabaquismo	Sí	1	86.0
	No	2	14.0
Historia del alcoholismo	Sí	9	64.0
	No	5	36.0

Fuente: Obra original.

La Tabla 1 que aparece a continuación presenta las necesidades identificadas según los modos adaptativos de Roy: físico-fisiológicas, identidad del autoconcepto, interdependencia y desempeño de roles.

Tabla 1 - Necesidades identificadas según los modos adaptativos de Roy: físico-fisiológicas, identidad del autoconcepto, interdependencia y desempeño de roles. Fortaleza-CE, 2021.

modo físico-fisiológico	-Déficit de autocuidado para la alimentación caracterizado por una capacidad reducida para alimentarse de manera aceptable debido a la fatiga; -Déficit de autocuidado para el baño caracterizado por una capacidad reducida para acceder al inodoro relacionada con debilidad; Déficit de autocuidado en el vestirse caracterizado por una capacidad reducida para ponerse cada prenda de vestir relacionada con la fatiga; -Movilidad física reducida, caracterizada por una disminución de las habilidades motoras gruesas relacionada con la intolerancia a la actividad; Fatiga caracterizada por una capacidad reducida para mantener las rutinas habituales relacionadas con los factores estresantes;
Modo de identidad del autoconcepto	-Miedo caracterizado por una sensación de aprensión relacionada con un entorno desconocido;



	Ansiedad caracterizada por preocupaciones sobre cambios en los acontecimientos de la vida que amenazan la situación actual. -Sentimientos de impotencia caracterizados por la frustración ante la incapacidad de realizar actividades previas relacionadas con estrategias de afrontamiento ineficaces; -Una disposición hacia un mayor bienestar espiritual, caracterizada por expresar un deseo de aumentar la aceptación;
Modo de función de papel	-Planificación de actividades ineficaz, caracterizada por la preocupación excesiva por una tarea a realizar debido a un apoyo social insuficiente; -Desempeño ineficaz del rol, caracterizado por un cambio en la capacidad para retomar el rol debido a un sistema de apoyo insuficiente;
Modo de interdependencia	Procesos familiares disfuncionales caracterizados por la incapacidad de satisfacer las necesidades emocionales de sus miembros, relacionadas con estrategias de afrontamiento ineficaces.

Fuente: Obra original.

Con la aplicación del proceso de enfermería, en la etapa de valoración de necesidades, destacan los diagnósticos de enfermería prioritarios más frecuentes: ansiedad, miedo, fatiga y movilidad física reducida. Para todos los diagnósticos identificados, se diseñaron intervenciones basadas en los conceptos y supuestos del TMA Enf-RCV, utilizando la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

como guía, y se distribuyeron en la tabla siguiendo los modos adaptativos de Roy: físico-fisiológico, identidad del autoconcepto, interdependencia y desempeño de roles. Tras el proceso de juicio clínico y razonamiento diagnóstico, se elaboró un plan de cuidados que destacaba las intervenciones según los modos adaptativos de Roy.

Cuadro 1- Intervenciones implementadas según los modos adaptativos de Roy: físico-fisiológico, identidad del autoconcepto, interdependencia y desempeño de roles. Fortaleza-CE, 2021.

modo físico-fisiológico	1. Anime al paciente a alimentarse por vía oral. 2. Informe al paciente y al cuidador sobre la importancia de elevar la cabecera de la cama durante las comidas. 3. Mantenga la cabecera de la cama elevada a 30°. 4. Cree un ambiente agradable durante las comidas. 5. Brinde asistencia hasta que el paciente sea completamente capaz de cuidarse por sí mismo. 6. Ayude al paciente a aceptar su dependencia. 7. Anime al paciente a realizar las actividades cotidianas según su nivel de capacidad. 1. Fomentar la higiene personal (ablución o ducha), cuando sea posible y esté evaluado. 2. Brindar asistencia hasta que el paciente sea completamente capaz de cuidarse a sí mismo. 3. Ayudar al paciente a aceptar su dependencia. 4. Animar al paciente a realizar las actividades cotidianas normales según su nivel de capacidad. 5. Enseñar a los padres/familiares a fomentar la independencia, interviniendo solo cuando el paciente no pueda realizar las tareas. 6. Establecer una rutina para las actividades de autocuidado. 1. Brindar asistencia hasta que el paciente sea completamente capaz de valerse por sí mismo. 2. Ayudar al paciente a aceptar su dependencia. 3. Animar al paciente a realizar las actividades cotidianas según su nivel de capacidad. 4. Enseñar a los padres/familiares a fomentar la independencia, interviniendo solo cuando el paciente no pueda realizar las tareas. 5. Establecer una rutina para las actividades de autocuidado. 1. Ayudar a la persona a ponerse de pie y caminar. 2. Guiar al paciente y al cuidador en la movilidad. 3. Determinar el grado de dependencia de la persona. 4. Ayudar a la persona a sentarse en el borde de la cama para el control postural. 5. Fomentar la deambulaci3n independiente, si est1 indicado. 1. Identificar los factores que causan fatiga. 2. Brindar orientaci3n sobre t1cnicas de respiraci3n. 3. Recomendar ejercicio f1sico ligero a moderado si
-------------------------	---

	es necesario. 4. Monitorear la tolerancia a la actividad. 5. Brindar asistencia hasta que la persona sea completamente capaz de realizar el autocuidado de forma autónoma.
Modo de identidad del autoconcepto	1. Ayudar a la persona a identificar situaciones que le provocan miedo. 2. Evaluar el conocimiento de la persona sobre la enfermedad y el tratamiento. 3. Reforzar la comunicación sobre la enfermedad y el tratamiento. 4. Proporcionar explicaciones sobre los cuidados que se deben tomar. 5. Realizar auriculoterapia. 1. Enseñe al paciente a reconocer la realidad recabando información sobre la situación y elaborando planes de contingencia. 2. Involucre activamente al paciente en su propio cuidado. 3. Identifique las barreras para una comunicación eficaz. 4. Proporcione orientación sobre los procedimientos, incluyendo las sensaciones que la persona pueda experimentar durante los mismos. 5. Evalúe el conocimiento de la persona sobre la enfermedad y el tratamiento. 6. Refuerce la comunicación sobre la enfermedad y el tratamiento. 7. Proporcione explicaciones sobre los cuidados que se le brindarán. 1. Ayudar al paciente a identificar barreras y actitudes que dificultan su crecimiento o autodescubrimiento. 2. Elaborar un plan de cuidados que contemple el logro de objetivos, desde los más sencillos hasta los más complejos. 1. Fomentar la participación en servicios devocionales, retiros espirituales y programas especiales de oración/estudio. 2. Promover el uso de celebraciones y rituales espirituales;
Modo de función de papel	1. Desarrollar un plan de atención que implique un grado de consecución de objetivos, desde los más sencillos hasta los más complejos; 1. Elaborar un plan de cuidados que incluya el logro de objetivos, desde los más sencillos hasta los más complejos. 2. Identificar posibilidades de

	desarrollo de roles. 3. Delinear estrategias de desarrollo de roles según la nueva realidad de la persona.
Modo de interdependencia	1. Identificar el nivel de apoyo familiar. 2. Involucrar a familiares, allegados y amigos en la atención y planificación. 3. Identificar la capacidad de los familiares para participar en la atención del paciente. 4. Animar a los familiares y al paciente a colaborar en la elaboración de un plan de atención, incluyendo los resultados esperados y su implementación. 5. Ofrecer el apoyo necesario a los familiares para que puedan tomar decisiones informadas.

Fuente: La autora

Tras la implementación de estas intervenciones, se llevó a cabo una nueva recopilación de datos, centrada en evaluar el efecto de las intervenciones de rehabilitación en mujeres con DCA.⁷

Paralelamente al proceso de juicio clínico y razonamiento diagnóstico, se enumeraron los resultados esperados según los modos adaptativos de Roy.

Cuadro 2 - Resultados esperados según los modos adaptativos de Roy: físico-fisiológico, identidad del autoconcepto, interdependencia y desempeño de roles. Fortaleza-CE, 2021.

modo físico-fisiológico	Autocuidado para una mejor nutrición; Cuidado personal para un baño eficaz; Autocuidado para una mejor forma de vestir; Mejora de la movilidad física; Mejora de la fatiga;
Modo de identidad del autoconcepto	Disminución del miedo; - Reducción de la ansiedad; - Disminución de la sensación de impotencia; Mejora del bienestar espiritual;
Modo de función de papel	- Plan de actividades establecido; Mejora del rendimiento del papel;
Modo de interdependencia	Procesos familiares mejorados.

Fuente: La autora

Una vez implementadas las resultados esperados, fue necesario un intervenciones, y en función de los proceso de evaluación final, obteniéndose



los resultados que se presentan en la Tabla

2.

Tabla 2 - Evaluación de las intervenciones de enfermería en rehabilitación total, parcial o sin rehabilitación. Fortaleza-CE, 2021.

PACIENTE	NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA		EVALUACIÓN FINAL
	ANTES DE LAS INTERVENCIONES	DESPUÉS INTERVENCIONES	
P1	10	1	Rehabilitación completa
P2	8	1	Rehabilitación completa
P3	12	10	Sin rehabilitación
P4	6	0	Rehabilitación completa
P5	6	0	Rehabilitación completa
P6	7	1	Rehabilitación completa
P7	8	1	Rehabilitación completa
P8	11	2	Rehabilitación completa
P9	4	0	Rehabilitación completa
P10	10	6	Rehabilitación parcial
P11	4	0	Rehabilitación completa
P12	7	1	Rehabilitación completa
P13	9	2	Rehabilitación completa
P14	12	7	Rehabilitación parcial

Fuente: La autora

Partiendo de esta premisa, se observa que doce (86%) mujeres lograron una rehabilitación completa según los diagnósticos registrados en la segunda fase de la investigación. Asimismo, se constató que dos (14%) mujeres recibieron rehabilitación parcial, debido a que aún presentaban algunos diagnósticos que no

podieron resolverse con las intervenciones descritas en el plan de atención.

DISCUSIÓN

Las mujeres que participaron en el estudio mostraron similitudes en sus perfiles socioeconómicos y demográficos con estudios regionales y nacionales, en



cuanto a aspectos como el rango de edad, la educación, los ingresos y la religión. Cabe destacar que tener más de 55 años es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, y que la prevalencia en esta población es mayor de 60 años.¹²

Además, en cuanto al nivel educativo, se observa que la puntuación media general de la población con menos de 4 años de escolaridad es superior a la de las personas con más de 4 años de escolaridad en adultos de ambos sexos, lo que dificulta el manejo terapéutico y requiere tecnologías educativas que faciliten el proceso de atención.¹³ Si bien la incidencia de ECV está aumentando en mujeres jóvenes, las guías no recomiendan la evaluación sistemática del riesgo de ECV en mujeres menores de 50 años y hombres menores de 40 años, sin factores de riesgo de ECV conocidos.¹⁴

En cuanto a la religiosidad, se considera un componente de la vida humana, ya que influye en las interacciones sociales y culturales y en la dimensión psicológica. La fe en Dios emerge como algo indispensable para superar la enfermedad, una fase marcada por el miedo, la ansiedad y el estrés.¹⁵

En cuanto a los ingresos, un estudio transversal realizado con mujeres que presentaban DCA corrobora los hallazgos

de la presente investigación, ya que tenían un ingreso mensual de uno a dos salarios mínimos y relacionaban estas cifras con el estado civil, una relación que también se encontró en esta investigación.¹⁶

En cuanto a los diagnósticos de enfermería de prioridad más frecuentes, se sabe que la ansiedad está vinculada a sentimientos de miedo, tensión y peligro, desencadenados por el contacto con algo nuevo o en situaciones inesperadas o desconocidas, como es el caso al experimentar una DCA.¹⁷ Las mujeres que presentaron el diagnóstico de miedo y/o ansiedad informaron tener miedo y ansiedad debido al procedimiento quirúrgico, al regreso a casa, a no poder regresar al trabajo y a todo lo que conllevaba la nueva rutina después del diagnóstico de DCA.

Por lo tanto, se establecen objetivos con el fin de mejorar y/o reducir dichos sentimientos, permitiendo la difusión de información sobre el diagnóstico y el tratamiento, así como sobre todos los procedimientos a realizar, para reducir esta tensión en las mujeres.

Es importante destacar el papel de la enfermera en el trabajo con el equipo multidisciplinario para evaluar la tolerancia de cada mujer a la actividad física, considerando que el objetivo principal de la rehabilitación cardiovascular (RCV) con



énfasis en el ejercicio físico es mejorar los componentes de la aptitud física. Por lo tanto, la RCV debe proporcionar los niveles más altos de aptitud física alcanzables, con el fin de reducir el riesgo de eventos cardiovasculares y promover todos los demás beneficios que se obtienen de la práctica regular de ejercicio físico, culminando en una reducción de la mortalidad general.⁵

En cuanto a la movilidad física reducida, definida como una limitación en el movimiento independiente y voluntario del cuerpo o de una o más extremidades, esta se relaciona con la condición clínica de la mujer. Los resultados esperados están vinculados a la mejora de este comportamiento mediante asistencia y orientación para la deambulación o cualquier otra actividad que realice.

En cuanto a la fatiga, definida como la sensación opresiva y prolongada de agotamiento y la disminución de la capacidad para realizar trabajo físico y mental al nivel habitual⁹, se relaciona con el cuadro clínico que presentaban los pacientes. Debido a que es un fenómeno subjetivo, existe la posibilidad de interpretaciones erróneas en el diagnóstico de fatiga. La dificultad para distinguir entre intolerancia a la actividad y fatiga es especialmente importante en la atención de pacientes con dolor crónico.

La enfermería puede ayudar a controlar la fatiga con intervenciones dirigidas a mejorar la capacidad de resistencia del paciente, que incluyen: evaluación de la salud, manejo nutricional, actividad/ejercicio prescrito, dieta prescrita, establecimiento de objetivos mutuos, identificación de riesgos, aumento del sueño y promoción del ejercicio.¹⁸ Por lo tanto, se presentan objetivos para mejorar estas sensaciones, con intervenciones dirigidas a la educación para la salud centrada en los aspectos clínicos de la enfermedad en sí.

En la evaluación final, respecto a los aspectos físicos, se observó una reducción en los diagnósticos al comparar antes y después de las intervenciones; sin embargo, cabe destacar que se requiere un período de tiempo más prolongado entre la estimulación y la educación para que se observe una mejoría clínica. En este contexto, se sabe que existen efectos favorables de la rehabilitación cardiovascular, con énfasis en el ejercicio físico, incluyendo metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados, que demuestran reducciones significativas en la morbilidad y mortalidad cardiovascular y general.¹⁹

En el ámbito social, también se obtuvieron buenos resultados, considerando la participación de la familia y la red de apoyo durante todo el proceso. A partir de



la evaluación de las intervenciones, se observó que las intervenciones de rehabilitación de enfermería tienen efectos positivos en el proceso de rehabilitación cardiovascular.

También resulta evidente la importancia del equipo multidisciplinario que trabaja por el bien común, lo cual se justificó en la resolución de diagnósticos en el ámbito social, dado que la enfermería tuvo que contactar con otros profesionales para obtener información y transmitírsela a las mujeres, como por ejemplo la trabajadora social.

En cuanto a los aspectos psicológicos, también se observó una reducción en los diagnósticos al comparar el antes y el después de las intervenciones. Por lo tanto, es importante recalcar que la rehabilitación cardiovascular está indicada en todos los casos de enfermedad arterial coronaria (EAC), considerándose útil y eficaz cuando se centra no solo en el ejercicio físico, sino también cuando la persona recibe apoyo educativo, manejo de factores de riesgo y asesoramiento psicológico.⁵

Mientras tanto, el rol de la enfermera en el proceso de rehabilitación cardiovascular implica proporcionar, promover, mantener y restablecer el bienestar, ya sea psicológico, físico o social. Sin embargo, esta práctica no se observa de manera efectiva dentro del equipo de

enfermería en el servicio de salud, de ahí la importancia de aplicar teorías centradas en esta rehabilitación.²⁰

Finalmente, queda claro que los resultados finales del proceso de enfermería fueron positivos, ya que, en general, las participantes obtuvieron mejores resultados con la implementación de las intervenciones, basadas en el uso del TMA Enf-RCV, en comparación con el inicio del estudio, lo que refuerza y demuestra la efectividad de la teoría para la rehabilitación de mujeres con enfermedad coronaria aguda.

CONCLUSIONES

El proceso de atención dirigido a mujeres con enfermedad coronaria, basado en la TMA Enf-RCV (Asistencia Técnica para Mujeres con Enfermedades Cardiovasculares), permitió la implementación de intervenciones de rehabilitación que proporcionaron mejoras en el estado de salud de las mujeres estudiadas, utilizando el sistema de lenguaje estandarizado NANDA, NIC y NOC.

Por lo tanto, es fundamental promover iniciativas que conciencien sobre la importancia de la salud cardiovascular a lo largo de la vida de la mujer. Asimismo, es esencial comprender mejor las disparidades locales en la salud



cardiovascular feminina para definir políticas públicas y de atención sanitaria, reducir las brechas y promover la equidad de género en el sistema sanitario brasileño.

REFERENCIAS

1. Kandasamy S, Anand S. Cardiovascular disease among women from vulnerable populations: a review. *Canadian Journal of Cardiology*. 2018; 34(4):450-457.
2. Brasil. Portal da Saúde. Datasus. Informações de Saúde, Morbidade e Informações Epidemiológicas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
3. Lorenzi DRS et al. Prevalence of overweight and obesity among climacteric women. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2005;27:479-484.
4. World Health Organization et al. Biological components of human reproduction: studies of their variations in population groups, report of a WHO scientific group [meeting held in Geneva from 10 to 16 December 1968].
5. Carvalho T, et al. Brazilian cardiovascular rehabilitation guideline—2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2020; 114:943-987.
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009.
7. Farias MS, Silva L de F da, Brandão MAG, Guedes MVC, Pontes KM de A, Lopes ROP. Medium reach theory for nursing in cardiovascular rehabilitation. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021; 74 (3).
8. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed Editora; 2019.
9. Herdman T, Heather KS. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2018-2020 [NANDA Internacional]. 11. ed. Porto Alegre, RS (RS): Artmed; 2018.
10. Johnson M, Moorhead S, Maas ML, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem – NOC. 6ª ed. São Paulo: Elsevier; 2020.
11. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner CM. Classificação das intervenções de enfermagem - NIC. 7ª ed. São Paulo: Elsevier; 2020.
12. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Malta DC, Biolo A, Nascimento BR, Souza MFM, et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2021. *Arq. Bras. Cardiol*. 2022;118(1):115-373.
13. Barreto, J., Silva, J. C. Q. e., Sposito, A. C., & Carvalho, L. S.. (2021). O Impacto da Educação na Mortalidade por Todas as Causas após Infarto do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST (IAMCSST): Resultados do Brasília Heart Study. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2021; 117 (1): 5-12.
14. Oliveira GMM, Wenger NK. Considerações Especiais na Prevenção de Doenças Cardiovasculares nas Mulheres. *Arquivos brasileiros de cardiologia*. 2022;118:374-377.
15. Gomes ET, Bezerra SMMS. Religiosidade, bem-estar espiritual e cuidado transpessoal no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Cuidarte*. 2020;11(2).
16. Santos FB dos, Schneider BC, Valença MS, Peter NB, Muniz LC. Factores de riesgo comportamentales para enfermedades cardiovasculares entre adolescentes de la zona rural de un municipio del sur de Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021; 37(2): e0024119.
17. Nogueira JS, Oliveira BS, Mamede MV, Silva LDC. Sintomas psicológicos em mulheres climatéricas cardiopatas. *Cogitare Enfermagem*. 2018;23(2).



18. Fini A, Cruz DALM. Características de la fatiga de pacientes con insuficiencia cardíaca: revisión de literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009;17:557-565.
19. Dibben G, Faulkner J, Oldridge N, Rees K, Thompson DR, Zwisler AD, Taylor RS. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;11(11):CD001800.
20. Pinheiro HS et al. Aplicação da teoria de médio alcance para enfermagem em reabilitação cardiovascular de pacientes com insuficiência cardíaca. *Research, Society and Development*. 2022;11(3): e25011326579.

RECIBIDO: 22/04/24
APROBADO: 16/06/26
PUBLICADO: 08/2026

