



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2015 – 2016

TRABAJO FIN DE GRADO

**Rehabilitación cardíaca y manejo de la
ansiedad tras un síndrome coronario agudo
(SCA): a propósito de un caso**

Jorge Murga Sainz

Tutor: Salvador Antonio Fojón Polanco

Presentación del trabajo: Junio 2016

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA

UNIVERSIDAD DE A CORUÑA



ÍNDICE

RESUMEN	4
RESUMO	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVOS	9
DESARROLLO	10
DESCRIPCIÓN DEL CASO	11
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	12
PLAN DE CUIDADOS	17
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	17
- COMPLICACIONES POTENCIALES.....	26
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	35
CONSIDERACIONES ÉTICO – LEGALES.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXO 1: Relación entre la pirámide de Maslow y los Patrones de salud de M.Gordon.....	42
ANEXO 2: Clasificación Killip – Kimball	43
ANEXO 3: Test de Morisky – Green	44
ANEXO 4: Índice de Barthel (ABVD)	45
ANEXO 5: Escala de Lawton y Brody (AIVD)	46
ANEXO 6: Escala de ansiedad de Hamilton	47
ANEXO 7: Escala de autoestima de Rosenberg.....	48



SIGLAS Y ACRÓNIMOS

RC: Rehabilitación Cardíaca.

SCA: Síndrome Coronario
Agudo.

AI: Angina Inestable.

IAM: Infarto Agudo de Miocardio.

AHA: American Heart
Association (Sociedad Americana
del Corazón).

AACVPR: American Association
of Cardiovascular and Pulmonary
Rehabilitation (Asociación
Americana de Rehabilitación
Cardiovascular y Pulmonar).

AP: Atención Primaria.

ECV: Enfermedad Cardio-
Vascular.

FRCV: Factores de Riesgo
Cardio-Vascular.

Fc: Frecuencia cardíaca.

TA: Tensión Arterial.

ECG: Electrocardiograma.

CK – MB: Creatin Kinase MB
fraction (Creatincinasa fracción
MB).

AREA: Análisis de resultado del
estado actual.

NOC: Nursing Outcomes
Clasification.

NIC: Nursing Interventions
Classification.

SCASEST: Síndrome Coronario
Agudo Sin Elevación ST.

PAS: Presión Arterial Sistólica.

PAD: Presión Arterial Diastólica.

INR: International Normalised
Ratio (Cociente internacional
normalizado).

FA: Fibrilación Auricular.

ABVD: Actividades Básicas de la
Vida Diaria.

AIVD: Actividades Instrumentales
de la Vida Diaria.



RESUMEN

Introducción: El síndrome coronario agudo consiste en una afectación de la vascularización coronaria que compromete el equilibrio entre la demanda y el aporte de Oxígeno al miocardio. La cardiopatía isquémica en nuestro entorno constituye una de las principales causas de muerte; en Galicia 349,9 muertes por cada 100.000 habitantes y año están provocadas por esta causa.

Objetivos: Elaborar un plan de cuidados individualizados a una paciente que padeció un SCA de tipo isquémico recientemente, enmarcándolo en el ámbito de la rehabilitación cardíaca y prevención terciaria en atención primaria.

Desarrollo: La documentación para el caso se obtuvo de la búsqueda bibliográfica en bases de datos (Scielo, PubMed, Elsevier, Dialnet), en páginas web oficiales y guías de práctica clínica para el manejo de la cardiopatía isquémica. La valoración de enfermería se realizó con una entrevista presencial aplicando el modelo de M. Gordon y empleando la taxonomía enfermera NANDA – NOC – NIC para el desarrollo del plan.

Discusión y conclusiones: Finalmente se consiguió la realización del plan de cuidados en este marco teniendo en cuenta las características personales de la paciente.

Como conclusión se destaca la importancia de la labor enfermera en la educación sanitaria para reducir así la prevalencia de factores de riesgo que lleven a un aumento de las complicaciones tras el evento cardiovascular. Asimismo se reflexiona de forma crítica sobre la presencia de unidades de RC en nuestro entorno y los beneficios que tendrían estas unidades para los pacientes que precisen de este programa.

Palabras clave: “Síndrome coronario”, “Infarto agudo de miocardio”, “Rehabilitación cardíaca (RC)”, “Prevención secundaria”, “Prevención terciaria”.



RESUMO

Introdución: O síndrome coronario agudo consiste nunha afectación da vascularización coronaria que compromete o equilibrio entre a demanda e o aporte de Osíxeno ao miocardio. A cardiopatía isquémica no noso entorno constitúe unha das principais causas de morte, en Galicia 349,9 mortes por cada 100.000 habitantes e ano están provocadas por esta causa.

Obxectivos: Elaborar un plan de coidados individualizados a unha paciente que padeció un SCA de tipo isquémico recentemente, enmarcandoo no ámbito da rehabilitación cardíaca e prevención terciaria en atención primaria.

Desenvolvemento: A documentación para o caso foi obtida da búsqueda bibliográfica en bases de datos (Scielo, PubMed, Elsevier, Dialnet), en páxinas web oficiais e guías de práctica clínica para o manexo da cardiopatía isquémica. A valoración de enfermaría realizouse cunha entrevista presencial aplicando o modelo de M. Gordon e empregando a taxonomía enfermera NANDA – NOC – NIC para o desenvolvemento deste plan.

Discusión e conclusións: Finalmente conseguíuse a realización do plan de coidados neste marco tendo en conta as características persoais da paciente.

Como conclusión destácase a importancia da labor da enfermera na educación sanitaria para reducir así a prevalencia dos factores de risco que leven a un aumento das complicacións tras o evento cardiovascular. Así mesmo reflexionase de forma crítica sobre a presenza de unidades de RC no noso entorno e os beneficios que tendrían estas unidades para os pacientes que precisen deste programa.

Palabras clave: “Síndrome coronario”, “Infarto agudo de miocardio”, “Rehabilitación cardíaca (RC)”, “Prevención secundaria”, “Prevención terciaria”.



ABSTRACT

Introduction: Acute coronary syndrome is an affection of the coronary vasculature which compromises the balance between the demand and the supply of oxygen to the heart muscle. Ischemic heart disease in our environment is one of the leading causes of death; in Galicia 349, 9 deaths per 100,000 people per year die from that cause.

Objectives: To develop an individualized plan of care for a patient who suffered from an ischemic SCA recently, framing it in the field of cardiac rehabilitation and tertiary prevention in primary care.

Development: Bibliography for the case was obtained by consulting papers in databases (Scielo, PubMed, Elsevier, Dialnet), official websites and clinical practice guidelines for the management of ischemic heart disease. Nursing assessment was carried out with an interview of the person applying the model of M. Gordon and using nurse taxonomy NANDA - NOC - NIC for the development of the plan.

Discussion and conclusions: Finally got the realization of the care plan in this context taking into account the personal particularities of the patient.

As a concluding point, it is relevant to underline the importance of the nursing work in health education to reduce the prevalence of risk factors that lead to an increase in complications after a cardiovascular event. Finally, it is also important make a critical thought about the presence of RC units in our environment and the benefits that these units would have in the lives of the patients requiring this program.

Key words: "Coronary syndrome", "Acute myocardial infarction", "Cardiac Rehab (CR)", "Secondary prevention", "Tertiary prevention"



INTRODUCCIÓN

El SCA o Síndrome coronario agudo, es un término que se refiere a una afectación de la vascularización coronaria severa que compromete la irrigación del miocardio reduciendo de esta manera el aporte de oxígeno a estos tejidos.

Este síndrome avanza de manera progresiva provocando la aparición de una angina inestable (AI), infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita.

La cardiopatía isquémica es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo y representa, junto con la enfermedad cerebrovascular, casi el 60% de la mortalidad cardiovascular total siendo la principal causa de muerte en nuestro medio¹.

Un informe publicado por el Instituto nacional de estadística (INE) en Marzo de 2016 muestra que, dentro de las enfermedades del aparato circulatorio, las de tipo isquémico como el infarto agudo de miocardio ocupan el primer lugar en número de defunciones en nuestro país. En Galicia concretamente supone una tasa de 349,9 muertes de cada 100.000 habitantes por año².

Dentro del SCA podemos identificar diferentes procesos según las características fisiopatológicas del evento, de manera sencilla nos encontraremos tras la valoración inicial de un ECG del paciente con:

- Síndrome coronario agudo con supradesnivel o elevación del segmento ST que comprende el IAM transmural o tipo Q³.
- Síndrome coronario agudo sin supradesnivel o sin elevación del ST que comprende el IAM no transmural o no Q y la angina inestable³.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los criterios para evaluar el estado del miocardio son³:



- Historia clínica del paciente.
- Realización de ECG.
- Determinación de biomarcadores séricos, los de mayor especificidad y sensibilidad: CK-MB y Troponinas T y I.

Los pacientes que cursan SCA sin elevación del segmento ST constituyen población de alto riesgo con un índice de mortalidad en el primer año después del evento inicial del 7 al 8%³.

Tras un evento de estas características una vez dada el alta del centro de hospitalización, se continuará con los sucesivos controles de la enfermedad en la consulta de cardiología y en el centro de atención primaria que corresponda, donde se realizarán los controles pertinentes para comprobar el estado de salud y evitar la aparición de complicaciones derivadas de un evento significativo como es un IAM.

Es aquí donde podemos introducir el término de Rehabilitación cardíaca o RC este, está integrado junto con la prevención en pacientes cardiopatas.

Según la definición de la *American Heart Association* (AHA) junto con la *American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation* (AACVPR) la rehabilitación cardíaca consiste en⁴:

- Conjunto de intervenciones multifactoriales realizadas para optimizar la salud física y psíquica del cardiópata y para facilitar su integración social. También destinadas a estabilizar, enlentecer la progresión o incluso lograr la regresión de la ateromatosis, consiguiendo así reducir la mortalidad y morbilidad de estos pacientes.

Los principales objetivos de los programas dirigidos al paciente cardiópata, tras sufrir un evento cardiovascular (ECV), se centran en la educación sanitaria del paciente para reducir los posibles FRCV y evitar la aparición de complicaciones como re- infarto, insuficiencia cardíaca, agudización de arritmias cardíacas y shock cardiogénico.



Se trata de reducir la morbimortalidad de estos pacientes, dentro de la prevención secundaria y minimizar las secuelas con lo que conocemos como Prevención Terciaria: “acciones relativas a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta mediante un correcto diagnóstico, tratamiento y **rehabilitación física, psicológica y social** en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas”⁵.

El equipo que llevará a cabo este tipo de prevención será multidisciplinar, formado por diferentes profesionales de la salud que trabajan en consonancia para con el bien del paciente, cada uno tendrá su campo de actuación con sus objetivos correspondientes.

La enfermería debe de realizar un plan de cuidados individualizado, realizar labores educativas para manejar los FRCV, conseguir que el paciente identifique los signos y síntomas de alerta que precise de asistencia sanitaria urgente y un seguimiento del individuo con el registro de medidas antropométricas, ECG y datos como, Fc y TA.

En el caso que desarrollaremos a continuación nos centraremos precisamente en una paciente afectada de IAM no Q hace menos de un año en control ambulatorio en el presente.

OBJETIVOS

1. Elaborar un plan de cuidados individualizado tras una valoración holística de la paciente, que permita la mejora de la calidad de vida y el manejo de la ansiedad tras un infarto agudo de miocardio.
2. Presentar las Unidades de Rehabilitación cardíaca, de reciente aparición, como unidades de atención centralizada en el paciente cardiópata.



DESARROLLO

Se ha elaborado un plan de cuidados individualizado para una paciente perteneciente a los servicios de Atención Primaria del Centro de salud del Ventorrillo en A Coruña.

Los datos de la situación clínica actual, se extrajeron de la historia clínica disponible en el IANUS Atención Primaria (AP), apartado de atención primaria y apartado de atención especializada donde figuran los ingresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas realizadas.

La documentación para el desarrollo del presente caso clínico se obtuvo de una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Scielo, PubMed, Elsevier, Dialnet y en las páginas web oficiales de la sociedad española de cardiología, asociación española de enfermería en cardiología, en revistas internacionales especializadas y el Instituto nacional de estadística, con los siguientes límites de búsqueda: artículos de revista, publicaciones oficiales y guías de práctica clínica de los últimos 10 años.

La valoración de enfermería se realizó a través de una entrevista personal citando a la paciente de manera presencial. Se aplicó el modelo de Patrones Funcionales de Margory Gordon, que valora al paciente atendiendo a 11 Patrones funcionales de la salud basados en la pirámide de necesidades de Maslow (**ver Anexo 1**).

Una vez realizada la valoración y obtenidos los datos, se realizó una reflexión crítica para establecer, con la ayuda del modelo de análisis de resultado del estado actual (AREA)⁶ y la taxonomía NANDA⁷, una priorización de diagnósticos de enfermería.

Con los diagnósticos priorizados, se identificaron los resultados de enfermería y se seleccionaron los indicadores pertinentes utilizando la clasificación *Nursing Outcomes Classification* (NOC)⁸.

Finalmente empleando la clasificación *Nursing Interventions Classification* (NIC)⁹ se recopilaron aquellas intervenciones de enfermería necesarias para conseguir el objetivo establecido por los NOC⁸ valorados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 36 años que realiza los controles de salud pertinentes en el Centro de salud del Ventorrillo.

Antecedentes del caso:

3. Cardiopatía congénita no cianógena: comunicación interauricular tipo Ostium Primum (CIA OP).
4. Dextrocardia con situs solitus.



Figura 1: Radiografía de tórax. Fuente: Servicio de Radiología del CHUAC.



Figura 2: Resonancia nuclear magnética de tórax. Fuente: Servicio de radiología del CHUAC.

- Insuficiencia severa de válvula mitral.
- Fibrilación – Flutter auricular permanente.

- Ingreso por SCASEST tipo IAM no Q Killip III¹⁰ con edema agudo de pulmón (**ver Anexo 2**), durante el ingreso se coloca stent en arteria descendente anterior proximal debido a una estenosis de dicha arteria coronaria de un 99%.

Intervenciones quirúrgicas:

- Cierre de CIA Ostium Primum y primera reparación de la válvula Mitral en 1999.
- Reparación de nuevo de la válvula Mitral en 2006.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA: ^{11, 12}

1. PATRÓN DE PERCEPCIÓN – CONTROL DE LA SALUD:

- No alergias medicamentosas conocidas (AMC). No factores de riesgo cardiovascular (FRCV).
- Medicación:

Tabla 1

FÁRMACO	DOSIS	PAUTA
Atorvastatina	4mg	1 comprimido / 24h.
Bisoprolol	5mg	½ comprimido / 12h.
Espironolactona	25mg	1 comprimido / 24h.
Clorazepato dipotásico	2.5mg	1 sobre de polvo para solución oral / 24h.
Enoxaparina	40mg (4000ui)	1 inyección / 24h.
Vitamina D3	2000ui/ml	1 dosificación / 24h.

- Refiere efectos secundarios de la medicación → NÁUSEAS.
- Para valorar la adherencia al tratamiento, se realiza el test de Morisky – Green¹³ obteniéndose como resultado: PACIENTE CUMPLIDOR (**ver Anexo 3**)
- Estado vacunal completo.

- Es conocedora de sus problemas de salud en el momento de la valoración.
- Controles periódicos adecuados, acude a todas las citas.

VALORACIÓN → Patrón no alterado.

2. PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO:

- Medidas antropométricas → peso: 52kg; talla: 165cm; Glucemia basal capilar: 145mg/dl; Hemoglobina glicosilada: 6.5% en ayunas.
- Pérdida de peso significativa desde el IAM.
- Restricciones en la dieta: principalmente sal y grasas, ligera intolerancia a la lactosa.
- Náuseas puntuales como efecto secundario de la medicación.
- Buena coloración de piel y mucosas en general.

VALORACIÓN → Patrón no alterado.

3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN:

- Eliminación urinaria: poliuria debido a la Espironolactona, entre 7-8 micciones diarias, sin episodios de incontinencia y de aspecto normal. No disuria ni dificultades para orinar.
- Eliminación intestinal: tendencia a períodos de estreñimiento que requieren de ayuda farmacológica para resolverlos. En ausencia de estreñimiento 1 deposición / 24h.
- Sudoración normal.
- Destaca metrorragias fuera del período menstrual. A valoración por servicio de Ginecología del Hospital Teresa Herrera (A Coruña).
- Sin presencia de edemas.

VALORACIÓN → Patrón de riesgo, episodios de estreñimiento.

4. PATRÓN DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO FÍSICO:

- Constantes → PAS 110 mmHg; PAD: 70 mmHg; Fc: 88lpm, FA permanente a tratamiento con Enoxaparina 40mg SC. Retirado tratamiento con Acenocumarol por INR fuera de rango en 12 de 15 controles.
- Actualmente se encuentra de baja laboral temporal, pendiente de invalidez. Trabajo previo: auxiliar de enfermería con turnos rotativos.
- Realiza actividad física de intensidad leve a moderada todos los días, pero refiere disnea de esfuerzo, cansancio, aumento de la Fc y algún episodio de hipotensión ortostática.
- Se pasan dos escalas en relación a este patrón.

Índice de Barthel para las ABVD¹⁴ (**ver Anexo 4**) con una puntuación 100 de 100 puntos posibles lo que indica que es INDEPENDIENTE para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Índice de Lawton y Brody para AIVD¹⁴ (**ver Anexo 5**) con una puntuación de 8 de 8 puntos posibles lo que indica que es INDEPENDIENTE para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

VALORACIÓN → Patrón alterado, presencia de disnea de esfuerzo y aumento de la Fc durante el ejercicio moderado.

5. PATRÓN DE SUEÑO Y DESCANSO:

- Sueño nocturno, sin siestas diurnas, no reparador, de una duración aproximada de 8h con más de 3 despertares nocturnos, principalmente para orinar.
- No precisa de ayuda farmacológica para conciliar el sueño.

VALORACIÓN → Patrón alterado, expresa falta de descanso.

6. PATRÓN COGNITIVO – PERCEPTIVO:

- Posee formación superior.
- Sin alteraciones sensoriales de importancia excepto que padece hipermetropía y estrabismo corregidos con gafas que utiliza de manera habitual.
- El conocimiento sobre su proceso de enfermedad es amplio, en el momento de la valoración no expresa dolor significativo excepto cierto dolor de espalda de tipo muscular.

VALORACIÓN → Patrón no alterado.

7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO:

- En el momento de la valoración expresa haber sido siempre positiva ante la vida, pero desde el evento del IAM el verano pasado ha adoptado una actitud más negativa, “*tengo más inseguridad y soy más hipocondríaca*”.
- Tanto a través de un lenguaje verbal como no verbal se puede observar cierta inquietud e incertidumbre que ella misma expresa ante lo que puede pasar en el futuro cercano “*¿Qué es lo próximo?*”. También le preocupa el tema de la reincorporación laboral, está pendiente de una incapacidad laboral permanente por su estado de salud.
- Comunica literalmente: “*Tengo miedo al que vendrá*”.
- Dentro de este patrón se ha valorado la ansiedad y la autoestima utilizando las siguientes escalas:

Escala de ansiedad de Hamilton¹⁴ (**ver Anexo 6**): de la que se obtuvo una puntuación total de 16 puntos de un máximo de 56 lo que se interpreta como *intensidad leve la ansiedad*; hay que tener en cuenta que se encuentra a tratamiento con ansiolíticos (Clorazepato).

Escala de autoestima de Rosemberg¹⁵ (**ver Anexo 7**): de la que se obtuvo una puntuación de 31 puntos sobre una puntuación máxima de 40, lo que indica una *autoestima normal*. (Rango 30-40 puntos).

VALORACIÓN → Patrón alterado, verbalización de miedo e incertidumbre. A pesar de que la escala de Hamilton no refleja un resultado de ansiedad elevada, se han contemplado posteriormente diagnósticos relacionados con el miedo y la ansiedad ante una muerte temprana.

8. PATRÓN ROL – RELACIONES:

- La paciente reside con su marido en el domicilio familiar, el proceso de su enfermedad ha afectado al desempeño de su rol en la unidad familiar ya que actualmente tiene miedo de estar sola en la calle y en casa prefiere estar acompañada.
- El apoyo del resto de su familia es generalizado, expresa sentirse apoyada por sus familiares y amigos, *“pocos pero, son mis amigos de la infancia”*. La familia la motiva para que sea más independiente en su día a día.
- Actualmente está de baja laboral, lo que según indica: *“me hace sentir un poco inútil ahora mismo, pero no me supone un problema”*.

VALORACIÓN → Patrón no alterado.

9. PATRÓN SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN:

- Menarquía a los 11 años.
- Episodios de sangrado intermenstrual.
- Expresa satisfacción con sus relaciones sexuales y es conocedora de los riesgos y proceso de actuación ante la aparición de dolor torácico durante las relaciones.
- Utiliza como método anticonceptivo el preservativo.

VALORACIÓN → Patrón no alterado.

10. PATRÓN DE ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS.

- Desde el IAM ha aumentado la sensación de estrés e inseguridad, la soledad y la incertidumbre le generan un aumento de la



ansiedad. Para el manejo de los episodios más intensos de ansiedad y estrés utiliza de manera adecuada las respiraciones profundas.

- Estos picos le influyen a la hora de realizar sus actividades diarias ya que como dice: *“no soy capaz de salir a la calle sola, me da mucho miedo porque fue en la calle y sin compañía donde me dio el infarto”*.

VALORACIÓN → Patrón alterado, por preocupación prolongada a lo largo del tiempo.

11. PATRÓN VALORES – CREENCIAS:

- Según expresa es católica y acude a la iglesia de vez en cuando.
- Utiliza el rezo como medio de gratitud ante la vida, *“doy gracias por estar aquí”*.
- Le preocupa en gran medida la muerte, el empeoramiento de su estado de salud y sobre todo el reinfarto, pero le ayuda la práctica religiosa para atenuar ese miedo.

VALORACIÓN → Patrón no alterado.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Tras la reflexión sobre los datos obtenidos de la valoración se obtienen los siguientes diagnósticos de la NANDA⁷:

- **Riesgo de deterioro de la función cardiovascular (00239)**
(Tabla 2)

Definición: “vulnerable a factores internos o externos que puedan dañar uno o más órganos vitales así como el propio sistema circulatorio”.



Relacionado con: antecedentes de enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica en Junio de 2015).

➤ **Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (00200)**

Definición: “vulnerable a una disminución de la circulación cardíaca (coronaria), que puede comprometer la salud”.

Relacionado con: antecedentes de disminución de la perfusión coronaria (oclusión de un 99% de la arteria descendente anterior proximal que requirió de la colocación de stent).

➤ **Riesgo de disminución del gasto cardíaco (00240)**

Definición: “vulnerable al bombeo de una cantidad de sangre inadecuada por el corazón para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo, que puede comprometer la salud”

Relacionado con: alteraciones en la frecuencia cardíaca, arritmias (FA permanente) y alteración del volumen de eyección (fracción de eyección del ventrículo izquierdo disminuida).

➤ **Riesgo de intolerancia a la actividad (00094)**

Definición: “vulnerable a experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas, que puede comprometer la salud”.

Relacionado con: antecedentes previos de intolerancia a la actividad, problemas circulatorios, episodios de hipotensión ortostática, disnea de esfuerzo y fatiga.

➤ **Riesgo de shock (00205)**

Definición: “vulnerable a un aporte sanguíneo inadecuado para los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que constituya una amenaza para la vida”.

Relacionado con: tendencia a la hipotensión, capacidad funcional del corazón disminuida (FA, miocardio afectado por isquemia, FEVI disminuida).

➤ **Riesgo de estreñimiento (00015)**

Definición: “vulnerable a sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañada de eliminación dificultosa e incompleta de heces, que puede comprometer la salud”.

Relacionado con: agentes farmacológicos y hábitos de defecación irregular.

➤ **Ansiedad ante la muerte (00147) (Tabla 3)**

Definición: “sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada para la propia experiencia”.

Relacionado con: experiencia cercana a la muerte e incertidumbre sobre el pronóstico.

Manifestado por: temor a una muerte temprana.

➤ **Riesgo de síndrome postraumático (00145)**

Definición: “vulnerabilidad a la persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador, que puede comprometer la salud”.

Relacionado con: percepción del acontecimiento del IAM como traumático y expresión del rol del superviviente.



➤ **Aficción crónica (00137)**

Definición: “patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza generalizada experimentado en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad”.

Relacionado con: presencia de enfermedad crónica. (Lleva padeciendo diferentes problemas de salud desde su nacimiento, por ello se contempla este diagnóstico).

Manifestado por: expresa sentimientos de tristeza recurrente.

➤ **Disposición para mejorar la esperanza (00185)**

Definición: “patrón de expectativas y deseos para movilizar energía en beneficio propio, que puede ser reforzado”.

Relacionado con: expresa deseo de mejorar la esperanza y confianza en las posibilidades futuras. (Tras un evento traumático como es el IAM, aparecen la falta de ganas, impulso y motivación para seguir adelante).

APLICACIÓN DEL MODELO AREA⁶

En la figura que se muestra a continuación se sitúa al paciente como núcleo de la red de razonamiento, formada por los diagnósticos tenidos en cuenta. Con las interrelaciones entre ellos indicadas por flechas de color rojo, conseguimos identificar aquellos diagnósticos prioritarios.

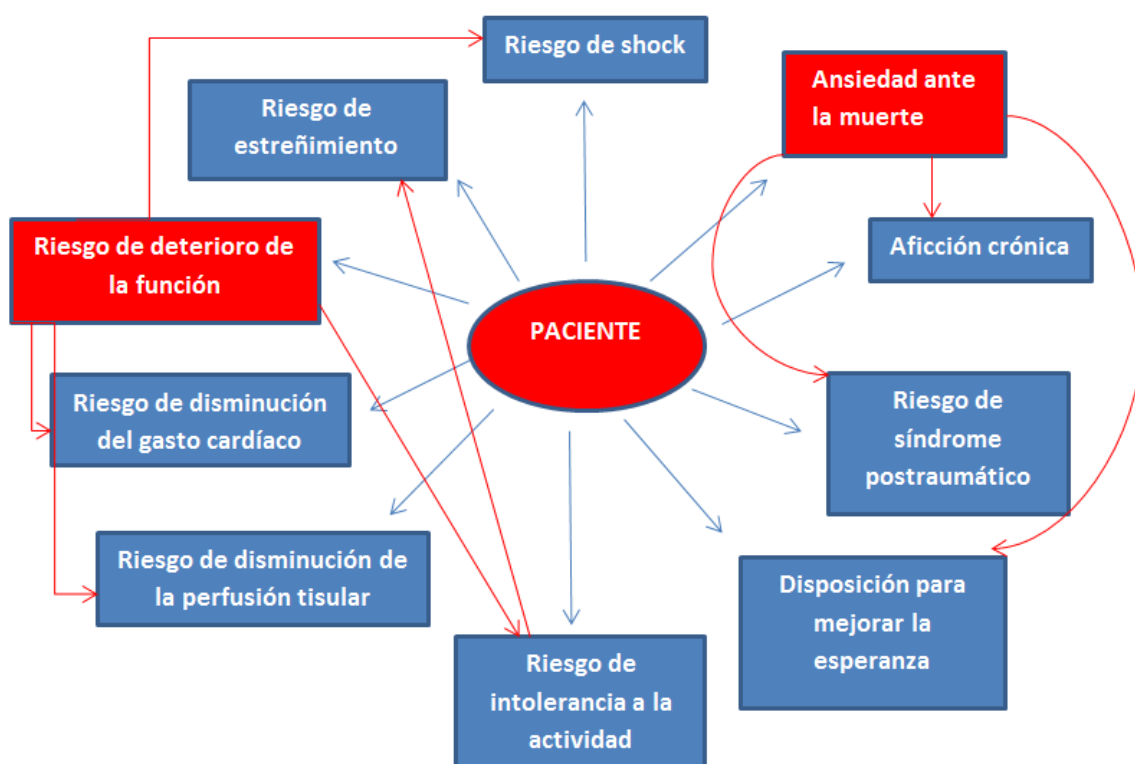


Figura 3: Red de razonamiento diagnóstico aplicando el modelo de análisis del resultado actual.

Los diagnósticos seleccionados para desarrollar los resultados de enfermería NOC⁸ y las intervenciones de enfermería mediante la clasificación NIC⁹, tras la priorización, son los siguientes:

- ❖ **RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR.**
- ❖ **ANSIEDAD ANTE LA MUERTE.**

Tabla 2: Resultados (NOC) e intervencións (NIC) de enfermería para **DE: RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR.**

DE: Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	
Resultados NOC	
<i>Escala Likert de 5 puntos donde: 1 (Nunca demostrado); 2(Raramente demostrado); 3 (A veces demostrado); 4 (Frecuentemente demostrado) y 5 (Siempre demostrado).</i>	
Indicadores valorados	RO– RE
RO: Resultado Observado; RE: Resultado Esperado	
NOC: Conducta de fomento de la salud (1602)	
160221 Equilibra actividad y reposo	4 – 5
160205 Utiliza técnicas efectivas de disminución de estrés	3 – 5
160216 Utiliza un programa de ejercicios eficaz	3 – 5
160225; 160218; 160219 Evita el tabaquismo pasivo, el mal uso del alcohol y el uso del tabaco	5 – 5
NOC: Autocontrol: enfermedad arterial coronaria (3104)	
<i>Escala Likert de 5 puntos donde: 1 (Nunca demostrado); 2(Raramente demostrado); 3 (A veces demostrado); 4 (Frecuentemente demostrado) y 5 (Siempre demostrado).</i>	
310404 Participa en el programa de rehabilitación cardiaca prescrito	3 – 5
310405 Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito	5 – 5
310410 Controla el inicio de los síntomas	5 – 5
310414 Informa de los síntomas de empeoramiento de la enfermedad	5 – 5
310417 Utiliza estrategias preventivas para reducir el riesgo de complicaciones	5 – 5
310424 Sigue la dieta prescrita	5 – 5
310432 Sigue las recomendaciones para la actividad sexual	5 – 5
310441 Mantiene la cita con el profesional sanitario	5 – 5

Tabla 2 continuación.

Intervenciones (NIC)
NIC: Cuidados cardíacos: rehabilitación (4046)
Actividades: <ul style="list-style-type: none">➤ Monitorizar la tolerancia a la actividad.➤ Instruir sobre el régimen de ejercicios, es importante la relajación posterior al ejercicio físico moderado pautado.➤ Evaluar al paciente para detectar la presencia de ansiedad y depresión.
NIC: Manejo del riesgo cardíaco (4050)
Actividades: <ul style="list-style-type: none">➤ Detectar la presencia de conductas de riesgo (presencia de complicaciones cardíacas previas).➤ Instruir sobre la necesidad de alcanzar objetivos de ejercicio, según tolerancia.➤ Instruir sobre los síntomas de compromiso cardíaco que indiquen la necesidad de reposo.➤ Centrar la asistencia y los objetivos terapéuticos para mantener el peso (dieta cardiosaludable), que continúe sin fumar y que sea lo más activa posible (dentro de los límites personales según la capacidad funcional).➤ Aliviar la ansiedad proporcionando información si precisa.➤ Alentar técnicas efectivas para manejar el estrés.➤ Monitorizar los progresos a intervalos regulares.

Tabla 3: Resultados (NOC) e intervencións (NIC) de enfermería para **DE: ANSIEDAD ANTE LA MUERTE.**

DE: Ansiedad ante la muerte	
Resultados (NOC)	
<i>Escala Likert de 5 puntos donde: 1 (Nunca demostrado); 2(Raramente demostrado); 3 (A veces demostrado); 4 (Frecuentemente demostrado) y 5 (Siempre demostrado).</i>	
Indicadores valorados	RO – RE
NOC: Afrontamiento de problemas (1302)	
130210 Adopta conductas para reducir el estrés	3 – 5
130212 Utiliza técnicas de superación efectivas	3 – 5
130213 Evita situaciones excesivamente estresantes	5 – 5
130214 Verbaliza la necesidad de asistencia	5 – 5
NOC: Autocontrol del miedo (1404)	
<i>Escala Likert de 5 puntos donde: 1 (Nunca demostrado); 2(Raramente demostrado); 3 (A veces demostrado); 4 (Frecuentemente demostrado) y 5 (Siempre demostrado).</i>	
140403 Busca información para reducir el miedo	5 – 5
140407 Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo	4 – 5
140413 Mantiene el control sobre su vida	5 – 5
140417 Controla la respuesta de miedo	3 – 5
NOC: Estado de comodidad: psicoespiritual (2011)	
<i>Escala Likert de 5 puntos donde: 1 (Gravemente comprometido); 2(Sustancialmente comprometido); 3 (Moderadamente comprometido); 4 (Levemente comprometido) y 5 (No comprometido).</i>	
201101 Bienestar psicológico	4 – 5
201102 Fe	5 – 5
201103 Esperanza	3 – 5
201107 Expresiones de optimismo	2 – 4
201110 Satisfacción espiritual	5 – 5

Tabla 3 continuación.

Escala Likert de 5 puntos donde: 1 (Grave); 2 (Sustancial); 3 (Moderado); 4 (Leve) y 5 (Ninguno).

201112 Depresión	5 – 5
201113 Ansiedad	4 – 5
201114 Estrés	3 – 5
201115 Miedo	2 – 3

Intervenciones (NIC)

NIC: Disminución de la ansiedad (5820)

Actividades:

- Animar a que exprese sus sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad (mejora o empeoramiento de los niveles de ansiedad)
- Identificar las situaciones que precipitan la ansiedad (en este caso: nuevo evento cardíaco y muerte temprana).

NIC: Mejora del afrontamiento (5230)

Actividades:

- Ayudar a identificar objetivos a corto y largo plazo.
- Valorar el papel de la situación vital del paciente en el rol y las relaciones.
- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Manejar los sentimientos de impotencia con una actitud de esperanza realista.
- Reevaluar signos verbales y no verbales de ansiedad

NIC: Terapia de relajación (6040)

Actividades:

- Determinar si alguna intervención de relajación ha sido útil anteriormente.
- Enseñar conductas de relajación; respiraciones profundas y respiración abdominal, por ejemplo.
- Evaluar y registrar la respuesta a la terapia.

COMPLICACIONES POTENCIALES

Analizados los datos de la valoración y la situación clínica de la paciente se contemplan las siguientes complicaciones potenciales o problemas de colaboración: reoclusión (angina, IAM y agudización de arritmias) y shock cardiogénico. Se han objetivado los siguientes resultados e intervenciones de enfermería comunes a ambas complicaciones dirigidos a reducir el riesgo de aparición de las mismas:

Tabla 4: Desarrollo de las complicaciones potenciales.

C.P: Reoclusión: angina, infarto agudo de miocardio y agudización de arritmias.	
C.P: Shock cardiogénico	
Resultados de enfermería (NOC)	
NOC: Control del riesgo: enfermedad cardiovascular (1914)	
<i>Escala Likert de 5 puntos donde: 1 (Nunca demostrado), 2 (Raramente demostrado), 3 (A veces demostrado), 4 (Frecuentemente demostrado), 5 (Siempre demostrado).</i>	
Indicadores valorados	RO – RE
RO: Resultado Observado; RE: Resultado Esperado	
191404 Controla la presión arterial	4 – 5
191406 Utiliza técnicas para reducir el estrés	3 – 5
191408 Sigue dieta cardiosaludable	5 – 5
191415 Hace ejercicio con regularidad	3 – 5
191414 Utiliza la medicación según prescripción	5 – 5
191419 Identifica los factores de riesgo cardiovascular	5 – 5
191421 Controla los cambios en su estado general de salud	5 – 5

Tabla 4 continuación.

NOC: Autocontrol: enfermedad cardíaca (1617)	
<i>Escala Likert de 5 puntos donde: 1 (Nunca demostrado), 2 (Raramente demostrado), 3 (A veces demostrado), 4 (Frecuentemente demostrado), 5 (Siempre demostrado).</i>	
Indicadores valorados	RO - RE
161704 Participa en el programa de rehabilitación cardíaca prescrito.	3 – 5
161706 Controla el inicio de los síntomas	5 – 5
161710 Informa de los síntomas de empeoramiento	5 – 5
161713 Utiliza medidas preventivas para reducir el riesgo de complicaciones	4 – 5
161718 Limita la ingesta de sodio	5 – 5
161719 Limita la ingesta de grasa y colesterol	5 – 5
161744 Obtiene asistencia sanitaria cuando aparecen signos de alerta	5 – 5
NOC: Autocontrol: arritmia (3105)	
<i>Escala Likert de 5 puntos donde: 1 (Nunca demostrado), 2 (Raramente demostrado), 3 (A veces demostrado), 4 (Frecuentemente demostrado), 5 (Siempre demostrado).</i>	
Indicadores valorados	RO – RE
310504 Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito	5 – 5
310506 Controla las palpitaciones cardíacas	5 – 5
310515 Informa del incremento de la gravedad de la arritmia	5 – 5

Tabla 4 continuación.

Intervenciones de enfermería (NIC)
NIC: Manejo del riesgo cardíaco (4050)
Actividades:
<ul style="list-style-type: none">➤ Instruir sobre la identificación de signos y síntomas de cardiopatía (signos y síntomas de angina, IAM, palpitaciones y shock)➤ Instruir sobre la importancia del control de la presión arterial y la frecuencia cardiaca de manera rutinaria.➤ Realización de ejercicio con regularidad y de forma progresiva (intensidad leve – moderada).➤ Instruir sobre síntomas de compromiso cardíaco que indiquen la necesidad de reposo (aumento de la Fc, palpitaciones, dolor torácico, disnea, fatiga, mareo, hipotensión).➤ Aliviar la ansiedad de la paciente con información precisa y sin malentendidos.➤ Utilizar técnicas efectivas de reducción de estrés.
NIC Manejo de la arritmia (4090)
Actividades:
<ul style="list-style-type: none">➤ Determinar antecedentes de arritmias y enfermedades cardíacas.➤ Realizar ECG de 12 derivaciones en caso de que sea necesario.➤ Asegurar una buena colocación de los electrodos (Dextrocardia).➤ Determinar si hay dolor o síncope asociado a la arritmia.➤ Enseñar a un miembro de la familia (marido) la reanimación cardiopulmonar básica.

DISCUSIÓN

Con la realización de este plan de cuidados individualizado se pretende abordar los problemas presentes, contribuir a la reducción del riesgo cardiovascular y la ansiedad y mejorar la calidad de vida.

Una vez que este plan se ponga en práctica, requerirá en un futuro una reevaluación del mismo al tratarse de un proceso dinámico y en caso necesario modificarlo, ya que pueden aparecer nuevos problemas que deriven en nuevos diagnósticos enfermeros o bien requieran de una modificación de las prioridades en cuanto a la intervención enfermera.

Si bien es posible abordar desde la atención primaria la rehabilitación cardíaca, actualmente existen unidades de Rehabilitación cardíaca y prevención ya en funcionamiento, donde la atención está más centralizada.

Estas unidades son un tema en alza y sobre el cual las diferentes áreas de salud de nuestro país están trabajando para conseguir progresivamente la apertura de más unidades multidisciplinarias en las que, siempre teniendo al paciente como núcleo del programa, se consigan los siguientes objetivos marcados⁴:

De carácter general y calidad de vida:

- Facilitar el control de los factores de riesgo cardiovascular.
- Mejorar la capacidad física.
- Evitar las posibles alteraciones psicológicas.
- Normalizar las relaciones socio-familiares y sexuales.
- Facilitar la reincorporación laboral.

De carácter pronóstico:

- Disminuir la morbilidad derivada de la aparición de complicaciones.
- Descenso de la mortalidad.

Los programas de RCyP se diferencian en tres fases^{16,17}:

Fase I o intrahospitalaria, se corresponde con el internamiento en las unidades de cuidados intensivos y hospitalización hasta el alta.

Fase II o extrahospitalaria temprana también llamada ambulatoria, es la fase de convalecencia y dura entre 3 y 6 meses.

Fase III extrahospitalaria tardía o de mantenimiento, la más difícil de continuar ya que su objetivo es mantener los buenos hábitos y conductas conseguidos el resto de la vida del paciente.

Cada profesional tendría en esta unidad, a modo resumen, los siguientes papeles^{4,18,19}:

- Médico especialista en cardiología: como coordinador debe de supervisar el desarrollo del programa siguiendo los patrones de las guías clínicas actualizadas, realizar la estratificación del riesgo del paciente en alto, medio o bajo riesgo, valorar de manera continuada la evolución clínica y colaborar con otros profesionales, principalmente el médico de atención primaria, para asegurar un buen control de los FRCV y la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Médico rehabilitador: como miembro del equipo debe de evaluar las posibles patologías concomitantes, valorar las complicaciones que pudieran surgir durante el programa y planificar de manera individualizada el contenido del plan de actividad física.
- Fisioterapeuta: debe de diseñar los programas de actividad física adaptados a la capacidad funcional del paciente, controlar el buen desarrollo de los ejercicios pautados, observar la aparición de



posibles complicaciones durante el programa y supervisar la realización del plan de actividad.

- Enfermero/a: como ya se ha señalado en la introducción, nuestro papel se fundamenta en aplicar nuestros conocimientos para realizar un plan de cuidados individualizado, reducir los factores de riesgo, vigilar la aparición de complicaciones potenciales, monitorizar al paciente y realizar también labores de intercomunicación entre profesionales, haciendo de nexo de unión para conseguir los mejores resultados.
- Psicólogo: su función consiste en el manejo de la esfera psicológica de los pacientes incluidos en el programa, manejar los procesos de estrés, información y asesoramiento psicológico y entrenamiento de técnicas de manejo emocional.
- Trabajador social: encargado o encargada del ámbito social, debe de realizar una valoración social completa, informar, gestionar y aplicar los servicios disponibles en caso necesario y coordinar los diferentes servicios sociosanitarios.
- Nutricionista: encargado o encargada del terreno nutricional de especial importancia en pacientes con factores de riesgo como obesidad, diabetes mellitus o hipercolesterolemia. Elaborará los informes dietéticos generales y dietas específicas.

Hay artículos que consideran la necesidad de incluir en estos equipos; médicos de familia, terapeutas ocupacionales, médicos del deporte, médicos de UCI, psiquiatras, médicos internistas y urólogos¹⁸.

La unidad básica contaría con un cardiólogo, un rehabilitador, un médico de familia, una enfermera, un fisioterapeuta y un psicólogo¹⁸.

Con todo ello como podemos comprobar, el equipo sería amplio y formado por profesionales de diferentes áreas que en el caso ideal y para un funcionamiento idóneo deberían de trabajar de manera conjunta y comunicada cooperando entre ellos.

Podríamos entonces plantearnos la siguiente pregunta: ¿Son beneficiosas y están justificadas estas unidades de rehabilitación para el paciente cardiópata?

Analizando la situación en nuestro país se obtienen los siguientes datos:

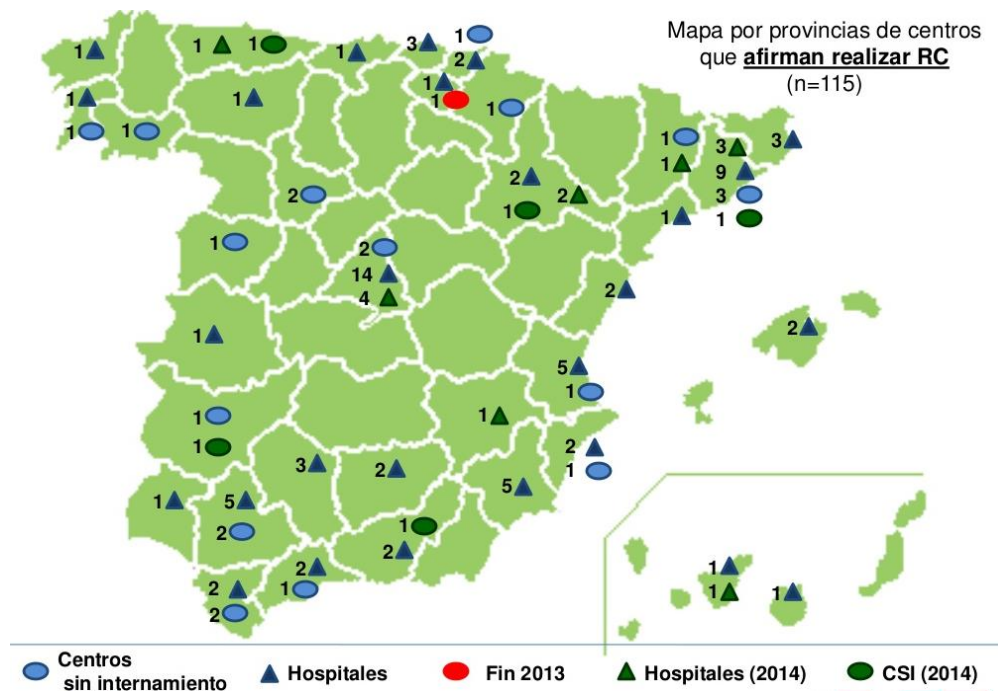


Figura 4: Mapa nacional indicando los centros que según el registro nacional de unidades de rehabilitación cardíaca, llevan a cabo estos programas²⁰.

Número de centros que afirman realizar RC según CCAA y tipo de centro (hospital o centro sin internamiento)



Figura 5: Número de centros que realizan RC por comunidad autónoma. En el caso de Galicia son un total de 4: 2 hospitales y 2 centros sin internamiento (CSI)²⁰.



Con respecto a las **Figuras 4 y 5** no figura ningún centro hospitalario perteneciente a Servizo Galego de Saúde (SERGAS) que posea estas unidades, los dos hospitales que realizan RC en Galicia son Hospital San Rafael (A Coruña) y Hospital Nuestra Señora de Fátima (Vigo).

Posteriormente a la recopilación de unidades de rehabilitación publicada en 2014, en mayo de 2015 un comunicado de prensa anuncia la entrada en funcionamiento de una unidad de rehabilitación cardíaca formada por cardiólogos, enfermeras, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas y un médico de deshabituación tabáquica en Santiago de Compostela dentro del Servizo Galego de Saúde (SERGAS)²¹.

En cuanto a los beneficios que tendrían para los pacientes su inclusión en estas unidades, son expuestos y justificados por numerosos artículos y estudios.

Con el fin de sintetizar y abordar aquellas actividades del programa y factores que mejoran de manera significativa nos centraremos en los siguientes:

- Ejercicio físico de diferente intensidad y duración:

El ejercicio físico incluido en estos programas de rehabilitación constituye la **intervención de mayor evidencia científica para reducir la morbimortalidad de los pacientes**, con una intensidad adaptada, en función de la estratificación del riesgo individual, se corresponde con una mejora de la capacidad funcional, sobre todo en pacientes afectados de IAM^{22,23,24}.

Numerosos estudios recientes arrojan la significativa reducción del riesgo de mortalidad de hasta un 35% en pacientes cardiopatas físicamente activos²³.

- Niveles de lípidos:

En lo referente al perfil lipídico según se recoge en una publicación oficial, tras un programa de rehabilitación integral de 6 meses de duración, en los pacientes estudiados se observó la reducción de los niveles de LDL (*Low Density Lipoproteins*) del 2-3%, una reducción de los niveles de triglicéridos del 15%, una reducción de un 5% en el colesterol total y la mejora de los niveles de HDL (*High Density Lipoproteins*) aumentando en un 5-15% con respecto a los valores iniciales²⁵.

El valor del HDL lo consideramos de importancia ya que los valores bajos se han asociado con la aparición del SCA, lo que explica la importancia del control y mejora de este valor con el objetivo de reducir el riesgo cardiovascular²².

- Educación en hábitos saludables:

Dieta: una dieta mediterránea y la dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) contribuyen a un mejor manejo de los niveles de tensión arterial y el peso, factores que incrementan el riesgo de sufrir nuevos eventos cardiovasculares^{26, 19}.

Tabaquismo: la recomendación es evidente, eliminar el consumo de tabaco, uno de los principales factores de riesgo, siendo actualmente un importante factor que conduce a infarto incluso entre los jóvenes²². El cese del tabaquismo después de un infarto agudo de miocardio está asociado a una disminución importante de la mortalidad²⁵.

- Ámbito psicosocial

La depresión y la ansiedad se asocian a una mayor morbimortalidad de los pacientes con fallo cardíaco. El manejo de las alteraciones en la esfera psicológica del paciente afectado por un evento cardíaco, por tanto, constituye un terreno manejable y que debe controlarse dentro de las unidades de rehabilitación cardíaca.



Un estudio señala que los pacientes que completan los programas de rehabilitación con una intervención a este nivel, tuvieron un 59% menos de mortalidad en comparación con pacientes que no se adhirieron al programa. Conjuntamente los niveles de ansiedad se reducen también significativamente en un porcentaje del 28% en pacientes menores de 60 años y en un 14% en mayores de 60 años²⁵.

CONCLUSIONES

Finalmente por todo lo abordado en este trabajo, con la reducción científicamente demostrada de los FRCV con estos programas, beneficios para el paciente con un abordaje integral y la reducción del coste que se conseguiría al evitar un reingreso hospitalario por nuevos eventos, resulta fácil responder a la pregunta formulada.

¿Son beneficiosas y están justificadas estas unidades de rehabilitación para el paciente cardiópata?

Definitivamente sí, son beneficiosas como arrojan los datos y por supuesto están justificadas como medio para conseguir una mejora en la calidad de vida de los pacientes que sufren eventos cardiovasculares.

No basta con una mejora clínica, precisan de un apoyo en el resto de niveles o necesidades cubriendo todas y cada una de ellas. De este modo conseguiremos una mejora global del paciente más ágil y con una mejor calidad de vida al aplicar el concepto de ser BIO-PSICO-SOCIAL, a tener en cuenta ya que manejaremos todas las esferas con estos programas; la física, la psicológica y la social.



CONSIDERACIONES ÉTICO – LEGALES

En el desarrollo de este caso se han respetado las normas de buena práctica, así como los requisitos establecidos en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre)²⁶ y la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica)²⁷.



BIBLIOGRAFÍA

1. Caballero Borrego J, Hernández García JM, Sanchis Fores J. Complicaciones mecánicas en el infarto agudo de miocardio. ¿Cuáles son, cuál es su tratamiento y qué papel tiene el intervencionismo percutáneo? Rev Esp Cardiol [Internet]. 2009;9(Supl. C):62-70. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/pt/node/2080491>
2. Instituto Nacional de Estadística. INE. Defunción según la Causa de Muerte [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>
3. Barba Evia JR. Síndromes coronarios agudos: marcadores de lesión miocárdica. Rev Mex Patol Clin [Internet]. 2007; 54(3):116-135. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2007/pt073d.pdf>
4. Hernández Muñoz D, Arranz Rodríguez H. Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Generalidades. En: Portuondo Maseda M.^aT, Martínez Castellanos T, Delgado Pacheco J, García Hernández P, Gil Alonso D, Mora Pardo J.A, Reina Sánchez M, Sánchez Carrio A.M.^a, Vivas Tovar M.^a E, editores. Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Madrid: Asociación española de enfermería en cardiología; 2009. p. 23-36.
5. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna [Internet]. 2011 [acceso 17 de Mayo de 2016];33(1):11-14. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
6. Bellido Vallejo JC. Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero. Inquietudes. 2006; 35: 21-29.
7. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación: 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.



8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
9. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 6ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
10. Mello B, Oliveira G, Ramos R, Lopes B, Barros C, Carvalho E et al. Validation of the Killip-Kimball Classification and Late Mortality after Acute Myocardial Infarction. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2014 [acceso 6 de abril de 2016]; 103(2):107-117. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014002000004
11. Iglesias Clemente J, Gómez Marcos M, González de Castro M, García Ortiz L, Mediavilla Bravo J, Garzón Martín A et al. Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular guía clínica basada en la evidencia. Edición resumida [Internet]. 1st ed. Castilla y León: Gerencia Regional de Salud, Junta de Castilla y León; 2008 [acceso 6 de Abril de 2016]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_418_val_riesgo_cardiovasc_resum.pdf
12. Servicio de salud del principado de Asturias. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Gijón (Asturias): Dirección de Enfermería Atención Primaria Área V Gijón; 2010 p. 1-34.
13. Rodríguez Chamorro M, García - Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus M. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria [Internet]. 2008 [acceso 7 de Abril de 2016]; 40(8):413-417. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407>



14. Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de salud [sede Web]. Andalucía: Consejería de salud; 2014 [acceso 6 de Abril de 2016]. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5
15. Consejo general de la Psicología de España [sede Web]. España; 2016 [acceso 6 de Abril de 2016]. Escala de autoestima de Rosemberg. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/Escala%20Rosenberg.pdf>
16. Rodríguez García M. Cuidados post-infarto: necesarios pero no suficientes. Rehabilitación cardíaca en la consulta de la Enfermera Comunitaria. RqR [Internet]. 2014 [acceso 7 de Mayo de 2016];2(1):12-16. Disponible en: http://www.seapaonline.org/uploads/revista/pdf/36/RevistaRqR_Invierno2014.pdf
17. JA Mora Pardo. Programas de prevención y rehabilitación cardíaca. En: Portuondo Maseda M.^aT, Martínez Castellanos T, Delgado Pacheco J, García Hernández P, Gil Alonso D, Mora Pardo J.A, Reina Sánchez M, Sánchez Carrio A.M.^a, Vivas Tovar M.^a E, editores. Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Madrid: Asociación española de enfermería en cardiología; 2009. p. 123-188.
18. Gómez González A, Montiel Trujillo A, Bravo Escobar R, García Gómez O, Corrales Márquez R, Bravo Navas J et al. Equipo multidisciplinario en las Unidades de Rehabilitación Cardíaca. ¿Qué papel desempeñamos?. Rehabilitación (Madr) [revista en Internet]. 2006 [acceso 13 de Mayo de 2016];40(6):290-300. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-equipo-multidisciplinario-las-unidades-rehabilitacion-cardiaca-que-13095947>

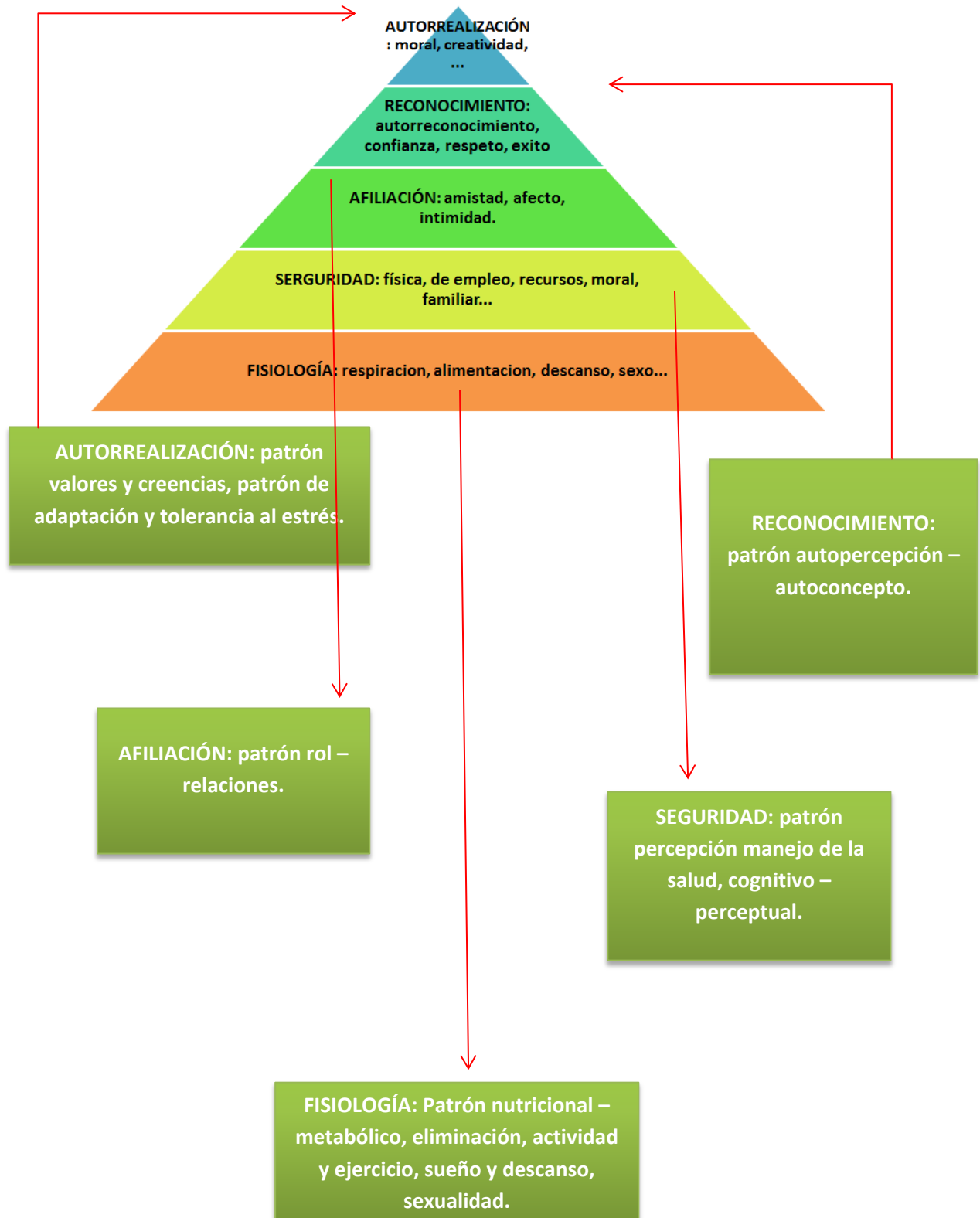


19. López Frías M, Gómez Martínez M, Ramírez López Frías M, De Teresa Galván C, Díaz Castro J, Nestares T. Beneficio del seguimiento de un programa de rehabilitación cardíaca sobre algunos parámetros de la composición corporal. Nutr Hosp [Internet]. 2014 [acceso 19 de Mayo de 2016];30(6):1366-1374. Disponible en: http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/viewFile/7897/pdf_7667
20. de Pablo Zarzosa C. Registro Nacional de Unidades de Rehabilitación Cardíaca. R-EURCa [sede Web]. Secardiologia.es. 2015 [actualizada 4 de Mayo de 2015; acceso 13 de Mayo de 2016]. Disponible en: <http://secardiologia.es/riesgo/cientifico/6415-registro-nacional-de-unidades-de-rehabilitacion-cardiaca-r-eureka>
21. EU-CaRE. Investigadores punteros comienzan el proyecto de rehabilitación cardíaca EU-CaRe para mejorar la calidad de vida e independencia de los pacientes cardíacos de edad avanzada [Internet]. 2016. Disponible en: <http://eu-care.org/es/comunicado-de-prensa-eu-care-mayo-2015/>
22. Galve E, Castro A, Cordero A, Dalmau R, Fácila L, García - Romero A et al. Temas de actualidad en cardiología: riesgo vascular y rehabilitación cardíaca. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2013 [acceso 19 de Mayo de 2016];66(2):124-130. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/temas-actualidad-cardiologia-riesgo-vascular/articulo/90185389/>
23. Cano de la Cuerda R, Alguacil Diego I, Alonso Martín J, Molero Sánchez A, Miangolarra Page J. Programa de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2012 [acceso 19 de Mayo de 2016];65(1):72-79. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/programas-rehabilitacion-cardiaca-calidad-vida/articulo/90073500/>



24. Maroto Montero J. Rehabilitación cardíaca [Internet]. 1st ed. Madrid: Acción Médica; 2009 [acceso 19 de Mayo de 2016]. Disponible en: <http://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/rehabilitacion-cardiaca.pdf>
25. Suárez P, Barragán E, Álvarez O. Impacto de los programas de rehabilitación cardíaca sobre los factores de riesgo cardiovascular en prevención secundaria. Rev Med [Internet]. 2015 [acceso 14 de Mayo de 2016];23(2):41-49. Disponible en: <http://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rmed/article/view/1745/1405>
26. Quiles JMiralles - Vicedo B. Estrategias de prevención secundaria del síndrome coronario agudo. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2014 [acceso 19 de Mayo de 2016];67(10):844-848. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/estrategias-prevencion-secundaria-del-sindrome/articulo/90349604/>
27. Ley 15/ 1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín Oficial del Estado, número 298, de 14-12-1999).
28. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15-11-2002).

ANEXO 1: Relación entre la pirámide de Maslow y los Patrones de salud de M.Gordon





ANEXO 2: Clasificación Killip – Kimball. Tabla de elaboración propia datos extraídos de (10).

CLASIFICACIÓN KILLIP – KIMBALL PARA IAM	
TIPO	DESCRIPCIÓN
Killip I	Sin signos clínicos de fallo cardíaco
Killip II	Estertores pulmonares, auscultación del tercer ruido cardíaco (S3) y aumento de la presión venosa yugular.
Killip III	Edema agudo de pulmón
Killip IV	Shock cardiogénico o hipotensión arterial y evidencia de vasoconstricción periférica (oliguria, cianosis, y diaforesis)



ANEXO 3: Test de Morisky – Green. Tabla de elaboración propia, datos extraídos de (13).

TEST DE MORISKY – GREEN	
Pregunta	Respuesta
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	SI / NO
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	SI / NO
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	SI / NO
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	SI / NO

Paciente CUMPLIDOR: NO / SI / NO / NO.

ANEXO 4: Índice de Barthel (ABVD)¹⁴

Micción - valorar la situación en la semana previa -	
10	Continente Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete	
10	Independiente Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacina (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama	
15	Independiente Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulación	
15	Independiente Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponerse y quitársela solo
10	Necesita ayuda supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas En 50 metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras	
10	Independiente Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda Supervisión física o verbal
0	Dependiente Incapaz de salvar escalones. Necesita atzamiento (ascensor)

-	0-20 dependencia total
-	21-60 dependencia severa
-	61-90 dependencia moderada
-	91-99 dependencia escasa
-	100 independencia

Comer	
10	Independiente Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse - bañarse -	
5	Independiente Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse	
10	Independiente Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda
5	Necesita ayuda Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente

Arreglarse	
5	Independiente Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente Necesita alguna ayuda

Deposición	
10	Continente Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente Incluye administración de enemas o supositorios por otro



ANEXO 5: Escala de Lawton y Brody (AIVD)¹⁴

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA - ESCALA LAWTON Y BRODY-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 8 ítems. No tiene puntos de corte. A mayor puntuación mayor independencia, y viceversa. El rango total es 8.

	Puntos
Capacidad de usar el teléfono	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0
Ir de compras	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0
Cuidado de la Casa	
Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa	
Lava por sí mismo/a toda su ropa	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc)	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte	
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a su medicación	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
Manejo de asuntos económicos	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes	1
Incapaz de manejar dinero.	0
PUNTUACIÓN TOTAL	



ANEXO 6: Escala de ansiedad de Hamilton¹⁴

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	



ANEXO 7: Escala de autoestima de Rosenberg¹⁵

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				