



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE TRAS UN IAM. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Alumno/a: MARÍA PULIDO LÓPEZ

Tutor/a: Prof. D. Jesús de la Paz Jiménez

Dpto: Enfermería



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE TRAS UN IAM. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Alumno/a: MARÍA PULIDO LÓPEZ

Tutor/a: Prof. D. Jesús de la Paz Jiménez

Dpto: Enfermería

Firma:

Mayo, 2016

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
2. INTRODUCCIÓN.....	6
2.1. Marco teórico	6
2.2. Justificación.....	15
2.3. Objetivos	16
2.4. Metodología	16
3. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	17
3.1. Fase de valoración.....	17
3.2. Fase diagnóstica	24
3.3. Fase de planificación.....	24
3.4. Fase de ejecución.....	36
3.5. Fase de evaluación	48
4. DISCUSIÓN E IMPLANTACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	56
5. CONCLUSIONES.....	57
6. BIBLIOGRAFÍA.....	59
7. ANEXOS	63

1. RESUMEN:

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) están aumentando a medida que se ponen de manifiesto dos hechos presentes: el aumento progresivo del envejecimiento de la población y su consecuente aumento de la esperanza de vida junto con la coexistencia de los factores de riesgo. Éstas constituyen la primera causa de muerte a nivel mundial, siendo la cardiopatía isquémica la que encabeza la lista entre los distintos tipos de dichas enfermedades. España se considera uno de los países con menor riesgo cardiovascular pero aun así las enfermedades cardiovasculares ocasionan una importante mortalidad, morbilidad, discapacidad y repercusión socioeconómica. Asimismo, las ECV son responsables del 23% de los Años de Vida Perdidos Ajustados por Discapacidad en Europa, provocando el 17% de las bajas laborales en España. Entre los principales factores de riesgo de las ECV se encuentran el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, hipercolesterolemia, obesidad, estilo de vida sedentario, dieta no saludable y el estrés. Se expone el caso clínico de un varón de 58 años que ha sufrido un Infarto Agudo de Miocardio y acude a la consulta de enfermería demandando ayuda. Realizamos la valoración desde la consulta de enfermería y se identificaron los diagnósticos principales, entre ellos el Deterioro del patrón del sueño que influía en muchos aspectos de la vida de José. Planificamos junto a él y, en ocasiones, su esposa ocho citas donde desarrolláramos el plan de cuidados personalizado mediante contacto directo con el paciente, enseñándole en cada una nuevos temas a abordar pero siempre reforzando lo aprendido en la cita anterior. Se desarrollaron una serie de intervenciones enfermeras con sus actividades para lograr los objetivos propuestos. Por último se realizó una evaluación completa para valorar la nueva situación de José.

Palabras clave: Enfermedades cardiovasculares, Infarto Agudo de Miocardio, Factores de riesgo, Enfermería, Diagnóstico.

ABSTRACT:

Cardiovascular diseases (CVD) are increasing as two presents facts are revealed: the progressive increase of the aging of population and its consequent increase of life expectancy together with the coexistence of the risk factors. These diseases constitute the first cause of death worldwide, being the ischemic cardiopathy the one who heads the list among the different types of these diseases. Spain is considered one of the countries with the lower cardiovascular risk, even so, cardiovascular diseases cause an important rate of mortality, morbidity, disability and socio-economic impact. Likewise, CVD are responsible of the 23% lost years of life adjusted by disability in Europe, causing 17% of the off work in Spain. The main CVD risk factors are: smoking, hypertension, diabetes mellitus, high cholesterol, obesity, a sedentary lifestyle, an unhealthy diet and stress. We can focus on a case of a 58 years old man who has suffered a Severe Myocardium Infarct, he came to the nursing consultation looking for help. We made the valuation from the nursing consultation room and we identified the main diagnoses, including The Deterioration of the Dream that influenced many aspects of the life of José. We planned with him and, sometimes, also with his wife, eight meetings where we developed a personalized care plan by direct contact with the patient, teaching him new topics to tackle in each meeting but always reinforcing what has been learnt in the previous appointment. A series of nursing intervention were made with their activities to achieve the expected goals. Finally, we made a complete evaluation to value the new health situation of José.

Key words: Cardiovascular diseases, Severe Myocardium Infarct, Risk factors, Nurse, Diagnosis.

2. INTRODUCCIÓN:

2.1. Marco teórico:

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Éstas están aumentando poco a poco a medida que se ponen de manifiesto dos hechos actuales: el aumento progresivo del envejecimiento de la población y de la esperanza de vida junto con la coexistencia de los factores de riesgo. Además, no hacen prácticamente distinciones por sexo, raza, edad o localización geográfica.⁽¹⁾

Son según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Se clasifican en: ^(1,2)

- hipertensión arterial
- cardiopatía coronaria (infarto de miocardio)
- enfermedad cerebrovascular (apoplejía)
- enfermedad vascular periférica
- insuficiencia cardíaca
- cardiopatía reumática
- cardiopatía congénita
- miocardiopatías

La Cardiopatía isquémica encabeza la lista como primera causa de muerte seguida de la Enfermedad Cerebrovascular a nivel mundial.⁽³⁾

En 2012 murieron 17,5 millones de personas en el mundo por dicha causa, es decir, un 31% de todas las muertes registradas en el mundo.⁽⁴⁾ En Brasil, entre los meses de enero y octubre (ambos inclusive) en 2012, las enfermedades cardiovasculares representaron el 20,6% de todas las muertes, con un 24% afectando a la población comprendidas entre 20-59 años de edad, y, concretamente, las muertes por causa de un infarto agudo de miocardio constituyeron un 12,1% dentro de este grupo.⁽⁵⁾

En Europa, son también la principal causa de fallecimiento entre hombres y mujeres, siendo las responsables de un 42% de las muertes totales y se espera que se conviertan en una epidemia dentro de un período de tiempo de entre 51 y 20 años, provocando más de 4,35 millones de fallecimientos al año en los 52 estados miembros

de la Región Europea de la OMS y más de 2 millones de muertes en la Unión Europea.
(2)

No obstante, la distribución de la mortalidad cardiovascular no es homogénea en los países de la Unión Europea. Los que tiene mayor tasa de mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca son los países bálticos, Hungría y Eslovaquia (por encima de 200 muertes cada 100.000 habitantes en 2009), en cambio, los de menor tasa de mortalidad se encuentran en por debajo de 50 muertes por 100.000 habitantes, siendo éstos Francia, Portugal, Holanda, Luxemburgo y España.⁽³⁾

Al igual que en el resto de los países del mundo, las enfermedades cardiovasculares tienen una relevancia incuestionable en España, dado que desarrolla una importante mortalidad, morbilidad, discapacidad y repercusión socioeconómica. Aunque España se considera un país de bajo riesgo cardiovascular al compararla con otros países europeos, este bajo riesgo no se correlaciona con una baja prevalencia de factores de riesgo cardiovascular.

En España, en 2013 el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio se mantuvo como la primera causa de muerte (tasa de 252,1 fallecidos por cada 100.000 habitantes). Al diferenciar por sexo encontramos diferencias significativas, las ECV fueron la primera causa de muerte entre las mujeres con 270,5 muertes por cada 100.000 pero en cambio, en los hombres dichas enfermedades fueron la segunda causa de muerte con 233,2 por cada 100.000, siendo la primera causa de muerte los tumores (con una tasa de 295,2 por cada 100.000). Dentro del grupo de enfermedades circulatorias, las isquémicas del corazón (infarto, angina de pecho, etc) ocuparon el primer lugar en número de defunciones siendo 33.413, aunque con un descenso del 3,9% respecto a 2012, seguidas de las enfermedades cerebrovasculares 27.850 que descendieron en un 5,7%. Por sexo, las isquémicas del corazón fueron la primera causa entre hombres y las cerebrovasculares entre las mujeres.⁽⁶⁾

En 2009 se produjeron en España 512.093 altas hospitalarias clasificadas como enfermedades cardiovasculares en pacientes atendidos en hospitales del Sistema Nacional de Salud, lo que supuso un 13,68% del total de altas registradas en ese año. El tiempo medio de estancia en el hospital es de 8,69 días, casi un día y medio más que la estancia media del total de pacientes atendidos en hospitales del Sistema Nacional de Salud. En ese mismo año las ECV se situaron como principal causa de hospitalización

en el Sistema Nacional de Salud, seguida de las “complicaciones de la gestación, parto y puerperio” y “enfermedades del aparato respiratorio”.⁽⁷⁾

En Andalucía en 2014 se registraron tasas de morbilidad hospitalaria por las enfermedades cardiovasculares diferenciadas según el diagnóstico principal, la provincia, Comunidad y Ciudad autónoma de residencia de un total de 1.118 por cada 100.000 habitantes.⁽⁸⁾ Al diferenciar respecto a los distintos tipos de enfermedades, encontramos una tasa media de 273 por cada 100.000 habitantes de Cardiopatía Isquémica, siendo ésta mayor en Cádiz con 318. Concretamente en el infarto agudo de miocardio se registró una tasa media de 116 por cada 100.000 habitantes en Andalucía, sin embargo en Jaén se encontró la tasa más alta con 148 por cada 100.000.

Aunque como ya he citado anteriormente en la Unión Europea la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares disminuye, hay un número creciente de hombres y mujeres que conviven con esta enfermedad debido al aumento de la longevidad y mayor supervivencia de las personas con estas enfermedades y, por supuesto, con la consecuente discapacidad y disminución de la calidad de vida que conllevan.⁽²⁾

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de carga por enfermedad (enfermedad y muerte) en Europa (23%) y la segunda causa de carga por enfermedad en los países de la Unión Europea (17%).

Asimismo, las ECV son responsables del 19% de los Años de Vida Perdidos Ajustados por Discapacidad (AVAD) de la Unión Europea y del 23% del conjunto de Europa. Las mayores tasas de morbilidad se encuentran en los países del Este de Europa que triplican a las de los países mediterráneos. España es el cuarto país europeo con menos altas hospitalarias con diagnóstico de enfermedades del sistema circulatorio.⁽³⁾

Las enfermedades cardiovasculares provocan el 17% de las bajas laborales en España, encontrándose entre las principales causas de baja laboral en nuestro país, tras la lumbalgia, la depresión y los trastornos musculoesqueléticos. Cada año se registran en España 23.000 bajas laborales por enfermedad cardiovascular.

Se calcula que un 30% aproximadamente de la población trabajadora presenta riesgo cardiovascular alto, contando con dos o más factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, obesidad, diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo o sedentarismo).

Además, las lesiones cardiovasculares son la segunda causa de muerte en accidentes de trabajo, representando el 30,7% del total de muertes por accidente laboral en nuestro país. ⁽³⁾

Los principales factores de riesgo cardiovasculares se pueden dividir en 2 tipos: modificables y no modificables. Entre los factores no modificables asociados al desarrollo de las ECV se encuentran la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares. Se hallan dentro de los modificables el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, hipercolesterolemia, obesidad, estilo de vida sedentario, dieta no saludable y estrés. ^(4,9,10)

Entre las personas que sufren Cardiopatía Isquémica, la exposición previa a los factores de riesgo se observa en más del 80% de éstos y explica alrededor del 75% de su incidencia. ^(5,11)

La edad guarda una relación lineal con el desarrollo de una enfermedad cardiovascular, se puede apreciar una mayor mortalidad de los pacientes de edades más avanzadas ya que es en este grupo de edad donde se concentran la mayor parte de los factores de riesgo coronarios y sus consecuentes complicaciones.

En nuestro país el 53,36% de la población adulta se encuentra en situación de sobrepeso u obesidad, siendo el 15,56% las personas con obesidad. La situación en los menores no es tan alarmante, el 18,67% tiene sobrepeso y el 8,94% obesidad.

Sin embargo hay estudios que demuestran que los niveles de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes se han incrementado en los últimos años y que esto es atribuido al aumento de la prevalencia de obesidad. Tener un IMC más alto durante la infancia se asocia a un aumento de riesgo de Enfermedad Cardiovascular en la edad adulta. ^(11,12)

El consumo de tabaco se ha mostrado como un contribuidor inequívoco de muchas enfermedades y en particular de la Cardiopatía Isquémica. Igualmente existen evidencias que la exposición pasiva del tabaco incrementa en un 30% la cardiopatía isquémica. Se han encontrado estudios observacionales que sugieren que un cese del consumo de tabaco conlleva una importante reducción de riesgo de la mortalidad debido a la Cardiopatía isquémica y el riesgo de muerte súbita a cualquier edad, y tanto en prevención primaria como en secundaria. Por tanto, el riesgo de sufrir un episodio

coronario se reduce en 5 años a niveles similares a individuos que no han fumado nunca.⁽⁵⁾

La existencia de diabetes mellitus es un factor de riesgo cardiovascular bien conocido, no es sólo una enfermedad frecuente en la actualidad, sino que se prevé que su prevalencia siga aumentando en los próximos años sobre todo en los países desarrollados. En 1995 había 135 millones de personas en todo el mundo afectadas por la diabetes y la previsión para 2025 resulta verdaderamente alarmante dado que se estima que aumente hasta aproximadamente 300 millones. Éste factor incrementa el riesgo de desarrollar una enfermedad coronaria entre 2 y 3 veces, existiendo diferencias significativas entre ambos sexos, siendo superior en las mujeres. Sin embargo el riesgo de los pacientes que presentan diabetes no se puede considerar equivalente a los pacientes que tienen antecedentes de cardiopatía isquémica y existe controversia sobre cómo considerar el riesgo de éstos.^(5,12-14)

Respecto a la hipertensión arterial, entre el 10%-30% de la población adulta de casi todos los países sufre hipertensión, pero otro 50%-60% gozaría de mejor salud si su tensión arterial fuera más baja. Incluso una pequeña disminución de la tensión arterial de esta «mayoría silenciosa» reduciría el riesgo de ataque cardíaco y accidente cerebrovascular.⁽¹⁰⁾

La sustitución de los productos naturales de las dietas por productos preparados industrialmente más ricos en grasas saturadas ha favorecido en los últimos años la aparición de colesterol y aumento de la obesidad de la población. Estudios epidemiológicos muestran una clara relación entre las cifras de colesterol total en suero y el riesgo cardiovascular e indican que los cambios de concentraciones de colesterol debidos a la aplicación de intervenciones se asocian a cambios de la tasa de incidencia de CI. Así, una reducción del 10% en el colesterol sérico conlleva una disminución del riesgo de CI de un 50% a la edad de 40 años, del 40% a los 50 años, del 30% a los 60 años y del 20% a los 70 años.

Otros estudios comenzaban a demostrar que los individuos con concentraciones altas de lipoproteínas de alta densidad (HDL) tenían una probabilidad de tener una enfermedad cardíaca inferior a la de los individuos con concentraciones de HDL bajas. Resultados del “Cooperative Lipoprotein Study” y el “Framingham Heart Study” hicieron que el colesterol de las HDL fuera aceptado como un factor importante

relacionado con la aterosclerosis. Se estima que un incremento de 1 mg/dl en la concentración de HDL se asocia a una disminución del riesgo coronario de un 2% en varones y un 3% en mujeres. ^(5,12)

En los países con bajos niveles económicos la elevada presión arterial, el consumo de tabaco y la elevada glucosa basal se encuentran entre los factores de riesgo con más peso en la mortalidad pero, también se incluyen otros como bajo peso al nacer, enfermedades de transmisión sexual, malas condiciones del agua y de la higiene. ⁽³⁾

Como cita la OMS, la incidencia de las enfermedades cardiovasculares se reduciría a la mitad si se lograra una modesta reducción en la presión arterial, obesidad, niveles de colesterol y tasa de tabaquismo por parte de la población.

Dada la magnitud del problema se ha motivado un creciente interés de las autoridades de la Unión Europea por establecer políticas preventivas y de vigilancia comunes para todos los componentes de esta coalición.

Actualmente hay numerosas iniciativas, proyectos y programas en cada uno de los estados europeos, así como medidas conjuntas dentro de la Unión Europea. Entre ellas destacan el “European Heart Health”, “European Project” y la revisión de las “Guías Europeas para la Prevención de la ECV” en la práctica clínica.

En Octubre de 2007 se creó el “MEP Heart Group” que trabaja con la “Red Europea Cardiovascular” y la “Sociedad Europea de Cardiología” para recopilar información sobre salud cardiovascular y estimular iniciativas por Europa que fomenten la prevención de enfermedades cardiovasculares. ^(2,15)

Concretamente es España, en 2006 el Ministerio de Sanidad y Consumo creó la “Estrategia en Cardiopatía isquémica del Sistema Nacional de Salud”, documento cuyo objetivo era combinar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la Cardiopatía Isquémica, También, en 2011 el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad actualizó ese documento. ⁽¹⁶⁾

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) está promoviendo la red CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles) cuyo objetivo se centra en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas, concretamente de

las enfermedades cardiovasculares. Comenzó a desarrollar su trabajo en 1997 para reducir los factores de riesgo mediante actividades conjuntas de promoción de la salud y prevención de enfermedades en las comunidades y en los servicios de salud comunitarios.

Más de tres cuartas partes de las defunciones por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios, además, más del 80% de las muertes en éstos se deben a las enfermedades cardiovasculares, afectando por igual a ambos sexos. La población de estos países no se beneficia de programas de atención primaria integrados para la detección precoz y el tratamiento temprano de personas expuestas a los factores de riesgo. Además, las políticas sanitarias y los dirigentes de este país no invierten en la prevención y manejo de éstas, lo que se traduce en un menor acceso a los servicios de asistencia sanitaria eficiente y equitativa que sean capaces de responder a sus necesidades.⁽¹⁷⁾

La OMS lanzó en 2013 el “Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020” que cuenta con dos metas específicas para las ECV. La primera es la meta número seis que prevé reducir la prevalencia mundial de Hipertensión en un 25%. En 2014 la prevalencia mundial de hipertensión en adultos de 18 años o más estaba en un 22%. La segunda meta es la ocho que prevé prestar tratamiento farmacológico y asesoramiento al 50% de las personas que lo necesiten para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.

La OMS centra sus objetivos en:

- Reducir los principales factores de riesgo y sus determinantes sociales y económicos por medio de programas comunitarios encaminados a fomentar la prevención integrada de las enfermedades no transmisibles.
- Elaborar normas relativas a la atención y al tratamiento costo-eficaz de los casos de enfermedad cardiovascular.
- Adoptar medidas a nivel mundial para aumentar la capacidad de los países de satisfacer las necesidades asistenciales respecto de las enfermedades cardiovasculares.

- Crear métodos de vigilancia viables para evaluar las características y las tendencias de las principales enfermedades cardiovasculares y de los factores de riesgo más importantes, y hacer un seguimiento de las iniciativas de prevención y control.
- Establecer redes y asociaciones eficaces entre países y a nivel interregional y mundial para llevar a cabo una acción mundial concertada.⁽¹⁸⁾

El reto de todas las políticas en relación a las enfermedades cardiovasculares es lograr que los países implementen y lleven a cabo todas las recomendaciones teniendo en cuenta el impacto sanitario, económico y social de las ECV.

El trabajo de investigación preparado para Astrazeneca acerca del coste económico de las enfermedades desde 2014 a 2020 en 6 países europeos (Alemania, España, Francia, Italia, Reino Unido y Suecia) revela datos fundamentales para conocer la situación actual de los costes económicos de las ECV.⁽¹⁹⁾

El coste total de las ECV para estos países era de 102.100 millones de euros en 2014 y se prevé que alcancen los 122.600 millones en 2020. La forma en que la carga de éstas enfermedades afecta a la economía se puede considerar a través de tres canales principales: los costes sanitarios directos atribuibles a las ECV que incluirían cualquier gasto relacionado con las enfermedades cardiovasculares, como atención primaria, atención hospitalaria ambulatoria, servicio de urgencias y hospitalización y el gasto farmacéutico suman un total de 81.100 millones de euros , representando el 70-80% de los costes totales; los costes indirectos por mortalidad prematura relacionada con las ECV que sería las pérdidas en productividad debida a las muertes prematuras ocasionadas por las enfermedades cardiovasculares siendo 19.600 millones de euros ; y los costes indirectos por la morbilidad prematura causada por las ECV, que incluirían las pérdidas de productividad cuando la prevalencia de las enfermedad ocasiona días de trabajo perdidos por absentismo laboral e incapacidad sumando 1.400 millones de euros.⁽¹⁹⁾

El mayor coste se atribuye a la hospitalización representando el 50% del gasto sanitario en la mayoría de los 6 países citados anteriormente, seguido del gasto farmacéutico.

Las enfermedades cardiovasculares suponen en España un coste de más de nueve mil millones de euros al año, siendo 5.500 millones lo que le cuesta a la sanidad española el tratamiento de estas patologías, con un 7,1% de todo el gasto sanitario total, lo que demuestra que son las enfermedades cardiovasculares las que representan mayor carga económica en España.⁽²⁰⁾

Dentro de las enfermedades cardiovasculares, el Infarto Agudo de Miocardio es una causa primordial de defunción.^(2,4,5)

En España, la mortalidad por IAM estandarizada se situaba en 65 por 100.000 hombres y 27 por 100.000 mujeres en el año 2010. Pero a pesar del marcado descenso que esta tasa refleja en los últimos 40 años (43% en hombres y 58% en mujeres) , se acompañó de un incremento de la CI entre 1980-2000. Este fenómeno paradójico se explica por el progresivo proceso de envejecimiento al cual están sometidas las sociedades de los países desarrollados, que se traduce en un aumento del riesgo cardiovascular medio poblacional.

El número de supervivientes a un Infarto agudo de miocardio está en un continuo ascenso en nuestro país consecuente a la estabilización de la tasa de incidencia de las últimas décadas y el descenso significativo de la letalidad a corto (28-30 días tras sufrir el infarto) y medio (6 meses) plazo. El continuo envejecimiento de la población española influye también en un aumento progresivo de la prevalencia de CI, ya que la mayor parte de los casos ocurren en las personas mayores de 55 años.⁽⁵⁾

El infarto agudo de miocardio se trata de un Síndrome coronario agudo y se define como: necrosis o muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente el flujo de sangre en una de las arterias coronarias.⁽²¹⁾

El músculo cardíaco necesita un constante y abundante suministro de sangre rico en oxígeno que llega a través de las arterias coronarias y que permite su contracción y relajación. La arteriosclerosis coronaria es la enfermedad de lenta evolución que subyace tras el IAM, produce un estrechamiento (estenosis) progresivo de las arterias que puede llegar a ocluir el vaso impidiendo así el flujo sanguíneo por éstas. Se produce un cúmulo de grasas y/o colesterol hasta que se forman placas de ateroma.⁽²²⁾. Cuando se deteriora o se rompe una placa de ateroma en la pared de una arteria coronaria se

forma un trombo que a su vez hace que la sangre de esta zona se coagule y puede llegar a obstruir completamente la luz de la arteria impidiendo que el oxígeno llegue a esa zona del miocardio. Si esta falta de oxígeno se mantiene durante más de media hora las células que dependen de la arteria afectada se necrosan y se desarrolla el infarto agudo de miocardio.^(21,23)

De aquí a 2030 casi 23,6 millones de personas morirán debido a alguna enfermedad cardiovascular, principalmente por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. Se prevé que estas enfermedades sigan siendo la principal causa de muerte en todo el mundo.⁽¹⁷⁾

2.2. Justificación:

Las complicaciones derivadas de las enfermedades cardiovasculares afectan por igual tanto a hombres como a mujeres en la edad media de la vida. Las ECV son responsables del 19% de los Años de Vida Perdidos Ajustados por Discapacidad (AVAD) de la Unión Europea y del 23% de toda Europa. Las mayores tasas de morbilidad se encuentran en los países situados al este de Europa que triplican a las de los países mediterráneos. España es el cuarto país europeo con menos altas hospitalarias con diagnóstico de enfermedades del sistema circulatorio.

Asimismo, Es la enfermedad cardiovascular la principal causa de carga por enfermedad en Europa. En España provocan el 17% de las bajas laborales al año, encontrándose entre los principales motivos de baja laboral.

Dada la importancia y los problemas consecuentes a la aparición de las enfermedades cardiovasculares se han planteado distintas estrategias políticas, sanitarias y humanitarias tanto a nivel internacional como nacional que conllevan una serie de actuaciones por parte de los gobiernos, los profesionales sanitarios y los propios pacientes.

Desde el ámbito de atención primaria hemos de llevar a cabo las primeras acciones encaminadas a los cuidados de los pacientes y de sus familias con el fin de prevenir y de actuar lo antes posible ya que se trata de la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad. Es el punto clave del sistema de salud del país. Además, la atención primaria es la puerta principal de acceso

de los ciudadanos al sistema sanitario y la encargada de la mayoría de las actividades preventivas en salud.

2.3. Objetivos:

El objetivo principal de mi trabajo es plantear unos cuidados de enfermería estructurados con sus consecuentes objetivos y actividades englobadas en un proceso de atención de enfermería enfocada a los pacientes tras sufrir un infarto agudo de miocardio que sean adecuados para la prevención de un nuevo IAM así como para una mejor recuperación.

Los objetivos específicos que se plantean son:

- Visibilizar la situación actual de las enfermedades cardiovasculares y más concretamente del infarto agudo de miocardio.
- Mostrar la relevancia de las enfermedades cardiovasculares y la necesidad inminente de actuar sobre ellas.
- Explicar los factores de riesgo cardiovasculares y su papel en las enfermedades cardiovasculares
- Establecer un plan de cuidados adecuado para José.
- Mejorar la calidad de vida de José mediante las intervenciones pautadas de enfermería.

2.4. Metodología:

Me pongo en contacto con el paciente a través del centro de salud de Mancha Real donde realicé una de mis prácticas. Es aquí, en una de las consultas de enfermería de dicho centro donde el paciente solicita nuestra ayuda. Mediante visitas domiciliarias y citas en la consulta de enfermería voy recabando información a través de exploración física y entrevista clínica. Para profundizar y realizar un estudio más íntegro sobre el tema a abordar en el caso clínico realizo una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos tales como Cochrane, Pubmed, Medline, Cuiden, Google académico, en la página web oficial de la OMS (Organización Mundial de la Salud), en la página web del INE (Instituto Nacional de Estadística) y en la Revista Española de Cardiología online. Para elaborar la documentación del caso clínico utilizo el Proceso de Atención de Enfermería desarrollado en sus cinco fases: Valoración, diagnóstica, planificación, ejecución y evaluación. He elegido el sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon el cual define 11 patrones funcionales de salud. He identificados los

diagnósticos enfermeros según la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), he priorizado y me he centrado en los cinco principales fijando una serie de objetivos según la NOC (Nursing Outcomes Classification), y sus correspondientes intervenciones, según la NIC (Nursing Interventions Classification). Hecho lo anterior he desarrollado un plan de cuidados que voy a evaluar cuatro meses después para analizar el grado de consecución de los objetivos fijados anteriormente.

Para la realización del TFG me he puesto en contacto previamente con José para obtener su consentimiento informado y explicarle en qué consiste y la finalidad de este trabajo.

3. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:

José (nombre ficticio para preservar la intimidad del paciente) de 58 años de edad acude a su enfermero de familia con fecha de 05/11/15 para consulta de seguimiento tras patología cardíaca. Explica que aunque cree que le va a costar seguir algunas de nuestras pautas y recomendaciones quiere mejorar su estado de salud puesto que se ha asustado al sufrir el infarto agudo de miocardio ya que le ha dejado secuelas psicológicas que interfieren en varios ámbitos de su vida diaria. Es ingeniero informático en una empresa de renombre en su pueblo, Mancha Real.

Antecedentes personales del paciente: Tabaquismo, hipertensión, hipercolesterolemia y obesidad tipo I, intervenido de estrabismo a los 6 años y de varicectomía hace 4 años.

Diagnóstico clínico principal: Infarto Agudo de Miocardio.

En tratamiento activo con:

- Adiro 300mg 1 c/ 24 horas por la mañana.
- Simvastatina 20 mg 1c/24 horas por la noche.
- Enalapril 5 mg 1c/ 24 horas por la mañana.

3.1. Fase de valoración:

Es la primera toma de contacto de José con su enfermera de familia tras sufrir el Infarto Agudo de Miocardio, por lo que está bastante confundido respecto los cuidados que se derivan de su enfermedad.

Realizo la valoración enfermera mediante los Patrones Funcionales de Marjory Gordon:

1. Percepción-Manejo de la Salud:

José refiere que su estado de salud en general es regular, al preguntarle si actualmente padece alguna enfermedad nos contesta que sí, que tiene HTA desde hace 12 años, es fumador activo desde que tenía 25 años aunque estuvo 10 años sin fumar, hace 5 que volvió a recaer, desde hace 4 años sufre obesidad tipo I e hipercolesterolemia. Nos describe en qué consisten las enfermedades y qué signos y síntomas presentan, dado que José está muy bien informado por su enfermera de familia. También conoce la medicación que toma y nos la describe. Me cuenta que cuando le duele cualquier parte del cuerpo suele tomar analgésicos aunque no son recetados por el médico, la igual que algún laxante cuando lo necesita, aunque explica que en pocas ocasiones su encuentra enfermo y que es muy raro el año en que se resfría.

Presenta alergia al polen, no contraindicaciones. Está vacunado correctamente, tiene todas las dosis que debería de tener a su edad (Comprobado con su cartilla de vacunaciones). Bebe una cerveza a medio día intercalando con alcohol y sin alcohol, cuando sale algún fin de semana se toma 2 cervezas una con y otra sin y, en ocasiones especiales, una copa de importación.

Ha permanecido ingresado en el hospital cuando fue intervenido de estrabismo, de varices y hace 18 días tras sufrir el infarto. Nunca ha recibido una transfusión sanguínea. José recuerda que tuvo un accidente de tráfico hace unos 15 años pero el cual no tuvo importancia y salió ileso.

Cuando le pregunto qué hace para mantenerse sano me cuenta que va andando al trabajo y que en ciertas ocasiones paseos esporádicos pero que no lleva una rutina de ejercicio habitual. También comenta que lee mucho porque le entretiene y que la televisión le gusta cada vez menos.

Por último, al preguntarle acerca de las creencias en salud comenta: “Sé que las personas que se cuidan y hacen deporte viven más felices y he acudido a vuestra consulta para que me ayudéis a cuidarme y darme esa felicidad que tanto necesito”.

2. Nutricional-Metabólico:

Peso: 91kg Talla: 1,70 m IMC: 31,49 Obesidad tipo I Tª: 36,4°C

Realiza dieta variada pero José me dice que es una dieta sin llevar a cabo ningún tipo de restricción además me cuenta que si algún día le apetece un dulce o una bolsa de pipas que también se la come. Sabe que no debería de tomar sal en las comidas pero dice que le cuesta mucho porque lleva toda la vida tomándola, además también me comenta que la carne que más le gusta es la que más grasa tiene por lo que no se priva de ella. Tampoco incluye apenas fibra en su dieta. No toma suplementos nutricionales.

En cuanto al consumo de líquidos diarios toma 1 litro de agua, 250 cc de leche y 330 cc de cerveza con/sin alcohol dependiendo del día.

El apetito se encuentra aumentado, por lo que ha ganado peso desde hace 2 años, concretamente 15 kg. También comenta que cree que esta ganancia se debe a que no realiza deporte regular sino esporádico debido a que se cansa muy rápido y le da un poco de pereza. No refiere tener problemas digestivos ni dolores abdominales.

Presenta pequeña dificultad para masticar debido a la falta de 3 piezas dentales, no lleva prótesis dental. Estado bucodental: encías, dientes y lengua limpios.

La piel íntegra, turgente, sin nódulos, edemas ni flebitis, no presenta resequeza, mucosas en buen estado, rosadas, no resacas ni con ulceración, Tiene gran cantidad de lunares, sobre todo en los brazos y me comenta que desde pequeño ha tenido muchos lunares pero que no ha habido cambios en ellos. La uñas se encuentran limpias y cortadas correctamente. El pelo es muy fino y tiene poca cantidad pero me cuenta que desde siempre lo ha tenido así. Higiene general adecuada, se asea todos los días.

3. Eliminación:

INTESTINAL: Su patrón de eliminación intestinal es de 3-4 veces a la semana, heces últimamente duras y secas, cuenta que le cuesta mucho defecar. No tiene problemas con el control ni presenta grasa, ni sangre ni moco en heces. Alguna vez refiere haber tomado laxantes. Controla los esfínteres y no presenta deposiciones involuntarias.

URINARIA: Su patrón varía dependiendo de la cantidad de líquido que beba pero generalmente orina cada 3/4 horas durante el día y 1 vez por la noche. Orina clara

y líquida. No tiene problemas con el control, tampoco han cambiado las características de la orina ni presenta molestias. No drenajes ni sonda.

SUDOR: me comenta que suda poco desde siempre y que cuando lo hace no suele oler mal.

4. Actividad-Ejercicio:

FR: 16 rpm

Actualmente refiere sentir sensación de ahogo cuando anda más rápido de la cuenta o cuando realiza alguna actividad más compleja que requiera esfuerzo físico, leve disnea. Tos esporádica pero no expectoración. Hasta ahora no precisa de ayudas respiratorias (oxígeno, aerosoles, inhaladores). No tiene ruidos respiratorios.

FC: 83lpm TA: 125/90 mmHg.

Sabe lo que significa la tensión arterial y sus valores, dado que es hipertenso. Pulso fuerte, lleno, regular y rítmico.

Realiza paseos de vez en cuando pero no sigue una rutina de ejercicios, añade que va andando al trabajo. Completamente independiente para AVD, “Índice de Barthel”⁽²⁴⁾ de 100. Para las actividades instrumentales de la vida diaria según escala de “Lawton y Brody”⁽²⁴⁾ puntuación total de 8, es decir, independiente.

Hace 2 meses sufrió una tendinitis en el brazo izquierdo que le duró alrededor de 10 días. Presenta fuerza y tono adecuados y masa muscular un poco debilitada. No tiene deformidades. Pulsos periféricos normales y llenado capilar adecuado. El vestuario y calzado son adecuados.

5. Sueño-descanso:

José se encuentra cansado durante la entrevista, bosteza constantemente además de expresar verbalmente que no duerme bien.

Su patrón habitual de sueño es de 5 horas diarias y me cuenta que su sueño era reparador y profundo hasta que sufrió el infarto puesto que ahora “le da muchas vueltas hasta que consigue conciliar el sueño”, por lo que se queda un rato viendo la televisión en el sofá antes de irse a la cama hasta que le entra mucho sueño. No toma medicación

para dormir porque le da miedo que se quede tan dormido que no le suene el despertador para ir a trabajar. Además cuenta que se levanta varias veces por la noche y que le cuesta mucho dormirse de nuevo. Añade que no descansa, “me levanto como si no hubiera dormido”. Por las tardes después de comer se hecha una siesta de 16 a 17h, su mujer nos comenta que se queda dormido en el sillón en seguida pero que al poco rato se despierta y se vuelve a dormir hasta completar una hora.

Cuestionario Oviedo del Sueño. Resultado: 43, tiene un grado muy elevado de insomnio.⁽²⁴⁾

6. Cognitivo-perceptual:

José me cuenta que “raramente me pongo malo” en cuanto se refiere a resfriado y malestares generales, pero que recuerda muy bien el dolor que sufrió al producirse el IAM, lo describe como “un dolor intenso en el pecho y que se me irradió al brazo izquierdo, una sensación muy extraña que nunca antes había sentido” y recuerda haber tenido náuseas durante el mismo.

Refiere leves mareos cuando lleva mucho tiempo trabajando delante del ordenador pero lo achaca al calor que hace en la oficina.

Como puedo observar durante la entrevista, se encuentra consciente, aunque no en alerta totalmente debido al cansancio. Es cooperador total, orientado en tiempo y espacio. No tiene dificultad para oír pero sí para ver, ya que tiene hipermetropía y porta gafas desde que tenía 7 años. La última revisión de la vista se la hizo en Mayo. Hasta ahora no ha sufrido cambio alguno en la memoria pero comenta que sí en la concentración puesto que se encuentra cansado durante el día. El lenguaje lo maneja correctamente y dice que todos los días le gusta aprender algo nuevo, y que siempre que le surgen dudas de algo lo busca en internet y retiene las cosas bien gracias a su gran capacidad de memoria.

Comprende todo lo que se le dice y contesta con coherencia a todas las preguntas que se plantean.

7. Autopercepción-Autoconcepto:

Se describe como una persona alegre, trabajador, y luchador. Se siente a gusto consigo mismo y asume sus defectos con alegría. Tiene buena percepción de sí mismo,

encontrándose muy cómodo con su apariencia física, excepto con el peso, que nos dice que le gustaría perder unos kilos para sentirse mejor pero que como nos ha dicho anteriormente no lleva a cabo ninguna dieta en especial y tampoco hace deporte ya que dice cansarse cuando lleva un tiempo.

Me comenta que ha llevado una vida muy feliz a pesar de las dificultades que se le han presentado y en las cuales siempre ha estado apoyado por su mujer. No tiene miedo a la muerte, pero sí a la enfermedad ya que como él dice “me ha venido de sorpresa y no me lo esperaba”.

Cribado Ansiedad Depresión – Escala De Goldberg ⁽²⁴⁾. Resultado total 10, diferenciamos entre: la subescala de Ansiedad en la que el punto de corte para determinar si hay ansiedad es ≥ 4 y en la subescala de Depresión el punto de corte es ≥ 2 . José ha obtenido un 8 en la subescala de Ansiedad y un 2 en la de Depresión por lo que podemos decir que se trata de un probable caso de ansiedad y depresión.

8. Rol-Relaciones:

José vive en una casa en Mancha Real con su mujer Magdalena (nombre ficticio para preservar su intimidad) de 57 años, con la cual mantiene muy buena relación, a la que admira desde que la conoció. Tiene una hija casada que vive en el pueblo, con una hija de 8 años a los que ve con mucha frecuencia y se preocupan por su situación de salud. Además tiene otra hija divorciada que vive en Madrid a la cual ve cada 2 fines de semana y en vacaciones y un hijo casado y con 2 niños en Málaga al que ve más a menudo. También mantiene relación con sus hermanos y madre, ya que viven en el mismo pueblo que José. Con el resto de familia tampoco hay problemas.

Me cuenta la Magdalena que José que está muy orgulloso de ser abuelo y que disfruta mucho jugando con sus nietos, aunque a veces dice que se cansa cuando lleva un rato jugando.

En cuanto a los amigos/os me cuenta que sale con un grupo desde que iban juntas/os a “COU” y que todos los sábados se reúnen para cenar una vez en cada casa. Además, tiene otro grupo de amigos/os con los que se junta a tomar algo en bar del que es socio para ver el fútbol cuando juega el Real Madrid y que su mujer Magdalena también tiene un grupo de amigos/os con las que se reúne al igual que José cuando juega el Atlético de Madrid ya que le encanta el fútbol y es atlética de nacimiento.

José considera tener buenas relaciones sociales, buenos amigos y estar bastante satisfecho.

Percepción de la Función Familiar - Cuestionario Apgar Familiar. Resultado: 9, Normofuncional.⁽²⁴⁾

Cuestionario De Apoyo Social Percibido -Duke-Unc. Resultado: 51, Apoyo social percibido normal.⁽²⁴⁾

9. Sexualidad-Reproducción:

José está casado desde hace 32 años, sus relaciones sexuales son satisfactorias pero que han disminuido un poco aunque no refiere una causa concreta, comenta que esto se ocurre desde hace 3 o 4 meses pero que no las achaca a su enfermedad.

No ha tenido ni tiene problemas de próstata, ni de otro tipo en su aparato reproductor, tampoco presenta secreciones anormales.

Refiere realizarse autoexploraciones de vez en cuando porque cuenta que una vez le dieron una charla sobre cómo realizarlas en el centro de salud de su pueblo.

10. Adaptación-tolerancia al estrés:

Me comenta que muchas veces se siente ansioso, enfadado e irritable e incluso refiere sentir una ansiedad muy grande cada 3 o 4 días, piensa que se debe al cambio importante en su vida: El infarto agudo de miocardio sufrido. Generalmente no sabe cómo solucionarlo y le da muchas vueltas durante un día y otro.

También refiere estar triste porque hace 1 año y medio que su padre ha fallecido, aunque a veces lo habla con su mujer, otras dice callárselas para el mismo por no preocupar a nadie.

Según lo percibido y lo que nos comenta, controla las situaciones y/o problemas que se le presentan a la familia pensando la mejor opción para todos los miembros pero cuando se trata de uno personal no sabe cómo controlarlo.

11. Valores-creencias:

El paciente es creyente pero no practicante, a pesar de que su mujer si es practicante pero él nos comenta que nunca asiste con ella a misa, puesto que no lo ve necesario y la religión no es relevante en su vida.

Comenta que tiene planes de futuro importante ya que se siente joven y con ganas de vivir la vida aunque insiste estar asustado ante lo que puede ocurrirle tras haber sufrido el infarto, “tengo miedo a que me vuelva a repetir un nuevo infarto”. Dice que quiere viajar y disfrutar viendo mundo. Generalmente consigue en la vida lo que se propone pero a veces le resulta complicado.

3.2. Fase diagnóstica:

Basándonos en la valoración enfermera anteriormente realizada se identificaron los siguientes diagnósticos NANDA:

1. (00001) Desequilibrio nutricional por exceso r/c ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas m/p IMC 31,49 (Obesidad tipo I).
2. (00146) Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales, preocupación creciente, temor y trastornos del sueño.
3. (00095) Deterioro del patrón de sueño r/c pensamientos repetitivos antes del sueño, temor, cambio vital: infarto agudo de miocardio m/p quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño y de no sentirse bien descansado e insatisfacción con el sueño.
4. (00011) Estreñimiento r/c actividad física insuficiente, hábitos de defecación irregulares y aporte insuficiente de fibra m/p cambios en el patrón del intestinal y eliminación de heces duras, secas y formadas.
5. (00099) Mantenimiento inefectivo de la salud: tabaquismo r/c no percepción del riesgo de fumar debido a falta de información, dispersión de la relación causa-efecto m/p historia de falta de conductas generadoras de salud, falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas.⁽²⁵⁾

3.3. Fase de planificación:

- ✚ DE: (00001) Desequilibrio nutricional por exceso r/c ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas m/p IMC 31,49 (Obesidad tipo I).

OBJETIVOS NOC

En esta fase se muestran los objetivos NOC⁽²⁶⁾, los valores iniciales de sus indicadores (puntuación actual), los valores que se han de alcanzar en este proceso (puntuación diana) y el tiempo previsto para lograrlos. Además se incluye la escala que vamos a utilizar en cada uno de ellos y la definición del objetivo en sí. En todos los objetivos NOC se va a seguir el mismo procedimiento.

1009 Estado nutricional: ingestión de nutrientes

Definición: Idoneidad de los nutrientes ingeridos.

Escala: No adecuada (1) / Ligeramente adecuada (2) / Moderadamente adecuada (3) / Sustancialmente adecuada (4) / Completamente adecuada (5)

Indicadores:

- 100901 Ingesta calórica

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 1 mes

- 100902 Ingestión proteica

Puntuación Inicial	• 3
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 1mes

- 100903 Ingestión de grasas

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 1 mes

- 100904 Ingestión de hidratos de carbono

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 1 mes

1802 Conocimiento dieta

Definición: grado de comprensión transmitido sobre la dieta.

Escala: Ninguno (1) / Escaso (2) / Moderado (3) / Sustancial (4) / Extenso (5)

Indicadores:

180201 Descripción de la dieta recomendada

- 180210 Selección de comidas recomendadas por la dieta

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 2 semanas

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 2 semanas

- 180211 Planificación de menús
utilizando las directrices de la dieta

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 2 semanas

1612 Control de peso

Definición: acciones personales para conseguir y mantener un peso corporal óptimo para la salud.

Escala: Manifestado: Nunca (1) / Raramente (2) / En ocasiones (3) / Con frecuencia (4) / Constantemente (5)

Indicadores:

- 161202 Mantiene una ingesta calórica diaria óptima

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 4 meses

- 161203 Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 1 mes

- 161221 Alcanza el peso óptimo

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 4 meses

- 161222 Mantiene el peso óptimo

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• Continuo

INTERVENCIONES NIC:

En este apartado se exponen las intervenciones NIC más adecuadas para lograr los objetivos NOC anteriormente nombrados. Se incluyen la definición de las intervenciones NIC⁽²⁷⁾ así como sus actividades pertinentes.

5614 Enseñanza: dieta prescrita

Definición: Preparación de un paciente para seguir una dieta prescrita.

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.
- Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible.
- Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.
- Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita.
- Proporcionar un plan escrito de comidas, si procede.
- Incluir a la esposa de José.

0200 Fomento del ejercicio

Definición: Facilitar regularmente, la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

Actividades:

- Incluir a la familia / cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
- Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Instruir al paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios del programa.
- Enseñar al paciente técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.
- Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.

1280 Ayuda para disminuir el peso

Definición: Facilitar la pérdida de peso corporal y /o grasa corporal.

Actividades:

- Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada.

- Pesar al paciente en cada cita.
- Establecer un plan realista que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento del gasto de energía.
- Ayudar en la selección de actividades de acuerdo con la cantidad de gasto energético deseada.
- Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente.

✚ DE: (00095) Deterioro del patrón de sueño r/c pensamientos repetitivos antes del sueño, temor, cambio vital m/p quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño y de no sentirse bien descansado e insatisfacción con el sueño.

OBJETIVOS NOC:

0004 Sueño:

Definición: magnitud y patrón de suspensión periódica natural de la conciencia durante el cual se recupera el organismo.

Escala: Comprometido: Extremadamente (1) / Sustancialmente (2) / Moderadamente (3) / Levemente (4) / No comprometido (5)

Indicadores:

- 000402 Horas de sueño cumplidas

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 3 semanas

- 000404 Calidad del sueño

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 3 semanas

0003 Descanso:

Definición: grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física.

Escala: Comprometido: Extremadamente (1) / Sustancialmente (2) / Moderadamente (3) / Levemente (4) / No comprometido (5)

- 000301 Tiempo del descanso

- 000303 Calidad del descanso

Puntuación Inicial	• 3
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 3 semanas

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 3 semanas

INTERVENCIONES NIC:

1850 Fomentar el sueño:

Definición: Facilitar ciclos regulares de sueño / vigilia.

Actividades:

- Determinar el esquema de sueño / vigilia del paciente.
- Establecer una rutina a la hora de irse a la cama que facilite la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Disponer siestecillas durante el día, si se indica, para cumplir con las necesidades del sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

5820 Disminución de la ansiedad.

Definición. Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

5880 Técnica de relajación simple.

Definición: Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular simple o ansiedad.

Actividades:

- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable.
- Enseñar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.
- Evaluar regularmente el informe de relajación conseguida del individuo y comprobar periódicamente la tensión muscular, la frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura de la piel.
- Fomentar el control cuando se realice la técnica de relajación.
- Fomentar la repetición o práctica frecuente de la técnica seleccionada.
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.

Estas dos intervenciones las vamos a combinar en la etapa de ejecución para tratar el deterioro del patrón del sueño y la ansiedad.

✚ DE: (00146) Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales, preocupación creciente, temor y trastornos del sueño.

OBJETIVOS NOC:

1302 Superación de problemas (afrontamiento)

Definición: acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Escala: Manifestada: Nunca (1) / Raramente (2) / En ocasiones (3) / Con frecuencia (4) / Constantemente (5)

Indicadores:

- 130203 Verbaliza sensación de control
- 130204 Refiere disminución del estrés

Puntuación Inicial	• 3
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 2 meses

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 2 meses

- 130203 Verbaliza aceptación de la situación

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 2 meses

- 130207 Modifica el estilo de vida cuando se requiere

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 2 meses

1402 Control de la ansiedad

Definición: acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificable.

Escala: Manifestado: Nunca (1) / Raramente (2) / En ocasiones (3) / Con frecuencia (4) / Constantemente (5)

Indicadores:

- 140206 Utiliza estrategias de superación efectivas

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 2 meses

- 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 2 meses

- 140202 Elimina precursores de la ansiedad

Puntuación Inicial	• 1
Puntuación Diana	• 4
Tiempo previsto	• 1 mes y medio

- 140217 Controla la respuesta de ansiedad

Puntuación Inicial	• 1
Puntuación Diana	• 4
Tiempo previsto	• 1 mes y medio

- 140214 Refiere dormir de forma adecuada

Puntuación Inicial	• 1
Puntuación Diana	• 4
Tiempo previsto	• 1 mes

INTERVENCIONES NIC:

5820 Disminución de la ansiedad

6040 Terapia de relajación simple

- ✚ DE: (00011) Estreñimiento r/c actividad física insuficiente, hábitos de defecación irregulares y aporte insuficiente de fibra m/p cambios en el patrón del intestinal y eliminación de heces duras, secas y formadas.

OBJETIVOS NOC:

0501 Eliminación intestinal:

Definición: capacidad del tracto gastrointestinal para formar y evacuar heces de forma efectiva.

Escala: Comprometida: Extremadamente (1) / Sustancialmente (2) / Moderadamente (3) / Levemente (4) / No comprometida (5)

Indicadores:

- 050104 Cantidad de heces en relación con la dieta

Puntuación Inicial	• 3
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 1mes

- 050105 Heces blandas y formadas

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 1 mes

- 050110 Ausencia de estreñimiento

Puntuación Inicial	• 3
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 1mes

- 050112 Facilidad de eliminación de las heces

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 1 mes

INTERVENCIONES NIC:

0440 Entrenamiento intestinal:

Definición: Ayuda al paciente en la educación del intestino para que evacue a intervalos determinados.

Actividades:

- Instruir al paciente sobre alimentos con alto contenido en fibras.
- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
- Asegurarse de que realizan ejercicios adecuados.
- Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones.

0450 Manejo del estreñimiento / impactación:

Definición: Prevención y alivio del estreñimiento / impactación.

Actividades:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Administrar laxantes o enemas, si procede.
- Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.
- Vigilar la existencia de sonidos intestinales.

🚦 DE: (00099) Mantenimiento inefectivo de la salud: tabaquismo r/c no percepción del riesgo de fumar debido a falta de información, dispersión de la relación causa-efecto m/p historia de falta de conductas generadoras de salud, falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas.⁽²⁸⁾

OBJETIVOS NOC:

1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida

Definición: adaptación psicosocial de un individuo a un cambio de vida.

Escala: Ninguna (1) / Escasa (2) / Moderada (3) / Sustancial (4) / Extensa (5)

Indicadores:

- 130501 Establecimiento de objetivos realistas
- 130508 Identificación de múltiples estrategias de superación

Puntuación Inicial	• 3
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 1 mes

- 130509 Uso de estrategias de superación efectivas

Puntuación Inicial	• 3
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 1 mes

Puntuación Inicial	• 3
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 1 mes

- 130511 Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida

Puntuación Inicial	• 3
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 1 mes

1805 Conocimiento: conductas sanitarias

Definición: grado de comprensión transmitido sobre el fomento y la protección de la salud.

Escala: Ninguno (1) / Escaso (2) / Moderado (3) / Sustancial (4) / Extenso (5)

Indicadores:

- 180506 Descripción de los efectos sobre la salud del consumo de tabaco

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 3 semanas

1603 Conducta de búsqueda de la salud

Definición: acciones para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimos.

Escala: Manifestada: Nunca (1) / Raramente (2) / En ocasiones (3) / Con frecuencia (4) / Constantemente (5)

Indicadores:

- 160304 Contacta con profesionales sanitarios cuando es necesario
- 160306 Describe estrategias para eliminar la conducta insana

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 1 meses

- 160308 Realiza la conducta sanitaria prescrita cuando es necesario

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 2 meses

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• 1 mes

- 160307 Sigue las estrategias desarrolladas por sí mismo para eliminar la conducta insana

Puntuación Inicial	• 2
Puntuación Diana	• 5
Tiempo previsto	• Continuo

INTERVENCIONES NIC:

4510 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas

Definición: Cuidados de apoyo del paciente / miembros de la familia con problemas físicos y psicosociales asociados al consumo de alcohol u otras drogas.

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica con el paciente.
- Identificar los factores (genéticos, distrés psicológico y estrés) que contribuyan a la dependencia de sustancias químicas.
- Animar al paciente a que tome el control de su propia conducta.
- Discutir con el paciente el impacto que tiene el consumo de sustancias en el estado médico o la salud general.

4490 Ayuda para dejar de fumar

Definición: Ayudar a un paciente para que deje de fumar.

Actividades:

- Registrar el estado actual y el historial de la actividad de fumar.
- Aconsejar al fumador de forma clara y consistente dejar de fumar.
- Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras.

- Ayudar al paciente a planificar las estrategias de enfrentamientos de problemas resultantes del hecho de dejar de fumar.
- Aconsejar que se tenga una lista de “deslices”, de lo que los causa y de lo que el paciente ha aprendido de ellos.

3.4. Fase de ejecución:

La ejecución comienza después de haber planificado los cuidados enfermeros y está enfocada al desarrollo de las intervenciones enfermeras y sus actividades propuestas para lograr los objetivos marcados.

➤ 1ª cita: 12/11/15:

José acude a la consulta de enfermería el 12 de noviembre de 2015 para la consulta de seguimiento de su patología cardíaca.

Nos explica que él sabe lo que son las enfermedades cardiovasculares y concretamente su patología cardíaca: el IAM porque siempre se ha interesado por esos temas de salud pero que nunca ha puesto en marcha las recomendaciones que ha visto en los documentales y en los programas de salud de la televisión porque “Nunca pensaba que me iba a tocar a mí”.

Comenzamos realizando escucha activa mientras que José nos cuenta lo que sabe acerca de su enfermedad, sus preocupaciones, temores y dudas.

José nos pregunta acerca de lo que va a poder comer a partir de ahora puesto que dice estar muy preocupado porque a él le gusta comer de todo. Es aquí donde comienzo a desarrollar la intervención “**5614 Enseñanza: dieta prescrita**” para lograr los objetivos “**1009 Estado nutricional: ingestión de nutrientes**” y “**1802 Conocimiento dieta**” y le proporciono a José un folleto informativo llamado “Una segunda oportunidad” de la Conserjería de Andalucía que ha sido diseñado para los pacientes que se han superado un infarto o una angina de pecho, le explicamos la dieta que puede seguir de ahora en adelante: la dieta mediterránea.

¿Qué es la dieta mediterránea?

La Dieta Mediterránea es una valiosa herencia cultural que representa mucho más que una simple pauta nutricional, rica y saludable. Es un estilo de vida equilibrado

que recoge recetas, formas de cocinar, celebraciones, costumbres, productos típicos y actividades humanas diversas.

Entre las muchas propiedades beneficiosas para la salud de este patrón alimentario se puede destacar el tipo de grasa que lo caracteriza (aceite de oliva, pescado y frutos secos), las proporciones en los nutrientes principales que guardan sus recetas (cereales y vegetales como base de los platos y carnes o similares como “guarnición”) y la riqueza en micronutrientes que contiene, fruto de la utilización de verduras de temporada, hierbas aromáticas y condimentos.

Pirámide de la alimentación: sitúa en la base los alimentos que deben sustentar la dieta, y relega a los estratos superiores, gráficamente más estrechos, aquellos que se deben consumir con moderación. Pero además se añaden indicaciones de orden cultural y social íntimamente ligados al estilo de vida mediterráneo, desde un concepto de la dieta entendida en un sentido amplio. No se trata tan sólo de dar prioridad a un determinado tipo de alimentos, sino a la manera de seleccionarlos, de cocinarlos y de consumirlos. También refleja la composición y número de raciones de las comidas principales.^(29,30)

Los puntos clave de la dieta mediterránea son:

❖ *Utilizar el aceite de oliva como principal grasa de adición:*

Es el aceite más utilizado en la cocina mediterránea. Es un alimento rico en vitamina E, beta-carotenos y ácidos grasos monoinsaturados que le confieren propiedades cardioprotectoras. Este alimento representa un tesoro dentro de la dieta mediterránea, y ha perdurado a través de siglos entre las costumbres gastronómicas regionales, otorgando a los platos un sabor y aroma únicos.

❖ *Consumir alimentos de origen vegetal en abundancia: frutas, verduras, legumbres, champiñones y frutos secos:*

Las verduras, hortalizas y frutas son la principal fuente de vitaminas, minerales y fibra de nuestra dieta y nos aportan al mismo tiempo, una gran cantidad de agua. Es fundamental consumir 5 raciones de fruta y verdura a diario. Gracias a su contenido elevado en antioxidantes y fibra pueden contribuir a prevenir, entre otras, algunas enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.

- ❖ *El pan y los alimentos procedentes de cereales (pasta, arroz y especialmente sus productos integrales) deberían formar parte de la alimentación diaria:*

El consumo diario de pasta, arroz y cereales es indispensable por su composición rica en carbohidratos. Nos aportan una parte importante de energía necesaria para nuestras actividades diarias.

- ❖ *Los alimentos poco procesados, frescos y de temporada son los más adecuados:*

Los alimentos poco procesados, frescos y de temporada son los más adecuados. Es importante aprovechar los productos de temporada ya que, sobre todo en el caso de las frutas y verduras, nos permite consumirlas en su mejor momento, tanto a nivel de aportación de nutrientes como por su aroma y sabor

- ❖ *Consumir diariamente productos lácteos, principalmente yogurt y quesos:*

Nutricionalmente se debe destacar que los productos lácteos como excelentes fuentes de proteínas de alto valor biológico, minerales (calcio, fósforo, etc) y vitaminas. El consumo de leches fermentadas (yogur, etc.) se asocia a una serie de beneficios para la salud porque estos productos contienen microorganismos vivos capaces de mejorar el equilibrio de la microflora intestinal.

- ❖ *La carne roja se tendría que consumir con moderación y si puede ser como parte de guisos y otras recetas. Y las carnes procesadas en cantidades pequeñas y como ingredientes de bocadillos y platos:*

El consumo excesivo de grasas animales no es bueno para la salud. Por lo tanto, se recomienda el consumo en cantidades pequeñas, preferentemente carnes magras, y formando parte de platos a base de verduras y cereales.

- ❖ *Consumir pescado en abundancia y huevos con moderación.*

Se recomienda el consumo de pescado azul como mínimo una o dos veces a la semana ya que sus grasas – aunque de origen animal- tienen propiedades muy parecidas a las grasas de origen vegetal a las que se les atribuyen propiedades protectoras frente enfermedades cardiovasculares.

Los huevos contienen proteínas de muy buena calidad, grasas y muchas vitaminas y minerales que los convierten en un alimento muy rico. El consumo de tres o cuatro huevos a la semana es una buena alternativa a la carne y el pescado.

- ❖ *La fruta fresca tendría que ser el postre habitual. Los dulces y pasteles deberían consumirse ocasionalmente.*

Las frutas son alimentos muy nutritivos que aportan color y sabor a nuestra alimentación diaria y son también una buena alternativa a media mañana y como merienda.

- ❖ *El agua es la bebida por excelencia en el mediterráneo. El vino debe tomarse con moderación y durante las comidas.*

El agua es fundamental en nuestra dieta. El vino es un alimento tradicional en la dieta mediterránea que puede tener efectos beneficiosos para la salud consumiéndolo con moderación y en el contexto de una dieta equilibrada.

Se debe garantizar el aporte diario de entre 1,5 y 2 litros de agua. Una correcta hidratación es esencial para mantener un buen equilibrio de agua corporal

- ❖ *Realizar actividad física todos los días, ya que es tan importante como comer adecuadamente*

Mantenerse físicamente activo y realizar cada día un ejercicio físico adaptado a nuestras capacidades es muy importante para conservar una buena salud.^(29,30)

Al final le entregamos el folleto como recordatorio, pedimos a José que se lo lea detenidamente en casa, que comience con la dieta y que en la siguiente cita me cuente si hay alguna duda con respecto a ella. También le proporcionamos una tabla explicativa sobre cómo combinar los alimentos y prepararlos y la pirámide de alimentación saludable.

Como es la primera sesión considero que no debemos de abordar más temas para no agobiar a José. Me despido de él , le doy una nueva cita para dentro de una semana, pero esta vez le pido que venga acompañado de su esposa Magdalena y le facilitamos nuestro número de teléfono por si nos necesita para cualquier cosa.

- 2ª cita: 19/11/15:

A la semana siguiente de la primera sesión me reúno de nuevo con José y Magdalena en la consulta de enfermería para abordar nuevos temas.

Realizo el pesaje y veo que José pesa 89 kg, es decir, ha perdido peso en esta semana por lo que es hora de realizar las intervenciones **“0200 Fomento del ejercicio”** y **“1280 Ayuda para disminuir el peso”** para conseguir el objetivo **“1612 Control de peso”**

En esta sesión fijo el peso ideal para José que sería de unos 69 kg para estar dentro del rango de peso normal saludable. Informo a ambos sobre los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio, sobre la duración, la frecuencia y la intensidad adecuadas de la actividad física que ha de trabajar José.

En el mismo folleto que le di en la primera sesión hay un apartado dedicado al deporte por lo que le explico que tipo de actividad física puede realizar de acuerdo a su patología y en qué medida ha de hacerlo. Además les cuento que José debe realizar un deporte que le guste, que no le provoque estrés y que lo haga con tranquilidad.

Deportes recomendados:

- *Andar por terreno llano a velocidad ajustada al entrenamiento progresivo, alternar el ritmo, más lento y deprisa.*
- *Natación en agua no muy fría*
- *Ciclismo en terreno llano*
- *Baile de salón*
- *Remo suave*
- *Golf no competitivo*
- *Esquí de fondo*

Es necesario evitar deportes de competición como tenis, squash, baloncesto, fútbol, ejercicios como levantar pesas, etc... Estos deportes son para observar pero siempre con tranquilidad sin sufrir excesivo estrés o angustia, en ese caso debemos evitar asistir como espectadores.⁽³⁰⁾

José elige practicar la natación ya que me cuenta que desde pequeño le ha gustado mucho y que nunca ha podido practicarla por falta de tiempo, pero ahora está decidido a hacerlo. Le propongo que comience a realizarla 2 veces en semana durante

una hora y media y que al cabo de 2 semanas que incremente la frecuencia en 1 día más por semana y que esto lo mantenga así durante 2 semanas más. Tras esas 4 semanas le digo que puede ir a natación cuantas veces quiera y el tiempo que quiera siempre y cuando no se fatigue y pueda respirar con normalidad.

También elige andar todas las tardes con su esposa porque le gusta mucho pasear por el parque municipal, por lo que le planteo que durante la primera semana realice paseos durante una hora y que a la semana siguiente combine sesiones de 20 minutos tres veces en semana en los que aumente la velocidad y realice ejercicios gimnásticos ligeros como levantar las rodillas mientras camina, mover los brazos, etc.

Igualmente le comento que cuando se fatigue vaya reduciendo la velocidad hasta llegar a pararse si lo considera necesario, que se dé un tiempo de respiro y descanso y que continúe con la rutina de ejercicios recomendada.

Aprovecho esta sesión para incorporar las intervenciones **“4510 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas”** y **“4490 Ayuda para dejar de fumar”** y así comenzar con el consejo antitabaco con una intervención a primer nivel de 5 minutos de duración, individualizada y directa, ofreciéndole mi ayuda para dejar el hábito para lograr los objetivos **“1603 Conducta de búsqueda de la salud”, 1805 Conocimiento: conductas sanitarias”** y **“1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida”**.

Le comento los beneficios que tiene el dejar de fumar tanto para él como para su familia. También se le propone que realice una lista con las motivaciones personales que le conduzcan a dejar de fumar así como las dificultades que encuentra para dejar el hábito tabáquico.

Además le explico la relación que hay entre su patología y el hábito tabáquico:

“Las personas que dejan de fumar de forma radical tienen mejor evolución y no repiten el infarto si además controlan el resto de factores de riesgo cardiovasculares.

Los efectos beneficiosos son muchos para la salud, tanto a nivel cardiocirculatorio como pulmonar, sin olvidar otros muchos efectos, ya que el hábito de fumar desencadena cánceres de pulmón, vejiga, mama, laringe ,etc. , beneficia el estado de la piel, nuestro bolsillo y se recupera la LIBERTAD finalmente, sin esa nefasta dependencia.”⁽³⁰⁾

Por último le pregunto a José acerca de la dieta y me dice “creía que iba a ser peor, estoy descubriendo nuevas formas de comer los alimentos y me gusta, pero lo que peor llevo es no echarle sal a las comidas porque soy el que cocino a diario”. Le explico que no se quite la sal de golpe si no que vaya reduciendo su consumo en las comidas y más adelante ya iremos viendo si se tiene que suprimir. Quedamos para una nueva cita a las 2 semanas.

➤ 3ª cita: 03/12/15:

En esta cita comienzo pesando a José y preguntándole acerca de la dieta y del ejercicio físico pautado.

Me cuenta que lo lleva muy bien y que gracias a nuestras recomendaciones se siente muy activo y no se fatiga apenas pero que aún se encuentra cansado cada día.

Esta semana José pesa 86,7 kg por lo que podemos ver que ha rebajado su peso, le doy la enhorabuena y lo animo a seguir.

Trato con el paciente un tema que para él resulta muy importante: el sueño. Realizo las intervenciones **“1850 Fomentar el sueño”** y **“5820 Disminución de la ansiedad”** para así poder abordar los dos Diagnósticos Enfermeros a la vez: “Deterioro del patrón del sueño” y “Ansiedad”, con el fin de lograr los objetivos propuestos **“0004 Sueño”, “0003 Descanso”** y **“1402 Control de la ansiedad”**

Junto al paciente describo el esquema de sueño / vigilia y le propongo que comience realizando todos los días la misma rutina para irse a dormir. José decide que va a tomarse todos los días un vaso de leche antes de acostarse, va a descansar 1 hora viendo la tele antes de acostarse y que va a cenar todos los días a la misma hora y no cuando le dé hambre. También le sugiero que realice siestas de 20-30 minutos después de comer pero que no exceda de este tiempo ya que a la hora de acostarse por la noche le será más difícil conciliar el sueño.

Asimismo animo a José a que manifieste sus sentimientos, miedos, etc y que sea capaz de reconocer las situaciones que le crean ansiedad y hablarlo con su familia, seres queridos y conmigo, siempre y cuando lo considere necesario.

Le proponemos que acuda a la consulta de enfermería de otro compañero enfermero para que lo incluya en las sesiones grupales que imparte en el centro de salud

para que comparta con otras personas su experiencia y compruebe por sí mismo que no está solo para dejar el hábito tabáquico. José se muestra interesado en ellas y lo apunto para que se una al nuevo grupo que comienza la semana siguiente el día 10/12/15.

Para terminar le doy cita para dentro de 15 días, le digo que acuda con su esposa y le apoyamos para que siga con las actividades establecidas.

➤ 4ª cita: 17/12/15:

En esta sesión vamos a centrarnos en las posibles dudas que José tenga a la hora de seguir alguna recomendación, por lo que quedamos con ellos en el domicilio familiar.

José me cuenta que aunque está realizando la dieta que le proporcionamos y que la sigue bien, que le es muy fácil llevarla a cabo gracias al folleto tan interesante que le dimos y a la imagen de la pirámide de la alimentación puesto que él tenía ideas erróneas acerca de algunos alimentos y es ahora cuando está comprendiendo las proporciones que debe de ingerir de los nutrientes y cómo hacerlo para llevar a cabo una alimentación sana y equilibrada. Además añade que se entretiene con su nieto viendo videos en “Youtube” de los alimentos y que se los va enseñando mediante canciones y juegos y que así a él le sirve de repaso.

Sin embargo, refiere no tomar fibra puesto que siempre ha comido alimentos pobres en ésta y aun siguiendo la dieta y el ejercicio no consigue defecar como a él le gustaría y dice seguir sintiéndose estreñado. Magdalena añade que ella también lo ha notado “él antes iba más veces al servicio”. Por esto decidimos incorporar nuevas intervenciones **“0450 Manejo del estreñimiento / impactación”** y **“0440 Entrenamiento intestinal”** para lograr el objetivo **“0501 Eliminación intestinal”**

Le proporcionamos al matrimonio las recomendaciones para una dieta rica en fibra y una lista de alimentos ricos en fibra:

- ❖ *Tomar un mínimo de 3 raciones de fruta al día :*
 - *Debe tomarse la fruta cruda y entera y, siempre que sea posible con la piel.*
 - *Se debe evitar el zumo de fruta como sustitutivo de la fruta.*
- ❖ *Tomar frutas/os secos al menos una vez a la semana.*
- ❖ *Tomar un mínimo de 2 raciones de verdura al día (una ración son aproximadamente 150 g de verdura):*

- Evitar a ser posible los zumos de verduras u hortalizas.
- Es recomendable que al menos una vez al día la verdura se tome en forma cruda (ensaladas, picadillos, etc)
- ❖ Tomar legumbres de 2 a 3 veces por semana (lentejas, garbanzos, judías, soja, guisantes, habas).
- ❖ Escoger cereales y derivados integrales siempre que se pueda: arroz integral, pasta integral, pan integral, cereales de desayuno integrales, galletas integrales, etc.
- ❖ Tomar las patatas asadas o hervidas con piel.
- ❖ Es muy importante tomar un mínimo de 2 litros de agua al día, ya que en caso contrario la fibra no actúa, o incluso puede ser dañina.
- ❖ El incremento de fibra en la dieta debe ser gradual a fin de evitar síntomas de flatulencia y malestar intestinal ⁽³¹⁾

Alimentos aconsejados en el estreñimiento

Manzana sin pelar		Garbanzos
Albaricoque	Alcachofa	Lentejas
Naranja	Brócoli	Judías
Mandarina	Col	Frutos secos
Pera	Coliflor	(castañas, nueces,
Ciruela	Espinacas	pistachos, almendras)
Fresa	Judías verdes	Frutas secas
Frambuesa	Nabo	(albaricoque, coco, dátil,
Higo	Pimiento	higos, pasas, melocotón)
Kiwi	Puerro	Arroz integral
Aguacate	Remolacha	Pan integral
Chufas	Zanahoria	Pasta integral
Coco fresco		Cereales All Brans

Le preguntamos si tienen más dudas acerca de cualquier tema y nos comentan que no, que ya se quedan más tranquilos con esta lista de alimentos para poder incorporarlos a la dieta y poder paliar la situación de estreñimiento.

Aprovechamos y pesamos a José y comprobamos que de nuevo ha perdido alrededor de 2 kg, pesa 84,4 kg lo felicitamos y le animamos a continuar tan bien como hasta ahora. También le preguntamos acerca de las actividades físicas que está realizando y nos cuenta que los sábados por la tarde ha comenzado a coger la bicicleta y

que pedalea por terreno llano durante media hora seguida, luego descansa y merienda en 20 minutos y que reanuda la marcha durante media hora más hasta que vuelve a casa.

Por último volvemos a insistir en lo que se refiere al tabaco y cuenta que estuvo en la consulta del compañero y le realizó un test sobre el tabaco y varias actividades más y que le propuso el acudir a las sesiones del consejo antitabaco grupales, José accedió y acude regularmente 2 veces en semana y nos dice con mucho entusiasmo que cada día que pasa se acuerda menos de los cigarrillos y que se siente muy a gusto con él mismo, “tengo la sensación de que ahora huelo y saboreo mejor las comidas”.

➤ 5ª cita: 29/12/15:

Empezamos la cita preguntando acerca del estreñimiento que tanto le preocupaba a nuestro paciente y me cuenta que desde que le dimos la lista con los alimentos ricos en fibra está encantado porque ya realiza las deposiciones con facilidad y sus heces son blandas y formadas. También refiere que ha comenzado a comer pan y cereales integrales y que le gustan más que los que ha estado comiendo siempre.

Este día continuó tratando la Ansiedad mediante la intervención **“6040 Terapia de relajación simple”** por lo que nos desplazamos al gimnasio del Centro de Salud para poder llevarla a cabo. Con esto queremos alcanzar el objetivo propuesto **“1302 Superación de problemas (afrontamiento)”**

Le pedimos a José que se tumbe boca arriba en una colchoneta que le facilitamos y que cierre los ojos, ajustamos la luz y la temperatura ambiental para que éste se sienta lo más cómodo posible, que se relaje, que no mantenga el cuerpo en tensión sino que tenga las manos y pies colgando y se deje llevar.

Comenzamos la sesión explicándole que se ha de imaginar una situación que le resulte relajante, que sea tranquilo, sin ruidos, un paisaje, un momento vivido, una fantasía, etc. Pedimos que inspire y expire profundamente. Vamos bajando la voz conforme avanzamos.

A continuación le explicamos cómo debe respirar para controlar la ansiedad:

- Pedimos que ponga una mano en el pecho y la otra en el estómago para comprobar la entrada y salida de aire de manera adecuada.

- Que tome el aire lentamente contando del 1 al 5 y lo desplace hacia abajo hinchando la barriga y el estómago pero sin elevar el pecho.
- Siguiendo en la misma posición pedimos que retenga el aire unos 3 segundos y que lo vaya expulsando de forma pausada, lentamente, contando del 1 al 5 de nuevo y hundiendo un poco el estómago y la barriga aún sin mover el pecho.

Acordamos con José repetirla a los 10 minutos para que la aprenda y pueda realizarla en casa y mientras tanto aprovechamos para preguntar acerca del sueño y del descanso y me comenta que se siente más descansado que antes, que le va muy bien con la rutina que realiza antes de dormir. Añade estar contento con los resultados que va obteniendo y que ve cómo cada día se siente mejor consigo mismo.

Repetimos de nuevo la técnica de relajación simple y le explicamos que ha de practicarla mínimo 2 veces al día durante 15 minutos para dominarla. Una vez la hay dominado puede practicarla en distintas posiciones, según se encuentre más cómodo.

Le recordamos de nuevo que estamos a su disposición, que no dude en consultarnos dudas, sentimientos, etc.

También le preguntamos cómo le ha ido en las sesiones grupales y me cuenta que: “Al principio me daba un poco de vergüenza hablar en público y reconocer que tengo una adicción pero conforme iba hablando con los demás pacientes me di cuenta de que hay mucha gente que está en la misma situación que yo, que tenemos los mismos objetivos marcados con respecto al tabaco y que no estoy tan solo como creía” Añade también: “Gracias por todo lo que lleváis haciendo por mí hasta ahora, aunque sobre todo se lo agradezco a mi mujer que es mi pilar fundamental, tengo más ganas de vivir la vida que nunca”.

Le felicitamos por el esfuerzo tan grande que está llevando a cabo y por los logros que está consiguiendo en tan poco tiempo.

Para finalizar pesamos al paciente y nos encontramos con que ha perdido 2,3 kg en estas 2 semanas, ya se encuentra en los 82,1 kg, le animamos a seguir así y le damos nueva cita el 18 de enero para ver cómo transcurren las fiestas navideñas, pero aun así le decimos que puede consultarnos lo que quiera acercándose a la consulta o vía telefónica.

➤ 6ª cita: 18/01/16

Iniciamos la sesión preguntando por las vacaciones y si ha habido algún percance, José nos cuenta que se ha resistido a comer mantecados y polvorones pero que alguno que otro sí que se ha comido pero nos dice que el día que se los comía o que bebía algo más de alcohol intentaba hacer más deporte para compensar la ingesta.

Sigue explicándonos que ha dormido fenomenal en estos días y que se siente muy descansado y con gran energía para afrontar el día a día. Además cuenta que aunque durante estos días ha estado en lugares donde ha habido fumadores se ha resistido a fumar aunque le han ofrecido y está muy feliz por haber conseguido tal logro.

No ha vuelto a tener estreñimiento y refiere continuar siguiendo las pautas dietéticas y de ejercicio físico. Pesamos a José y observamos que sigue disminuyendo su peso y que cada día está más cerca de conseguir el objetivo marcado de alcanzar el peso ideal, esta vez pesa 77,8 kg. Le volvemos a dar nuestras felicitaciones y le preguntamos acerca de la ansiedad que tanto le preocupaba al principio. José me explica que realiza 3 veces al día con su mujer la técnica de relajación ya que le gusta mucho la sensación de bienestar que le provoca, además afirma no sentir nada de estrés actualmente y encontrarse en mejor armonía con el ambiente que le rodea.

Concluimos el encuentro dándole una nueva cita, pero esta vez la vamos a alargar 3 semanas.

➤ 7ª cita: 08/02/16

Comenzamos pesando a José y tomándole las constantes habituales para comprobar que todo va bien:

Peso: 73,9 kg T.A.:118/76 mmHg FC: 70lpm

IMC: 25,57 (leve sobrepeso) FR: 18 resp/ min

Le proponemos a José una actividad grupal que va a llevar a cabo el Centro de Salud de Mancha Real en una parte de la sierra del pueblo. Se trata de una marcha solidaria para las personas con cardiopatías a la que está invitado cualquier persona que le apetezca participar.

Nuestro paciente está encantado con la idea propuesta y quedamos con él en la puerta del centro de Salud el día 24 de Febrero a las 17:30 horas.

➤ 8ª cita: 24/02/16

Quedamos con José media hora antes de que comience la marcha solidaria para llevar a cabo la técnica de relajación simple que le enseñamos poniéndola él en práctica con nosotros. La realizamos en el gimnasio del centro de Salud durante 15 minutos.

Tras realizarla, hemos comprobado que José entendió a la perfección el cómo llevarla a cabo y elogiamos por lo bien que lo ha realizado.

Aprovechamos el tiempo que queda para hablar sobre él, sus pensamientos, reflexiones y sentimientos. Nuestro paciente nos cuenta que se ve capacitado para cualquier meta que se proponga y que este cambio de actitud no sería posible sin el apoyo que está recibiendo tanto por parte de su familia y seres queridos como por la nuestra y que se ve preparado para afrontar los obstáculos y problemas que la vida le ponga por delante.

Por último pesamos a José y constatamos que una vez más ha perdido peso y ha ganado en salud. Peso: 71,2 kg, le damos nueva cita para el 04/03/16 para hacer una evaluación global de todo el plan de cuidados de enfermería.

3.5. Fase de evaluación: 04/03/16

✚ DE: (00001) Desequilibrio nutricional por exceso r/c ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas m/p IMC 31,49 (Obesidad tipo I).

Tabla nº 1: Evolución de los indicadores de resultado “**1009 Estado nutricional: ingestión de nutrientes**”

<i>Indicador</i>	<i>Indicadores de resultado Inicial</i>	<i>Puntuación diana</i>	<i>Indicadores de resultado Final</i>
100901 Ingesta calórica	2 (Ligeramente adecuada)	5 (Completamente adecuada)	5 (Completamente adecuada)
100902 Ingestión proteica	3 (Moderadamente adecuada)	5 (Completamente adecuada)	5 (Completamente adecuada)
100903 Ingestión de grasas	2 (Ligeramente adecuada)	5 (Completamente adecuada)	5 (Completamente adecuada)

100904 Ingestión de hidratos de carbono	2 (Ligeramente adecuada)	5 (Completamente adecuada)	5 (Completamente adecuada)
---	--------------------------	----------------------------	----------------------------

Tabla nº 2: Evolución de los indicadores de resultado “**1802 Conocimiento dieta**”

<i>Indicador</i>	<i>Indicadores de resultado Inicial</i>	<i>Puntuación diana</i>	<i>Indicadores de resultado Final</i>
180201 Descripción de la dieta recomendada	2 (Escaso)	5 (Extenso)	5 (Extenso)
180210 Selección de comidas recomendadas por la dieta	2 (Escaso)	5 (Extenso)	5 (Extenso)
180211 Planificación de menús utilizando las directrices de la dieta	2 (Escaso)	5 (Extenso)	5 (Extenso)

Tabla nº 3: Evolución de los indicadores de resultado “**1612 Control de peso**”

<i>Indicador</i>	<i>Indicadores de resultado Inicial</i>	<i>Puntuación diana</i>	<i>Indicadores de resultado Final</i>
161202 Mantiene una ingesta calórica diaria óptima	2 (Raramente Manifestado)	5 (Constantemente Manifestado)	5 (Constantemente Manifestado)
161203 Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica	2 (Raramente Manifestado)	5 (Constantemente Manifestado)	5 (Constantemente Manifestado)
161221 Alcanza el peso óptimo	2 (Raramente Manifestado)	5 (Constantemente Manifestado)	5 (Constantemente Manifestado)
161222 Mantiene el peso óptimo	2 (Raramente Manifestado)	5 (Constantemente Manifestado)	5 (Constantemente Manifestado)

- ✚ DE: (00095) Deterioro del patrón de sueño r/c pensamientos repetitivos antes del sueño, temor, cambio vital m/p quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño y de no sentirse bien descansado e insatisfacción con el sueño.

Tabla nº 4: Evolución de los indicadores de resultado “**0004 Sueño**”

<i>Indicador</i>	<i>Indicadores de resultado Inicial</i>	<i>Puntuación diana</i>	<i>Indicadores de resultado Final</i>
000402 Horas de sueño cumplidas	2 (Comprometido Sustancialmente)	5 (No comprometido)	5 (No comprometido)
000404 Calidad del sueño	2 (Comprometido Sustancialmente)	5 (No comprometido)	5 (No comprometido)

Tabla nº 5: Evolución de los indicadores de resultado “**0003 Descanso**”

<i>Indicador</i>	<i>Indicadores de resultado Inicial</i>	<i>Puntuación diana</i>	<i>Indicadores de resultado Final</i>
000301 Tiempo del descanso	3 (Comprometido Moderadamente)	5 (No comprometido)	5 (No comprometido)
000303 Calidad del descanso	2 (Comprometido Sustancialmente)	5 (No comprometido)	5 (No comprometido)

- ✚ DE: (00146) Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales, preocupación creciente, temor y trastornos del sueño.

Tabla nº 6: Evolución de los indicadores de resultado “**1302 Superación de problemas (afrontamiento)**”

<i>Indicador</i>	<i>Indicadores de resultado Inicial</i>	<i>Puntuación diana</i>	<i>Indicadores de resultado Final</i>
130203 Verbaliza sensación de control	3 (En ocasiones Manifestada)	5 (Constantemente Manifestada)	5 (Constantemente Manifestada)
130204 Refiere disminución del	2 (Raramente Manifestada)	5 (Constantemente Manifestada)	5 (Constantemente Manifestada)

estrés			
130203 Verbaliza aceptación de la situación	2 (Raramente Manifestada)	5 (Constantemente Manifestada)	5 (Constantemente Manifestada)
130207 Modifica el estilo de vida cuando se requiere	2 (Raramente Manifestada)	5 (Constantemente Manifestada)	5 (Constantemente Manifestada)

Tabla nº 7: Evolución de los indicadores de resultado “**1402 Control de la ansiedad**”

<i>Indicador</i>	<i>Indicadores de resultado Inicial</i>	<i>Puntuación diana</i>	<i>Indicadores de resultado Final</i>
140206 Utiliza estrategias de superación efectivas	2 (Raramente Manifestado)	5 (Constantemente Manifestado)	5 (Constantemente Manifestado)
140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	2 (Raramente Manifestado)	5 (Constantemente Manifestado)	5 (Constantemente Manifestado)
140202 Elimina precursores de la ansiedad	1 (Nunca Manifestado)	4 (Con frecuencia Manifestado)	4 (Con frecuencia)
140217 Controla la respuesta de ansiedad	1 (Nunca Manifestado)	4 (Con frecuencia Manifestado)	4 (Con frecuencia Manifestado)
140214 Refiere dormir de forma adecuada	1 (Nunca Manifestado)	4 (Con frecuencia Manifestado)	4 (Con frecuencia Manifestado)

🚦 DE: (00011) Estreñimiento r/c actividad física insuficiente, hábitos de defecación irregulares y aporte insuficiente de fibra m/p cambios en el patrón del intestinal y eliminación de heces duras, secas y formadas.

Tabla n° 8: Evolución de los indicadores de resultado “**0501 Eliminación intestinal**”

<i>Indicador</i>	<i>Indicadores de resultado Inicial</i>	<i>Puntuación diana</i>	<i>Indicadores de resultado Final</i>
050104 Cantidad de heces en relación con la dieta	3 (Comprometido Moderadamente)	5 (No comprometido)	5 (No comprometido)
050105 Heces blandas y formadas	2 (Comprometido Sustancialmente)	5 (No comprometido)	5 (No comprometido)
050110 Ausencia de estreñimiento	3 (Comprometido Moderadamente)	5 (No comprometido)	5 (No comprometido)
050112 Facilidad de eliminación de las heces	2 (Comprometido Sustancialmente)	5 (No comprometido)	5 (No comprometido)

🚦 DE: (00099) Mantenimiento inefectivo de la salud: tabaquismo r/c no percepción del riesgo de fumar debido a falta de información, dispersión de la relación causa-efecto m/p historia de falta de conductas generadoras de salud, falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas.

Tabla n° 9: Evolución de los indicadores de resultado “**1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida**”

<i>Indicador</i>	<i>Indicadores de resultado Inicial</i>	<i>Puntuación diana</i>	<i>Indicadores de resultado Final</i>
130501 Establecimiento de objetivos realistas	3 (Moderada)	5 (Extensa)	5 (Extensa)
130508 Identificación de múltiples estrategias de superación	3 (Moderada)	5 (Extensa)	5 (Extensa)
130509 Uso de estrategias de	3 (Moderada)	5 (Extensa)	5 (Extensa)

superación efectivas			
130511 Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida	3 (Moderada)	5 (Extensa)	5 (Extensa)

Tabla nº 10: Evolución de los indicadores de resultado “**1805 Conocimiento: conductas sanitarias**”

<i>Indicador</i>	<i>Indicadores de resultado Inicial</i>	<i>Puntuación diana</i>	<i>Indicadores de resultado Final</i>
180506 Descripción de los efectos sobre la salud del consumo de tabaco	2 (Escaso)	5 (Extenso)	5 (Extenso)

Tabla nº 11: Evolución de los indicadores de resultado “**1603 Conducta de búsqueda de la salud**”

<i>Indicador</i>	<i>Indicadores de resultado Inicial</i>	<i>Puntuación diana</i>	<i>Indicadores de resultado Final</i>
160304 Contacta con profesionales sanitarios cuando es necesario	2 (Raramente Manifestada)	5 (Constantemente Manifestada)	5 (Constantemente Manifestada)
160306 Describe estrategias para eliminar la conducta insana	2 (Raramente Manifestada)	5 (Constantemente Manifestada)	5 (Constantemente Manifestada)
160308 Realiza la conducta sanitaria prescrita cuando es	2 (Raramente Manifestada)	5 (Constantemente Manifestada)	5 (Constantemente Manifestada)

necesario			
160307 Sigue las estrategias desarrolladas por sí mismo para eliminar la conducta insana	2 (Raramente Manifestada)	5 (Constantemente Manifestada)	5 (Constantemente Manifestada)

Esta es la última fase del Proceso de Atención de Enfermería, en ella se procede a la comparación entre el estado de salud del paciente y los resultados que esperamos obtener.

En las tablas nº 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 se expone de manera esquemática la evolución que ha presentado José. En ellas se pueden observar el valor de los indicadores de los resultados NOC propuestos en la fase de planificación así como el valor obtenido tras realizar las intervenciones y actividades propuestas en nuestro plan de cuidados.

Con estos indicadores podemos medir los resultados, se puntúan del 1 al 5 según la “escala de Likert”, dándole el valor 1 a la actitud más desfavorable y 5 a la más favorable.

Realizamos varias evaluaciones a lo largo de las citas en la consulta de enfermería y en el domicilio familiar mediante las cuales hemos realizado el seguimiento de nuestro paciente, pero es en ésta evaluación final al cabo de los 4 meses donde se procede a examinar los resultados obtenidos.

En el Cuestionario de Oviedo del sueño la puntuación actual obtenida es de 17, habiendo disminuido de 45 puntos obtenidos en la valoración inicial, lo que muestra la ausencia de insomnio en el paciente. En la escala de Goldberg de Ansiedad-Depresión he obtenido una puntuación de 0, lo que indica la ausencia de Ansiedad y Depresión, siendo la inicial de 10. En el cuestionario Apgar-Familiar sobre la percepción de la función familiar la puntuación ahora obtenida es de 10 siendo la anterior de 9, por lo que se mantiene en normofuncional. Por último, en el cuestionario de Apoyo Social

Percibido de Duke-Unk el valor actual es de 55 siendo en la anterior de 51, significando apoyo social percibido normal.

La situación en la que se encuentra el paciente tras haber llevado a cabo nuestro plan de cuidados es la siguiente:

José ha aprendido los fundamentos de una dieta saludable, concretamente de la dieta mediterránea y cómo cocinar y tomar los alimentos. Además, ha logrado mantenerla en todo este tiempo por lo que ha alcanzado los objetivos propuestos con respecto a la dieta e ingestión de nutrientes en las tablas nº 1 y 2 para el diagnóstico de “Desequilibrio nutricional por exceso” obteniendo una puntuación de 5 en la escala de Likert.

Respecto al ejercicio físico nuestro paciente se ha puesto en marcha para modificar el estilo de vida sedentario que llevaba y realizar ejercicio físico regular, encontrando en éste una forma de entretenimiento, reflejado en la tabla nº 3.

Los diagnósticos enfermeros de “Deterioro del Patrón del Sueño” y de “Ansiedad” los he ido resolviendo de manera simultánea en las distintas fases de la ejecución. José ha conseguido aumentar las horas de sueño al día y además ha logrado que éstas sean reparadoras y se sienta descansado, por lo que en la escala de Likert se ha alcanzado la puntuación 5 en la que el sueño y el descanso no se encuentran comprometidos. Además, ha conseguido el afrontamiento de problemas y el control de la ansiedad mediante la técnica de relajación enseñada y su esfuerzo para ponerla en práctica y ser capaz de controlarla. Se puede observar en las tablas nº 4, 5, 6 y 7.

En cuanto al estreñimiento, José ha pasado de tener heces duras y secas a blandas y formadas por lo que ha solucionado ese estreñimiento pasajero. Además ya no realiza esfuerzos para defecar por lo que nos refiere estar muy contento con esto ya que le tenía muy preocupado. Reflejado en la tabla nº 8.

Para terminar la evaluación hacemos mención especial al logro conseguido por José: dejar de fumar, ha conseguido los objetivos propuestos para el D.E. “Mantenimiento inefectivo de la salud: tabaquismo” ya que ha aprendido las conductas sanitarias que debe de llevar a cabo para mantener un estilo de vida sano, además busca información de la salud por sí solo logrando la puntuación 5 en la escala de Likert para

este objetivo marcado en la fase de planificación. Todo esto puede observarse en las tablas nº 9, 10 y 11.

4. DISCUSIÓN E IMPLANTACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:

La prevención cardiovascular tiene como objetivos reducir las manifestaciones clínicas de las enfermedades cardiovasculares, la incapacidad temprana y el coste sanitario que se produce de éstas, por lo que su abordaje ha de hacerse mediante la modificación de los estilos de vida, el control de los factores de riesgo cardiovasculares e incluso con tratamiento farmacológico.

Para ello se llevan a cabo estrategias preventivas que se dirigen a toda la población para tratar de disminuir la aparición y prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares. Mediante la promoción de los hábitos de vida saludables y a través de la detección desde atención primaria de éstos factores.

En este caso clínico se puede comprobar que mediante la adopción de la dieta mediterránea como tratamiento alimentario de excelencia, el aporte de folletos informativos acerca de ésta, la tabla para combinar los alimentos y la pirámide de alimentación como material de apoyo, además del hecho de que el paciente buscara información complementaria mediante videos interactivos en Internet han resultado útiles y rentables para que nuestro paciente consiguiera alcanzar los objetivos propuestos.

Se ha demostrado la eficacia de la dieta mediterránea en la prevención de las enfermedades cardiovasculares y sus principales factores de riesgo.

Un ensayo realizado por la American Heart Association llamado “Lyon Diet Heart Study” ha evidenciado la eficacia de la dieta mediterránea sobre la tasa de recurrencia coronaria tras sufrir un primer infarto agudo de miocardio. Los resultados concluyeron que los sujetos que siguieron la dieta mediterránea tenían un riesgo del 50% -70% más bajo de volver a padecer una enfermedad cardíaca.⁽³²⁾

En cuanto a los beneficios de realizar con moderación actividad física podemos observar que José ha logrado reducir el peso y ha encontrado en ésta una forma de distracción a la vez que disfruta de ella.

La prevención y el control del sobrepeso y la obesidad en los adultos y los niños han pasado a ser un elemento clave para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.⁽¹²⁾

La actividad física y la dieta se consideran los principales factores para prevenir las enfermedades cardiovasculares y la obesidad.⁽¹¹⁾

En nuestro caso hemos decidido realizar una intervención breve sobre el tabaco desde la consulta pero hemos derivado a José a la consulta del compañero y a las sesiones grupales del consejo antitabaco que éste está llevando a cabo en el centro de Salud es, ya que la atención primaria es el primer contacto del fumador con los profesionales sanitarios.

Olano et al. Revisaron la importancia de la intervención mínima en tabaquismo en atención primaria mostrando que la correcta atención al paciente fumador en este nivel de asistencia es éticamente imprescindible, dadas las consecuencias para la salud que supone el tabaco y los enormes beneficios de dejar el hábito.⁽³³⁾

Destacar que tras desarrollar nuestro plan de cuidados individualizado y personalizado para José podemos decir que ha logrado los objetivos propuestos, es decir, ha disminuido el peso corporal mediante el fomento de la actividad física y la regulación de la dieta, ha mejorado el sueño y el descanso que tanto necesitaba nuestro paciente y ha cesado ese estreñimiento puntual que le preocupaba.

Animar a José y recibir apoyo de su familia, seres queridos y de los profesionales sanitarios ha sido de gran ayuda para lograrlo.

5. CONCLUSIONES:

Los estilos de vida se actualizan en base a los avances socioeconómicos y culturales fomentando el aumento de las enfermedades cardiovasculares debido al aumento de la comida basura que suele ser rica en grasas saturadas y abundantes calorías, la moda del consumo del tabaco, el aumento del estilo sedentario y la consecuente obesidad que esto conlleva.

Existen numerosas evidencias científicas que ponen de manifiesto que las enfermedades cardiovasculares se pueden prevenir en una gran proporción mediante las medidas higiénico-dietéticas por lo que sería conveniente realizar más campañas publicitarias para sensibilizar a la población, además de insistir en todos los niveles de la vida, es decir, insistir en mayor medida en edades más tempranas, desde el ámbito escolar.

El/la enfermero/a de atención primaria constituye un elemento clave para la prevención y tratamiento de los distintos factores de riesgo de las enfermedades

cardiovasculares ya que se trata del primer pilar para aportar la información necesaria y llevar a cabo las actividades oportunas para mejorar la calidad de vida de los pacientes cardíacos.

Desde hace años se ha podido demostrar que las intervenciones en tabaquismo realizadas por los profesionales de enfermería en la atención primaria en los enfermos con factores de riesgo cardiovasculares consiguen prevenir las enfermedades cardiovasculares.

José ha conseguido mejorar su calidad de vida y sentirse mejor consigo mismo mediante este plan de cuidados individualizado y personalizado.

Considerando que las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de mortalidad de los países desarrollados serán necesarios esfuerzos por parte de todos los sectores, tanto de los sanitarios como de los políticos, sociales, económicos para lograr una reducción de los factores de riesgo cardiovasculares y de las enfermedades cardiovasculares en sí.

6. BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Organización Mundial de la Salud. [Página en Internet]. c2016 [citado 2015 Nov 18]. ¿Qué son las enfermedades cardiovasculares?; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/.
- (2) Sociedad Española de Cardiología, Fundación Española del Corazón. [Página en Internet]. [citado 2015 Dic 2]. Informe de la salud cardiovascular en España en el contexto Europeo; [aprox 34 pantallas]. Disponible en: <http://secardiologia.es/images/stories/file/salud-cardiovascular-espana-europa.pdf>
- (3) Gómez MT, San Román JM. Análisis de la epidemiología de las enfermedades cardiovasculares. 2013 2013-01-22.
- (4) Casal J, Pérez S, Eserverri M, Belmonte D, Vivas E, et al. Evaluación de los factores de riesgo cardiovascular, su conocimiento y control en pacientes que ingresan con un síndrome coronario agudo. Enferm Cardiol. [Revista on-line]. 2014 [citado 2015 Nov 14];21(62):[aprox. 6 p.]. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/62_04.pdf
- (5) Barrabés Riu J. Retos actuales en el diagnóstico y manejo del SCA en España [libro electrónico]. Barcelona: 2013 [Citado 2015 Nov 17]. Disponible en: <http://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/retos-actuales-en-el-diagnostico-y-manejo-del-sca.pdf>
- (6) Instituto Nacional de Estadística. [Página en Internet]. c2015 [citado 2015 Dic 1]. Nota de Prensa: Defunciones según la Causa de Muerte Año 2013; [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
- (7) Alfaro M, Thuissard IJ, Gogorcena MA, Gómez RI, Jiménez AJ. [Página en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; c2011 [citado 2015 Dic 18]. Carga de morbilidad y proceso de atención a las enfermedades cardiovasculares en los hospitales del SNS 2009; [aprox. 31 pantallas]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Estadisticas_Comentadas_02.pdf.
- (8) Instituto Nacional de Estadística. [Página en Internet]. c2010 [citado 2015 Dic 18]. Notas de prensa: Defunciones según la Causa de Muerte Año 2008; [aprox 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np588.pdf>
- (9) Fadini Reis E, Takáo C, Ruiz Zimmer A, Batista V, De Lima, J. et al. Asociación de factores de riesgo cardiovasculares con las diferentes presentaciones del síndrome coronario agudo. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Revista on-line]. 2014 Ago [citado 2015 Nov 21];22(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/es_0104-1169-rlae-22-04-00538.pdf
- (10) Organización Mundial de la Salud. [Página en Internet]. c2016 [citado 2015 Dic 16]. El número de defunciones y discapacidades puede reducirse en más del 50%;

[aprox 9 pantallas.]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr83/es/>

(11) Martínez-Gómez D, Eisenmann J, Gómez-Martínez S, Veses A, Marcos A, et al. Sedentarismo, adiposidad y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. Estudio AFINOS. Rev Esp Cardiol. [Revista on-line]. 2010 Mar [citado 2015 Nov 21];63(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en:

<http://www.revespcardiol.org/es/sedentarismo-adiposidad-factores-riesgo-cardiovascular/articulo/13147695/>

(12) O'Donnella C, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Rev Esp Cardiol. [Revista on-line]. 2008 Mar [citado 2015 Dic 11];61(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en:

<http://www.revespcardiol.org/es/factores-riesgo-cardiovascular-perspectivas-derivadas/articulo/13116658/>

(13) Fustera V, Ibáñez B. Diabetes y Enfermedad cardiovascular. Rev Esp Cardiol. [Revista on-line]. 2008 May [citado 2015 Nov 29];8(1):[aprox.10 p.]. Disponible en:

<http://www.revespcardiol.org/es/content/articulo/13119590/>

(14) Ferreira-González I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. Rev Esp Cardiol. [Revista on-line]. 2014 Feb [citado 2015 Dic 11];67(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en:

<http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-enfermedad-coronaria/articulo/90267578/>

(15) SINC: la ciencia es noticia. [Página en internet].c2008 [citado 2015 Dic 12]. BIOMEDICINA Y SALUD: Medicina interna. Actualizan las variaciones de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los países de Europa; [aprox 3 pantallas.].

Disponible en:

<http://www.agenciasinc.es/Noticias/Actualizan-las-variaciones-de-mortalidad-por-enfermedades-cardiovasculares-en-los-paises-de-Europa>

(16) Castro A. [Página en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad; c2011 [citado 2015 Dic 6]. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. 2009; [aprox. 104 pantallas]. Disponible en:

http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cardiopatia_isquemica/Estrategia_Cardiopatia_Isquemica.pdf

(17) Organización Mundial de la Salud. [Página en Internet]. c2015 [citado 2016 Ene 8]. Enfermedades cardiovasculares; [aprox.6 pantallas]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

(18) Organización Mundial de la Salud. [Página en Internet]. c2016 [citado 2016 Ene 9]. Prioridades estratégicas del Programa de la OMS sobre enfermedades cardiovasculares; [aprox 2 pantallas]. Disponible en:

http://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/es/

(19) Bernick S, Davis C. [Página de internet]. c2014 [citado 2016 Ene 9]. Coste económico de las enfermedades cardiovasculares desde 2014 a 2020 en seis países europeos; [aprox 14 pantallas]. Disponible en:

<http://www.astrazeneca.es/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=MDT-Type&blobheadervalue1=inline%3B+filename%3DInforme-Cebr.pdf&blobheadervalue2=abinary%3B+charset%3DUTF-8&blobkey=id&blohtable=MungoBlobs&blobwhere=1285678256283&ssbinary=true>

(20) Sociedad Española de Cardiología, Fundación Española del Corazón. [Página en Internet]. Madrid: [citado 2015 Dic 18]. PECS: Programa de Empresas CardioSaludables; [aprox 11 pantallas]. Disponible en:
http://www.semst.org/documentos/pecs/dossier_pecs.pdf

(21) Fundación Española del Corazón. [Página en Internet]. c2015 [citado 2015 Dic 19]. Infarto; [aprox pantallas]. Disponible en:
<http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/infarto.html>

(22) Medline Plus. [Página en Internet]. c2015 [citado 2015 Dic 19]. Arterioesclerosis; [aprox 5 pantallas]. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/atherosclerosis.html>

(23) Portal de Salud Castilla y León. [Página en Internet]. [citado 2015 Dic 20]. Infarto Agudo de Miocardio; [aprox 1 pantalla]. Disponible en:
<http://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guias-aula/infarto-agudo-miocardio/introduccion>

(24) Servicio Andaluz de Salud: Conserjería de Salud. Junta de Andalucía. [Página en Internet]. c2014 [citado 2015 Dic 20]. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5#PT4

(25) NANDA International Heather, T, editores. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2012.

(26) Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

(27) Dochterman JM, Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

(28) Morales, J. M. et al. [Página en Internet]. c2008 [citado 2015 Dic 23]. Proceso Asistencial Integrado: Atención a las Personas Fumadoras; [aprox 126 pantallas]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/personas_fumadoras/personas_fumadoras.pdf

(29) Fundación Dieta Mediterránea. [Página en Internet]. [citado 2015 Dic 28]. ¿Qué es la dieta mediterránea?; [aprox 9 pantallas]. Disponible en:
<http://dietamediterranea.com/nutricion-saludable-ejercicio-fisico/>

(30) De la Torre, M.I. et al. [Página en Internet]. c2011 [citado 2015 Dic 28]. Consejos para personas que han superado una Angina o un Infarto: Una Segunda Oportunidad; [aprox 68 pantallas]. Disponible en:
http://www.poctep.eu/sites/default/files/documentos/noticias/Folleto_UNA%20SEGUNDA%20OPORTUNIDAD.pdf

(31) SANCYD: Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica Y Dietética. Junta de Andalucía. [Página en Internet]. c2010 [citado 2016 Ene 4]. Recomendaciones para la realización de una dieta rica en fibra; [aprox 4 pantallas]. Disponible en:
<http://sancyd.es/comedores/discapacitados/menu.dieta.estrenimiento.php#Recomendaciones>

(32) Fundación Española del Corazón. [Página en Internet]. c2012 [citado 2016 Ene 4]. La dieta mediterránea reduce un 30% el riesgo cardiovascular; [aprox 1 pantalla]. Disponible en:
<http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2447-dieta-mediterranea-reduce-30-riesgo-cardiovascular.html>

(33) De Grand JI, Solano S, Jiménez CA. [Página en Internet]. c2013 [citado 2016 Ene 9]. Intervenciones en tabaquismo en pacientes con enfermedades cardiovasculares; [aprox 6 pantallas]. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=90190316&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=27&ty=128&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v45n02a90190316pdf001.pdf

7. ANEXOS:

Anexo I: Autonomía para las actividades de la vida diaria-Índice de Barthel



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 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



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 bacinilla (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

Deambulaci3n

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisi3n 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 50metros. 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 supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisi3n física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fecha						
Puntuaci3n Total						

Anexo II: Actividades instrumentales de la vida diaria-Escala Lawton y Brody



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

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 III: Cuestionario de Oviedo del sueño



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Unidad/Centro

Fecha

Nº Historia

CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO

Población diana: Población general con trastornos depresivos. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7) e hipersomnio (ítems 2-5, 8, 9). Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7.

La subescala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

Cuestionario de Oviedo del Sueño

Durante el último mes

1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1	Muy insatisfecho
2	Bastante insatisfecho
3	Insatisfecho
4	Término medio
5	Satisfecho
6	Bastante satisfecho
7	Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para

		Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0-15 minutos
2	16-30 minutos
3	31-45 minutos
4	46-60 minutos
5	más de 60 minutos



4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1	Ninguna vez
2	1 vez
3	2 veces
4	3 veces
5	más de 3 veces

Si normalmente se despertó Vd. piensa que se debe a.....(Información clínica)

- a) Dolor
- b) Necesidad de orinar
- c) Ruido
- d) Otros. Especificar.

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

1	Se ha despertado como siempre
2	Media hora antes
3	1 hora antes
4	Entre 1 y 2 horas antes
5	Más de 2 horas antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama) Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche? _____ ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? _____

1	91-100%
2	81-90%
3	71-80%
4	61-70%
5	60% o menos

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana



9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento solcio-laboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)?
(Información clínica)

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
a) Ronquidos	1	2	3	4	5
b) Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
c) Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
d) Pesadillas	1	2	3	4	5
e) Otros	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?
(Información clínica)

a	Ningún día
b	1-2 días/semana
c	3 días/semana
d	4-5 días/semana
e	6-7 día/semana

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir

CATEGORIAS	ÍTEMS	PUNTOS
Satisfacción subjetiva del sueño	Ítem 1	
Insomnio	Ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7	
Hipersomnio	Ítems 2-5, 8, 9	
PUNTUACIÓN TOTAL		

Anexo IV: Cribado de ansiedad depresión-Escala de Goldberg



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CRIBADO ANSIEDAD DEPRESION – ESCALA DE GOLDBERG -

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .

Instrucciones para el profesional:

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas". No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		



SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)	
--	--

Anexo V: Percepción de la función familiar-Cuestionario Apgar Familiar



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser **autoadministrado o heteroadministrado** y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7 - 10 puntos
- Disfuncional leve: 3 - 6
- Disfuncional grave: 0 - 2

Versión heteroadministrada: Leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

Versión autoadministrada: Recortar por la línea de puntos y entregar al paciente para su cumplimentación.

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

Anexo VI: Cuestionario Duke-Unc:



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO DUKE-UNC -

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

<u>Instrucciones para el paciente:</u> En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

LISTA DE ABREVIATURAS:

- AVD: Actividades Vida Diaria
- COU: Curso de Orientación Universitaria
- cc: centímetros cúbicos
- CI: Cardiopatía Isquémica
- DE: Diagnóstico de Enfermería
- ECV: Enfermedades CardioVasculares
- FC: Frecuencia Cardíaca
- FR: Frecuencia Respiratoria
- h: hora
- HTA: Híper Tensión Arterial
- IAM: Infarto Agudo de Miocardio
- IMC: Índice de Masa Corporal
- kg: kilogramos
- lpm: latidos por minuto
- m: metros
- mmHg: milímetros de mercurio
- m/p: manifestado por
- resp/ min: respiraciones por minuto
- r/c: relacionado con
- TFG: Trabajo Fin de Grado
- Tª: Temperatura
- °C: Grado Celsius

