



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**Prevención de la insuficiencia  
cardiaca en personas mayores o  
iguales de 60 años. Intervenciones  
de enfermería en Atención  
Primaria.**

**Autor/a: Esther Manrique Argüello**

**Tutor/a: Magdalena Fernández Herrero**

## **RESUMEN / PALABRAS CLAVE**

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad muy frecuente en los países desarrollados que provoca un gran incremento en el gasto sanitario tanto por el aumento de los ingresos hospitalarios como por el seguimiento de la enfermedad. Con este estudio se pretende detectar a tiempo los factores de riesgo de dicha enfermedad y mantener un control sobre los mismos con la finalidad de evitar el desarrollo de la enfermedad o la aparición de complicaciones.

Las intervenciones se aplicarán por el personal de enfermería en Atención Primaria a personas mayores o iguales de 60 años que cumplan al menos dos de los siguientes criterios: hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, taquicardia, hipertrofia de ventrículo izquierdo y/o infarto de miocardio. La intervención enfermera se desarrolla en diferentes partes: anamnesis, exploración y plan de cuidados siguiendo la taxonomía NANDA, NOC, NIC. Además hay que incluir la educación para la salud.

**Palabras clave:** Insuficiencia cardiaca, enfermería, prevención, factores de riesgo.

## ÍNDICE

RESUMEN / PALABRAS CLAVE.....	2
INTRODUCCIÓN.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	10
DESARROLLO DEL TEMA.....	11
CONCLUSIONES E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA.....	21
BIBLIOGRAFÍA.....	22
ANEXOS.....	25

## INTRODUCCIÓN

Para analizar el tipo de intervenciones de enfermería en la prevención de la insuficiencia cardiaca es necesario hacer una breve introducción sobre la definición, la clasificación, el diagnóstico, los factores de riesgo y el tratamiento de dicha enfermedad.

La insuficiencia cardiaca (IC) es la situación en la cual el corazón es incapaz de bombear la cantidad de sangre necesaria al resto del organismo. Constituye una de las afectaciones cardiacas más frecuentes, precedida la mayoría de las ocasiones por una cardiopatía.

Existen diferentes tipos de insuficiencia cardiaca dependiendo del lado afectado, es decir, derecha o izquierda siendo esta última la más frecuente. En algunos casos muy avanzados, se presenta un fallo de ambos lados denominándose insuficiencia cardiaca congestiva.

Según *New York Heart Association* (17), clasifica la IC funcionalmente:

- Clase I: no hay limitaciones para la actividad física habitual.
- Clase II: hay una limitación moderada, debido a que aparecen algunos síntomas con una actividad física normal.
- Clase III: limitación notable de la actividad física, ya que aparecen los síntomas con escasa actividad.
- Clase IV: en reposo ya aparecen síntomas, y por lo tanto, con cualquier actividad se agravan.

Respecto a la etiología de la insuficiencia cardiaca, las causas se pueden agrupar en varios grupos:

- Causas predisponentes. Los factores de riesgo pueden dar lugar a la aparición de la IC en un futuro. Algunos de estos factores más frecuentes son la hipertensión arterial, hipercolesterolemia, intolerancia a la glucosa, tabaquismo, obesidad... Todas estas causas dan lugar a fallos en el funcionamiento del corazón como: arritmias, hipertrofia de ventrículo izquierdo, infarto de miocardio, entre otras.
- Alteraciones estructurales y funcionales del corazón.

- Sobrecarga de presión. Con la hipertensión arterial el corazón realiza un gran esfuerzo en la salida de sangre debido a la gran resistencia.
  - Sobrecarga de volumen. Este es el caso de las valvulopatías, en las que el corazón tiene que bombear gran cantidad de sangre.
  - Lesiones del músculo cardíaco como en el Infarto Agudo de Miocardio.
  - Entre otras alteraciones estarían el déficit de llenado ventricular y alteraciones del ritmo cardíaco.
- Causas desencadenantes o agravantes de la IC. Este grupo se agrupa a cualquier causa que produzca el aumento del trabajo del corazón como ejercicio físico, arritmias, anemia, fiebre, frío...

En cuanto a los síntomas de la IC se puede decir que la disnea es el que predomina, y entre otros síntomas están:

- Tos irritativa
- Debilidad muscular
- Plenitud post-prandial
- Hepatomegalia, hepatalgía
- Oliguria, nicturia
- Sudoración

Según el estudio Framingham (5), el diagnóstico de la IC se realiza a partir de una serie de criterios (Tabla 1). Para establecer dicho diagnóstico, es necesaria como mínimo la presencia de 2 criterios mayores o de 1 criterio mayor y 2 menores.

**Tabla 1: Criterios de Framingham para el diagnóstico de IC (5).**

Criterios mayores	Criterios menores
Disnea paroxística nocturna	Edema bilateral
Ortopnea	Tos nocturna
Elevación de la presión yugular	Disnea con mínimos esfuerzos
Crepitantes	Hepatomegalia
Galope por S3	Derrame pleural
Cardiomegalia	Taquicardia (> 120 rpm)
Edema pulmonar en la Rx de tórax	

Pérdida de 4.5kg con el tratamiento para la IC

Además de los criterios de Framingham, existen otras escalas de medición del riesgo cardiovascular a largo plazo como la tabla SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) y el estudio REGICOR (Registre Gironi del COR).

Por otro lado, el tratamiento de la IC es tanto farmacológico como higiénico-dietético y, a veces, con tratamiento quirúrgico.

- Tratamiento farmacológico

La administración de estos fármacos tiene como objetivo controlar los síntomas y evitar una agravación de la enfermedad. Algunos de estos fármacos son.

- Diuréticos para conseguir una disminución de los edemas y de la sobrecarga de líquido. Entre éstos están los inhibidores de la aldosterona, diuréticos de asa, tiazidas.

Entre todos los efectos secundarios de los diuréticos, el más frecuente es el desequilibrio electrolítico, sobre todo la hipopotasemia.

- Inotrópicos para aumentar la contractibilidad de los músculos del corazón. Los más importantes son:
  - Digitálicos como la digoxina. La aparición de la intoxicación por digitálicos es muy frecuente porque el rango entre la dosis adecuada para el tratamiento y la dosis tóxica es muy estrecho. Los principales síntomas son náuseas, vómitos, anorexia.
  - Aminas simpaticomiméticas como dopamina, dobutamina, son exclusivas de uso hospitalario porque su administración es intravenosa. Para evitar efectos secundarios que afecten a la hemodinámica del paciente, hay que mantener al paciente en monitorización continua.
  - Vasodilatadores como nitratos, hidralazina. En cuadros agudos la administración es intravenosa y con un control hemodinámico, y posteriormente, se pasará a tratamiento oral. Los efectos

secundarios más frecuentes son hipotensión, taquicardia, retención de líquidos.

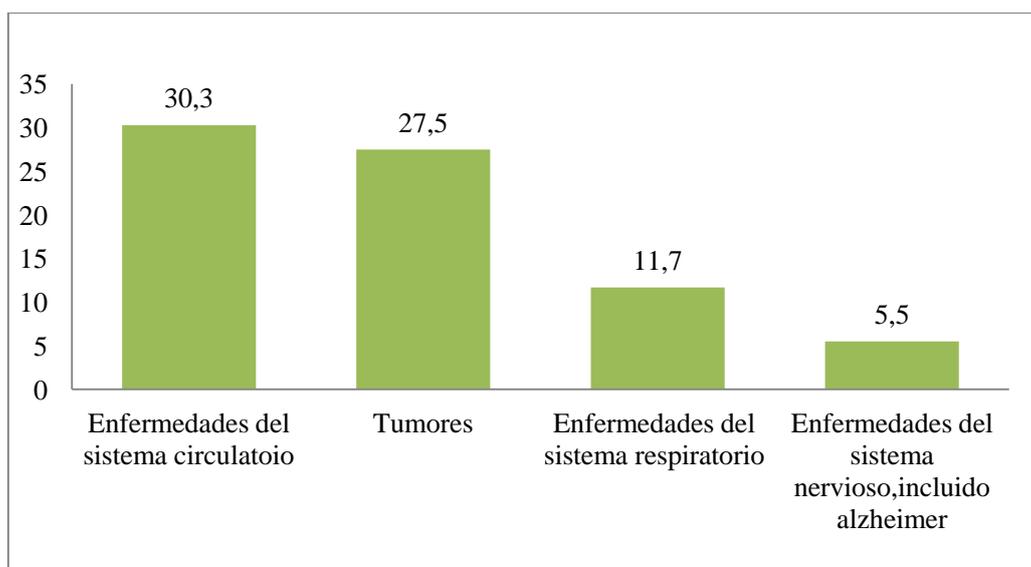
- Inhibidores IECA, estarían dentro del grupo de los vasodilatadores. Algunos ejemplos son: enalapril, captopril. Mejoran los síntomas y aumentan la tolerancia al ejercicio físico.
  - Otros fármacos utilizados son los anticoagulantes, antiagregantes, estatinas...
- Tratamiento higiénico-dietético.
    - Evitar hábitos tóxicos como alcohol y tabaco.
    - Seguir el tratamiento farmacológico prescrito, es decir, buena adherencia terapéutica.
    - Recomendaciones en la dieta, dependiendo de las patologías base del individuo se recomendará un tipo de dieta diferente como hiposódica, hipocalórica...
    - Control de peso.
    - Controlar la ingesta de líquidos.
    - Control de diuresis.
    - Acudir a las revisiones médicas.
    - Ejercicio físico moderado como caminar durante media hora 4-5 veces por semana, adaptado a cada paciente.

## JUSTIFICACIÓN

El tema de la prevención de la insuficiencia cardiaca tiene gran relevancia en la actualidad, ya que es una de las enfermedades más frecuentes en los países desarrollados y en continuo crecimiento.

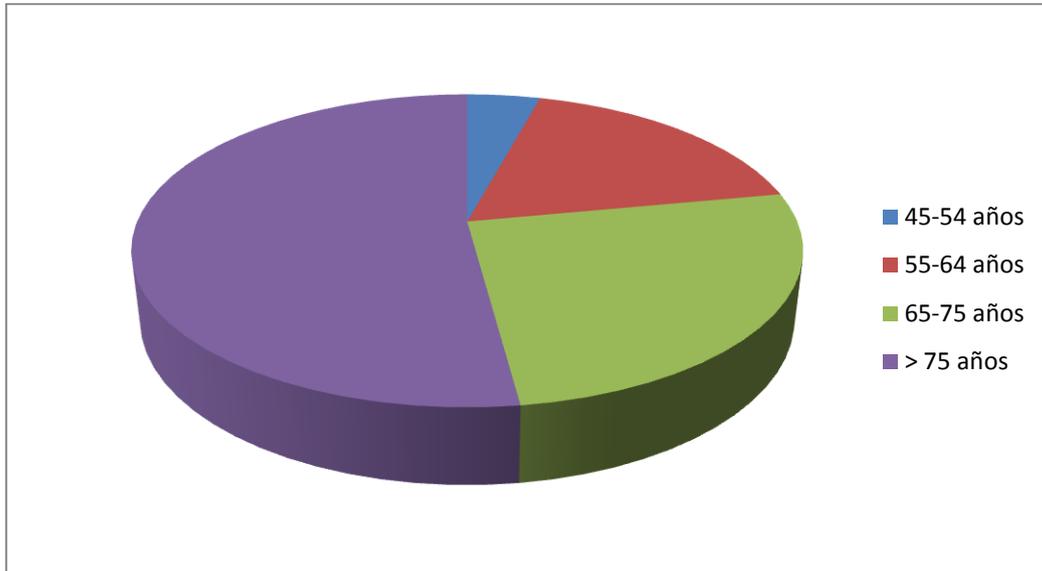
En los países desarrollados la IC es la primera causa de hospitalización en las personas mayores de 65 años. Se estima que la IC dedica el 2% del gasto sanitario total. Además, las enfermedades circulatorias son unas de las principales causas de muerte tanto en España como en el resto de los países desarrollados

**Figura 1. Porcentaje de defunciones en España en el 2014 por grupos de enfermedades (9).**



Existen varios estudios para evaluar la prevalencia de la IC en los países desarrollados, entre los más conocidos están el estudio PRICE y el estudio EPISERVE. Respecto al primero, indica la prevalencia de la IC por grupos de edades siendo un 1.3% las personas entre 45-54 años, un 5.5% las personas entre 55-64 años, un 8% en personas entre 65-74 años, y por último, un 16.1% en personas mayores de 75 años.

**Figura 2. Estudio PRICE: prevalencia de IC por grupos de edades (1).**



En cuanto al estudio EPISERVE, la finalidad de dicho estudio es identificar la sintomatología y el seguimiento de las guías clínicas a la hora del diagnóstico y tratamiento en diferentes sectores de atención como Atención Primaria, Cardiología y Medicina Interna.

## **OBJETIVOS**

- Principal

Determinar una guía de intervenciones de enfermería para la prevención de insuficiencia cardíaca en personas mayores o iguales de 60 años en Atención Primaria.

- Específicos

- Identificar los factores de riesgo de la insuficiencia cardíaca para su prevención en Atención Primaria.
- Identificar el riesgo de insuficiencia cardíaca en personas mayores o iguales de 60 años en Atención Primaria.
- Fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico e higiénico-dietético de la insuficiencia cardíaca en personas mayores o iguales de 60 años en Atención Primaria.

## **DESARROLLO DEL TEMA**

Las intervenciones de enfermería para la prevención de la IC están dirigidas a los pacientes con factores de riesgo en su Centro de Salud de Atención Primaria. Los responsables de la aplicación de dichas intervenciones es el personal de enfermería.

Los pacientes beneficiarios de este programa de prevención de IC son aquellas personas mayores de 60 años inclusive que tengan al menos 2 de los siguientes criterios de inclusión. Estos criterios están basados en los factores de riesgo de la IC.

- DM
- HTA
- Obesidad
- Hipertrofia de ventrículo izquierdo
- Taquicardia
- Infarto de miocardio

Aquellas personas mayores de 60 años y que no presenten los criterios de inclusión, se les aplicará las intervenciones específicas para la prevención de los factores de riesgo como control de tensión arterial, peso y análisis de sangre, según protocolo.

La **intervención de enfermería** se divide en varias partes:

- 1) Anamnesis, se realizará una entrevista previa a los pacientes, en la que se incluyen:
  - Antecedentes personales y familiares
  - Dieta
  - Tratamiento farmacológico: cumplimiento y conocimiento de la medicación.
  - Hábitos tóxicos como alcohol y tabaco.
  - Ejercicio
  
- 2) Exploración:
  - TAS/TAD. Se controlarán como mínimo cada 3 meses en caso de un diagnóstico de HTA previo. Los valores límites se encuentran en 140/90 mmHg.
  - FC. Los valores normales oscilan entre 60-100 latidos por minuto.

- Peso. Sí el paciente tiene un normopeso acorde con su talla, se pesará cada 3 meses.
- Talla.
- IMC (Índice de Masa Corporal): peso (kg) / talla<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>). Se mantendrá un IMC 18.5 a 30, a partir de 30 se considera obesidad.
- Valoración de edemas.
- Control de diuresis: cantidad aproximada al día, color de la orina....

### 3) Educación para la salud.

- Ejercicio. Se recomienda 40 minutos de ejercicio moderado, siempre adaptando el ejercicio a cada persona como parapléjicos, personas que necesitan ayuda para deambular...
- Dieta. Se recomienda una dieta equilibrada y variada. En función de la situación de cada paciente se recomiendan diferentes tipos de dieta como por ejemplo dieta hipocalórica (obesidad), hiposódica (hipertensión arterial), baja en hidratos de carbono (diabetes mellitus).  
Hay que insistir en la ingesta de líquidos, recomendando que la ingesta mínima se encuentre entre 1.5-2 litros de agua.
- Hábitos tóxicos. Sí el consumo de tóxicos es positivo, se recomienda el abandono.
- Adherencia terapéutica. Se pasará un test de adherencia terapéutica para comprobarlo.

El plan de cuidados de enfermería para estos pacientes se aplicará utilizando la taxonomía enfermera con los diagnósticos enfermeros NANDA, los resultados (NOC) y las intervenciones (NIC).

#### **a. 00078 Gestión ineficaz de la propia salud r/c:**

- Complejidad del régimen terapéutico.
- Déficit de conocimientos.
- Déficit de soporte social.
- Dificultades económicas.

Características definitorias

- Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria.
- En su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud.
- Expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos.

**Tabla 2: NOC y NIC interrelacionados con diagnóstico NANDA: gestión ineficaz de la propia salud.**

NOC	NIC
Autocontrol: enfermedad crónica Control de síntomas Autocontrol: Diabetes Mellitus, HTA, enfermedad cardiaca	Enseñanza: proceso de enfermedad

**b. 00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud.**

Características definitorias

- Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos (prevención y/o tratamiento).
- Manifiesta deseo de manejar la enfermedad.
- Expresa tener mínimas dificultades con los tratamientos prescritos.

**Tabla 3: NOC y NIC interrelacionados con diagnóstico NANDA: disposición para mejorar la gestión de la propia salud.**

NOC	NIC
Autocontrol: DM, HTA, enfermedad cardiaca. Conducta de cumplimiento: actividad, dieta, medicación prescrita. Conducta de fomento de la salud. Conocimiento: enfermedad	Manejo de la salud Enseñanza: proceso de la enfermedad

cardiaca, HTA, DM...

- c. **00099 Mantenimiento ineficaz de la salud r/c** afrontamiento individual ineficaz.

Características definitorias

- Incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las prácticas básicas de salud.
- Falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud.

**Tabla 4: NOC y NIC interrelacionados con diagnóstico NANDA: mantenimiento ineficaz de la salud.**

NOC	NIC
Autogestión de los cuidados	Facilitar la autorresponsabilidad
Conducta de búsqueda de la salud	Enseñanza: proceso de enfermedad
Conocimiento: régimen terapéutico	Apoyo en toma de decisiones
Conocimiento: fomento de la salud	Educación sanitaria
Detección del riesgo	Enseñanza: procedimiento/tratamiento
Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	Identificación de riesgos

- d. **00163 Disposición para mejorar la nutrición.**

Características definitorias

- Consumo de líquidos adecuado.
- Consumo de alimentos adecuado.
- Expresa deseo de mejorar la nutrición.

**Tabla 5: NOC y NIC interrelacionados con diagnóstico NANDA: disposición para mejorar la nutrición.**

NOC	NIC
Conocimiento: dieta	Enseñanza: dieta prescrita
Estado nutricional	Asesoramiento nutricional
Estado nutricional: ingestión de nutrientes	Manejo de la nutrición

- e. 00001 Desequilibrio nutricional por ingesta superior a las necesidades r/c** aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.

Características definitorias

- Estilo de vida sedentario.
- Patrón de alimentación disfuncional.

**Tabla 6: NOC y NIC interrelacionados con diagnóstico NANDA: desequilibrio nutricional por ingesta superior a las necesidades.**

NOC	NIC
Control del peso	Ayuda para disminuir el peso
Estado nutricional	Modificación de la conducta
	Manejo de la nutrición

- f. 00029 Disminución del gasto cardiaco r/c** alteración de la frecuencia cardiaca, ritmo cardiaco, poscarga.

Características definitorias

- Cambios en ECG
- Taquicardia
- Edemas
- Aumento de peso

**Tabla 7: NOC y NIC interrelacionados con diagnóstico NANDA: disminución del gasto cardiaco.**

NOC	NIC
Estado circulatorio	Enseñanza: proceso de la enfermedad.
Autocontrol: enfermedad cardiaca	Enseñanza: medicación prescrita.
Conocimiento: control de la enfermedad cardiaca.	

**g. 00126 Conocimientos deficientes r/c limitación cognitiva.**

Características definatorias

- Seguimiento inexacto de las instrucciones.
- Realización inadecuada de las pruebas.

**Tabla 8: NOC y NIC interrelacionados con diagnóstico NANDA: conocimientos deficientes.**

NOC	NIC
Conocimiento: actividad prescrita	Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito
Conocimiento: conducta sanitaria	Educación sanitaria
Conocimiento: control de la diabetes	Enseñanza: dieta prescrita
Conocimiento: cuidados en la enfermedad	Enseñanza: medicación prescrita
Conocimiento: dieta	Enseñanza: proceso de enfermedad
Conocimiento: fomento de la salud	Enseñanza: procedimiento / tratamiento
Conocimiento: medicación	Enseñanza: individual
Conocimiento: régimen terapéutico	
Conocimiento de la enfermedad cardiaca	

**h. 00161 Disposición para mejorar los conocimientos.**

Características definitorias

- Expresa interés en el aprendizaje.
- Explica su conocimiento del tema.

**Tabla 9: NOC y NIC interrelacionados con diagnóstico NANDA: disposición para mejorar los conocimientos.**

NOC	NIC
Conocimiento: conducta sanitaria	Educación para la salud
Conocimiento: fomento de la salud	Facilitar el aprendizaje
Conocimiento: recursos sanitarios	Potenciación de la disposición de aprendizaje
	Guías del sistema sanitario

**i. 00158 Disposición para mejorar el afrontamiento.**

Características definitorias

- Define los agentes estresantes como manejables.
- Busca el conocimiento de nuevas estrategias.
- Busca apoyo social.

**Tabla 10: NOC y NIC interrelacionados con diagnóstico NANDA: disposición para mejorar el afrontamiento.**

NOC	NIC
Aceptación: estado de salud	Aumentar el afrontamiento
Afrontamiento de problemas	Aumentar los sistemas de apoyo
Bienestar personal	Enseñanza: proceso de enfermedad
Nivel de estrés	Fomentar la resistencia
	Potenciación de la conciencia de sí mismo
	Disminución de la ansiedad

**j. 00069 Afrontamiento ineficaz r/c:**

- Trastorno en el patrón de apreciación de las amenazas.
- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.
- Recursos disponibles inadecuados.
- Crisis situacionales.

Características definatorias

- Problemas de salud frecuentes.
- Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas.
- Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa.

**Tabla 11: NOC y NIC interrelacionados con diagnóstico NANDA: afrontamiento ineficaz.**

NOC	NIC
Aceptación: estado de salud	Aumentar el afrontamiento
Afrontamiento de problemas	Apoyo emocional
Toma de decisiones	Apoyo en la toma de decisiones
Modificación psicosocial: cambio de vida	Asesoramiento
	Guía de anticipación

**k. 00168 Estilo de vida sedentario r/c**

- Conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico.
- Falta de interés y motivación.
- Falta de recursos (tiempo, compañía...)

Características definatorias

- Elige una rutina diaria con falta de ejercicio físico.
- Demuestra falta de condición física.

**Tabla 12: NOC y NIC interrelacionados con diagnóstico NANDA: estilo de vida sedentario.**

NOC	NIC
Forma física	Enseñanza: actividad / ejercicio
Resistencia	prescrito
Tolerancia de la actividad	Terapia de actividad
	Fomento del ejercicio
	Establecimiento de objetivos comunes

**1. 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c :**

- Factores mecánicos (fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones...)
- Humedad.
- Cambios en el estado de los líquidos.
- Desequilibrio nutricional.
- Deterioro de la circulación.

Características definatorias

- Alteración de la superficie de la piel.
- Destrucción de las capas de la piel.

**Tabla 13: NOC y NIC interrelacionados con diagnóstico NANDA: riesgo de deterioro de la integridad cutánea.**

NOC	NIC
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Manejo de las presiones
	Vigilancia de la piel

**m. 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c :**

- Medicación
- Enfermedad

**Tabla 14: NOC y NIC interrelacionados con diagnóstico NANDA: Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.**

<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
Equilibrio electrolítico y ácido base Equilibrio hídrico Hidratación	Manejo de líquidos / electrolitos

## **CONCLUSIONES E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA**

La prevención de los factores de riesgo supone la prevención o el retraso en la aparición de la insuficiencia cardíaca. De esta forma, la detección precoz de dichos factores de riesgo es esencial en la prevención de la enfermedad.

En dicha prevención es muy importante la adherencia terapéutica tanto farmacológica como higiénico – dietética. Por eso hay que realizar una buena educación para la salud, insistiendo en una dieta cardiosaludable, una pauta de ejercicio físico moderado y evitar los hábitos tóxicos.

Sí se demostrara la evidencia de estas intervenciones de enfermería, se podría incorporar como una guía asistencial. Puesto que tras una revisión bibliográfica, no he encontrado ningún protocolo o plan de cuidados específico para la prevención de la insuficiencia cardíaca.

Con la implantación de esta intervención enfermera en el programa de Salud se podrían evitar múltiples interconsultas con el médico especialista. Como consecuencia, se disminuye la lista de espera de diferentes procesos de diagnóstico y tratamiento; y se evitan numerosos ingresos hospitalarios. Todo ello conlleva una disminución del gasto sanitario.

La implicación del personal de enfermería es fundamental en el diagnóstico precoz de los factores de riesgo de la insuficiencia cardíaca y en la educación para la salud con el fin de evitar el desarrollo de la enfermedad, o bien, disminuir sus complicaciones.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Anguita Sánchez M, Crespo Leiro M, De Teresa Galván E. Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2008 [Consulta el 10 de febrero del 2015]; 61(10):1041-9. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-insuficiencia-cardiaca-poblacion-general/articulo/13126044/>
2. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P. Situación epidemiológica de la insuficiencia cardiaca en España. Rev Esp Cardiol Supl. [Internet]. 2006 [Consulta el 12 de mayo del 2015]; 6: 4C-9C. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/content/articulo/13092028/>
3. Bulechek G M, Butcher H K, McCloskey Dochterman Joanne. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier D.L; 2008.
4. Caja López C. Enfermería comunitaria III. Atención primaria. Vol 24. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2004.
5. Echazarreta F D. Abordaje diagnóstico de la insuficiencia cardiaca. Insuficiencia cardiaca. [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2008 [consulta el 6 de abril de 2015]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-38622008000400006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622008000400006&lng=es&nrm=iso)
6. Gonzalez-Juanatey JR, Alegría Ezquerria E, Bertoméu Martínez V. Insuficiencia cardiaca en consultas ambulatorias: comorbilidades y actuaciones diagnóstico-terapéuticas por diferentes especialistas. Estudio EPISERVE. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2008 [Consulta el 24 de marzo del 2015]; 61(6):611-9. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/insuficiencia-cardiaca-consultas-ambulatorias-comorbilidades/articulo/13123067/>
7. Graham I, Atar Dan, Borch-Johnsen K. Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2008 [Consulta el 3 de febrero del 2015]; 61(1):e1-e49. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/content/articulo/13114961/>
8. Herdman T H. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier D.L; 2012.
9. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. España: 2015 [Consulta el 13 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/>

10. Johnson M. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Vol 5. 2ª ed. Madrid: Elsevier D.L; 2007.
11. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2008 [Consulta el día 15 de mayo del 2015]; 82: 581-616. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2780443>
12. López Moyano MG, Rus Mansilla C, Martínez Quesada MM. Aplicación de un plan de cuidados de enfermería en un programa de insuficiencia cardiaca. Enferm Cardiol [Internet]. 2007 [Consulta el 4 de febrero del 2015]; 14(41): 25-32. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/res4102.htm>
13. Mazón-Ramos P. Riesgo cardiovascular en el siglo XXI. Cómo detectarlo en prevención primaria. Cómo controlarlo en prevención secundaria. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2012 [Consulta el 2 de febrero del 2015]; 65(Supl 2):3-9. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/riesgo-cardiovascular-el-siglo-xxi-/articulo/90151725/>
14. MedlinePlus [Internet] Rockville Pike, Bethesda; 2015. [Consulta el 6 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/>
15. Moorhead Sue. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Madrid: Elsevier D.L; 2004.
16. Mosquera J. Prevención y detección precoz de la insuficiencia cardiaca. C&AP [Internet]. 2006 [Consulta el 2 de febrero del 2015]; 2:81-87. Disponible en: [http://edicionesmedicas.com/ca/system/files/documentos/p81-87\\_Prevencion.pdf](http://edicionesmedicas.com/ca/system/files/documentos/p81-87_Prevencion.pdf)
17. NewYorkHeartAssociation [Internet]. Dallas:AmericanHeartAssociation;1994[consulta el 3 de marzo de 2015].Disponible a: [http://my.americanheart.org/professional/StatementsGuidelines/ByPublicationDate/PreviousYears/Classification-of-Functional-Capacity-and-Objective-Assessment\\_UCM\\_423811\\_Article.jsp](http://my.americanheart.org/professional/StatementsGuidelines/ByPublicationDate/PreviousYears/Classification-of-Functional-Capacity-and-Objective-Assessment_UCM_423811_Article.jsp)
18. Nogués Solán X, Sorli Redó ML, Villar García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An Med Interna. [Internet] 2007 [Consulta el 9 de mayo del 2015]; 24 (3): 138-141. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n3/revision1.pdf>

19. Oto Cavero I, Arqué Blanco m, Barrachina Bellés L. Enfermería médico-quirúrgica: necesidad de oxigenación. Vol 12. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2004.
20. Ranejas JR, Rodriguez-Artalejo F. Insuficiencia cardiaca e instrumentos para medir la calidad de vida. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2008 [Consulta el 2 de febrero del 2015]; 61(3):233-5. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/insuficiencia-cardiaca-e-instrumentos-medir/articulo/13116649/>
21. Sans S, Fitzgerald P A, Royo D. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2007 [Consulta el 8 de mayo del 2015]; 60(5):476-85. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/calibracion-tabla-score-riesgo-cardiovascular/articulo/13106180/>
22. Sayago-Silva I, García- López F, Segovia-Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2013 [Consulta el 6 de abril del 2015]; 66(8):649-656. Disponible en <http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-insuficiencia-cardiaca-espana-los/articulo/90210675/>

## ANEXOS

### 1. ANAMNESIS EN LA PRIMERA ENTREVISTA

En la primera visita a la consulta, a los pacientes se les preguntará sobre los antecedentes y aspectos de su vida diaria.

- Antecedentes familiares sobretodo relacionados con los factores de riesgo cardiovascular.
- Antecedentes personales relacionados con factores de riesgo cardiovascular.
- Dieta
  - o Cuantas comidas realiza al día.
  - o Es una dieta variada y equilibrada.
- Ejercicio
  - o Practica algún deporte.
  - o A la semana, cuánto ejercicio hace y de qué tipo (andar, correr, bicicleta...)
- Hábitos tóxicos
  - o Usted fuma: nº de cigarrillos al día y hora del primer cigarrillo.
  - o Cantidad de alcohol ingerida a lo largo de la semana.
- Tratamiento farmacológico
  - o Que medicación toma y para qué sirve.
  - o Test de adherencia terapéutica.
  - o Posibles efectos secundarios.

## 2. CUESTIONARIOS DE ADHERENCIA TERAPEUTICA

Los test de adherencia terapéutica se realizan en la primera consulta. Además se comprobará con los pacientes la medicación que tomen incluyendo nombre, dosis y para qué sirve cada uno.

- Cuestionario de autocumplimiento
  - ¿Tiene alguna dificultad para tomar las pastillas?
  - ¿Cuántas pastillas ha olvidado en el último mes?
- Cuestionario de *Monsky-Green*
  - ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?
  - ¿Toma la medicación a la hora indicada?
  - Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?
  - Sí alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?

### 3. TABLA SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)

Esta tabla sirve para medir la predicción de la muerte por riesgo cardiovascular en 10 años. Los factores que influyen son la edad, sexo, presión arterial sistólica, colesterol total y tabaquismo actual. Esta tabla es una de las más utilizadas en Atención Primaria.

**Figura 3: Tabla Score. Predicción de muerte por riesgo cardiovascular en 10 años (21).**

