



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2019-2020
Trabajo de Fin de Grado

**PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES DESDE
ATENCIÓN PRIMARIA**

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Alumna: Nuria García Riesco
Tutora: M^a Victoria Mediavilla Sesmero

RESUMEN:

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte tanto a nivel mundial como estatal debido a la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, por ello, su prevención forma parte de los objetivos de salud pública no solo en España, sino también a nivel mundial. La realización de actividades preventivas y detección temprana del mayor número de factores de riesgo desde niños, evitaría numerosas muertes al año y disminuirían la frecuencia de hospitalización de quienes las padecen.

En el ámbito de enfermería, y en la consulta de atención primaria en particular, se desarrolla un papel esencial en la prevención de las enfermedades cardiovasculares mediante el rol educativo, además de proporcionar motivación y fomentar el autocuidado en el paciente. Esta tarea consiste en elaborar medidas y técnicas que eviten la aparición de la enfermedad mediante acciones que se anticipen a situaciones no deseadas, con el fin de promocionar el bienestar y reducir el riesgo cardiovascular.

La realización de esta revisión bibliográfica tiene como fin dar a conocer los diferentes factores de riesgo cardiovascular, para poder llegar a una prevención correcta desde la consulta de enfermería de atención primaria.

Palabras clave:

Prevención, factores de riesgo, enfermedad cardiovascular, atención primaria.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the main cause of death both globally and state-wide due to the high prevalence of cardiovascular risk factors, therefore, their prevention is part of the public health objective in Spain, and also worldwide. Carrying out preventive activities and early detection of the greatest number of risk factors since kids would prevent numerous deaths per year and it would reduce the frequency of hospitalization of those who suffer from them.

In nursing, and in primary care consultation in particular, an essential role is played in the prevention of cardiovascular diseases through the educational role, in addition to providing motivation and encouraging self-care to patients. This task consists of developing measures and techniques that prevent the appearance of the disease through actions that anticipate undesired situations, in order to promote well-being and reduce cardiovascular risk.

The purpose of this bibliographic review is to make known the different cardiovascular risk factors in order to arrive at a correct prevention from the primary care nursing consultation.

Keywords:

Prevention, risk factors, cardiovascular disease, primary care.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	1
1.1. Factores de riesgo cardiovascular.....	1
1.2. Enfermedad isquémica del corazón.....	2
1.3. Enfermedades cerebrovasculares.....	2
1.4. Enfermedad hipertensiva.....	3
2. OBJETIVOS	4
2.1. Generales.....	4
2.2. Específicos.....	4
3. METODOLOGÍA	5
4. RESULTADOS	8
4.1. Dieta, sedentarismo y obesidad.....	10
4.2. Tabaquismo.....	11
4.3. Estrés.....	13
4.4. Hipertensión arterial.....	13
4.5. Dislipemia.....	15
4.6. Diabetes mellitus.....	16
4.8. Tablas de cálculo de riesgo SCORE.....	18
4.9. Índice tobillo-brazo.....	19
5. DISCUSIÓN	21
5.1. Limitaciones.....	21
5.2. Fortalezas.....	21
6. CONCLUSIONES	22
7. BIBLIOGRAFÍA	23
8. ANEXOS	26
8.1. Anexo I: Diagrama de flujo para la selección de los artículos.....	26
8.2. Anexo II: Pirámide de la dieta mediterránea.....	27
8.3. Anexo III: Tipos de grasas.....	28
8.4. Anexo IV: Ejemplo de tabla SCORE. Riesgo a 10 años de ECV.....	31
8.5. Anexo V: Valoración y tratamiento del RCV. Guía clínica basada en la evidencia.....	32
8.6. Anexo VI: Cartera de Servicios de Atención Primaria. Valoración de los FRCV.....	37

GLOSARIO DE SIGLAS:

- **AP:** Atención Primaria.
- **DeCS:** Descriptores en Ciencias de la Salud.
- **DM:** Diabetes Mellitus.
- **EC:** Enfermedad Coronaria.
- **ECNT:** Enfermedad Crónica No Transmisible.
- **ECV:** Enfermedad Cardiovascular.
- **EVC:** Enfermedad Vascul ar Cerebral.
- **FRCV:** Factores de Riesgo Cardiovascular.
- **HTA:** Hipertensión Arterial.
- **IAM:** Infarto Agudo de Miocardio.
- **MeSH:** Medical Subject Headings.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **RCV:** Riesgo Cardiovascular.
- **ITB:** Índice Tobillo-Brazo.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades cardiovasculares (ECV) son “un grupo de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos”¹, consideradas la primera causa de muerte tanto en España como a nivel mundial, por ello, su prevención forma parte de los objetivos de salud pública en todo el mundo. En 2016, estas patologías fueron las causantes de 119.778 muertes, lo que supone el 29% del total de muertes en España².

El riesgo de fallecimiento a causa de una ECV, en nuestro país, está disminuyendo desde mediados de la década de 1970, debido al descenso de la mortalidad cerebrovascular, y si lo comparamos con el ámbito internacional, en la actualidad las tasas de mortalidad por edad de España para el conjunto de las ECV, son más bajas que en otros países occidentales².

En cuanto a las causas de mortalidad por ECV, el primer lugar lo ocupa la enfermedad isquémica del corazón, siguiéndole la enfermedad cerebrovascular y en tercer lugar la hipertensión arterial³.

La prevalencia por edad de estas enfermedades constituye un porcentaje muy alto de muertes en personas de más de 45 años, en cuanto al sexo la mortalidad es más elevada en los varones entre 35 y 74 años, mientras que en los mayores de 75 el número de muertes es mayor en las mujeres³.

1.1. Factores de riesgo cardiovascular.

Un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) es una característica biológica o un hábito o estilo de vida que aumenta la probabilidad de padecer o de morir a causa de una ECV. La ausencia de los factores de riesgo no excluye la posibilidad de desarrollar una ECV en el futuro, y la presencia de ellos tampoco implica necesariamente su aparición⁴.

Se clasifican en modificables como son la dieta, el sedentarismo, el tabaquismo, y el estrés; y no modificables como la edad, el sexo y la herencia genética. La obesidad, la hipertensión arterial, las dislipemias y la diabetes son enfermedades asociadas, las cuales incrementan el riesgo de padecer una ECV, pudiendo evitarse llevando un estilo de vida saludable e introduciendo cambios en los factores de riesgo modificables, teniendo en cuenta que estos están muy relacionados entre sí, se potencian mutuamente y suelen presentarse asociados unos con otros⁵.

1.2. Enfermedad isquémica del corazón

La enfermedad isquémica del corazón constituye la segunda causa de muerte prematura, dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), representando el 26% de estas muertes, de las cuales el 36% se producen antes de los 70 años².

El infarto agudo de miocardio (IAM) es la causa más común de estas enfermedades isquémicas, siendo poco frecuentes los ingresos hospitalarios por IAM en varones menores de 25 o en mujeres menores de 35, posterior a estas edades la tasa de ingresos hospitalarios aumenta con la edad y la gran mayoría corresponden a personas de más de 45 años, tan solo un 2,2% de los casos ocurre entre los 20 y 44 años².

Según un estudio realizado en Costa Rica respecto a la mortalidad por IAM, se registraron en el año 2012 un total de 1.586 muertes, de las cuales el 62,42% corresponde al sexo masculino, siendo descendiente la tendencia de la mortalidad entre el año 2000 y 2012, y correspondiendo casi el 93% de las muertes a individuos mayores de 50 años².

1.3. Enfermedades cerebrovasculares

La mortalidad causada por enfermedades vasculares cerebrales (EVC) se incrementan a partir de los 40 años y no se encuentran diferencias entre sexos. En los últimos años, las tasas de mortalidad por EVC han mostrado una tendencia al

ascenso, constituyendo el 9% de las muertes prematuras debidas a ECNT, siendo en parte por el envejecimiento de la población, en menores de 70 años se ha mantenido bastante constante, queriéndose conseguir que en este grupo comience a descender².

La enfermedad cerebrovascular es la primera causa de discapacidad adquirida en la vida adulta, por lo que su prevención es de vital importancia, elaborando estrategias terapéuticas y socio-sanitarias⁶.

1.4. Enfermedad hipertensiva

Las ECV representan alrededor del 8% del total de causas de consulta y entre ellas la hipertensión arterial (HTA) ocupa el primer lugar. En individuos menores de 40 años las defunciones son muy escasas, pero a partir de esta edad se empiezan a elevar de forma exponencial, produciéndose al año entre 600 y 700 ingresos hospitalarios por esta patología, la cual contribuye como factor de riesgo importante en la EVC y el IAM².

La justificación de esta revisión está orientada a la prevención primaria de las ECV desde el punto de vista de enfermería, y de forma específica enfocada hacia la atención primaria (AP), pretendiendo concentrar los conocimientos y aptitudes necesarios sobre los cuidados enfermeros integrales, utilizando una correcta práctica clínica mediante medidas dirigidas a controlar los FRCV instaurados en los diferentes pacientes, obteniendo así una disminución de la prevalencia de dichas enfermedades.

2. OBJETIVOS

2.1. Generales

- Definir el rol de la enfermera de atención primaria en la prevención de las enfermedades cardiovasculares.
- Identificar los diferentes factores de riesgo cardiovascular.

2.2. Específicos

- Analizar las intervenciones de enfermería sobre los diferentes tipos de factores de riesgo cardiovascular.
- Fomentar en el paciente unos hábitos de vida saludables.
- Manejar consejos dietéticos y de ejercicio orientados a la prevención de enfermedades cardiovasculares.
- Conocer los riesgos cardiovasculares relacionados con el hábito tabáquico, la obesidad y el sedentarismo.

3. METODOLOGÍA

Este estudio es una revisión bibliográfica, en cuya elaboración se revisaron diferentes artículos de investigación para conocer la evidencia actual respecto al tema planteado, y constatar la importancia de la prevención de las enfermedades cardiovasculares desde AP, actuando sobre los distintos factores de riesgo asociados.

En la realización de esta búsqueda se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y sus equivalentes en inglés, los Medical Subject Headings (MeSH), utilizando el operador booleano AND.

Tabla 1: DeCS y MeSH utilizados para realizar la búsqueda bibliográfica

DeCS	MeSH
Prevención	<i>Prevention</i>
Factores de riesgo	<i>Risk factors</i>
Enfermedad cardiovascular	<i>Cardiovascular disease</i>
Atención primaria	<i>Primary care</i>

Para el desarrollo de esta revisión bibliográfica, la búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos:

- Pubmed.
- Dialnet plus.
- Cochrane plus.
- Scielo.
- Cinahl.
- Public Health Database.
- Medline.
- Google Académico.
- Elsevier.
- BUVa.

Además de otras páginas web como la de la Organización Mundial de la Salud, la Revista Española de Cardiología, el Ministerio de Sanidad y la Fundación Española del Corazón y el Portal de Salud del Sacyl.

Para la realización de la búsqueda bibliográfica se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Temporalidad: últimos 10 años.
- Idioma: español.
- Publicaciones referentes a la especie humana.
- Texto completo y de acceso gratuito.

Y también se fijaron los siguientes criterios de exclusión:

- Temporalidad: superior a 10 años.
- Idioma: diferente al español.
- Publicaciones referentes a otras especies.
- Texto incompleto o con acceso de pago.

Las referencias encontradas utilizando los descriptores mencionadas anteriormente son las recogidas en la siguiente tabla:

Tabla 2: Artículos seleccionados en las diferentes bases de datos.

	RESULTADOS	DEFINITIVOS
PUBMED	24	2
DIALNET PLUS	27	3
COCHRANE PLUS	20	1
SCIELO	51	2
CINAHL	40	1
PUBLIC HEALTH DATABASE	49	0
MEDLINE	8	0

GOOGLE ACADÉMICO	65	2
ELSEVIER	46	3
REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA	83	2
BUVa	41	0

Unificando los resultados se encontraron 454 artículos potencialmente útiles, de los cuales se seleccionaron 71 mediante la lectura del título y resumen. Se desecharon 8 artículos que aparecían duplicados entre las diferentes bases de datos. Y tras la lectura completa de los 63 artículos restantes se seleccionaron como definitivos 16.

Con los resultados obtenido se realizó un diagrama de flujo, el cual indica cual ha sido el criterio para la selección de los artículos (Anexo I).

4. RESULTADOS

La mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo modificables y sus enfermedades asociadas, como la dieta, el sedentarismo, la obesidad, el hábito tabáquico, el estrés, la HTA, las dislipemias y la diabetes³.

Un estudio centrado en el riesgo cardiovascular (RCV) en adultos atendidos en AP en España, muestra que la prevalencia de los principales FRCV es elevada y su control, bastante escaso (Tabla 2). También cabe destacar que entre estos pacientes atendidos en AP un 15,6% tiene antecedentes de enfermedad cardiovascular, 7,8% de cardiopatía isquémica, 4,6% de ictus, 5,5% de fibrilación auricular y 2,9% de insuficiencia cardíaca³.

Tabla 3: Prevalencia y grado de control de los principales FRCV.

	PREVALENCIA	GRADO DE CONTROL
DISLIPEMIA	50,3%	25,8%
HTA	47,4%	58,5%
SEDENTARISMO	29,7%	-
OBESIDAD ABDOMINAL	28,2%	-
DIABETES	19%	75,9%
TABAQUISMO	18%	-

La prevención desde enfermería de AP, consiste en tomar medidas para evitar la aparición de la enfermedad, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de ECV. En los centros de salud, la educación para la salud es una labor habitual, por lo que el personal de enfermería debe conocer los diferentes factores de riesgo para educar sobre ellos y fomentar modificaciones positivas en el estilo de vida de sus pacientes.

La prevención de los FRCV eliminando conductas negativas para la salud, disminuiría la frecuencia de hospitalización a causa de ECV, evitándose numerosas muertes al

año, al igual que comenzar a introducir hábitos de vida saludables desde la infancia, podrá disminuir el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular en el futuro⁶.

La enfermería debe basar sus conocimientos en el cuidado profesional, el desarrollo de las capacidades y habilidades del individuo, del cuidador y de la familia, y así lograr una implicación total en su autocuidado por parte del paciente. Con ello se pretende involucrar de forma activa en su salud a los pacientes y familiares, incidiendo sobre esos FRCV modificables, educando y dando apoyo, para lograr un mejor estado de salud y evitar la aparición de ECV⁷.

El estilo de vida está basado en patrones de conducta establecidos a lo largo del tiempo y mantenidos por el entorno social, pero los factores individuales y ambientales, en ocasiones, impiden adoptar un estilo de vida saludable, al igual que las recomendaciones complejas de los profesionales sanitarios. La interacción positiva y cercana mejora la capacidad para amoldarse a las recomendaciones, por ello es importante conocer las experiencias de cada paciente, sus pensamientos y preocupaciones, al igual que su conocimiento previo y las circunstancias de su vida diaria, para así poder ayudar a instaurar objetivos realistas y avanzar de forma consecutiva logrando el cambio de una conducta establecida⁸.

Con todo lo expuesto anteriormente podemos destacar algunos puntos importantes del rol de la enfermera de AP, enfocados a la disminución del RCV:

- Considerar una visión global e integral de los factores de riesgo y un enfoque general del RCV permite mayor flexibilidad, puesto que, si no se puede alcanzar el control total de un factor de riesgo, esforzarse más con otros puede ayudar a reducir ese riesgo.
- Cumplir un control rutinario de los FRCV mediante citas en consulta cada cierto tiempo establecido.
- Fomentar una dieta y actividad física cardiosaludable enseñando a nuestros pacientes conceptos básicos sobre nutrición.
- Favorecer una adaptación apropiada al proceso de salud-enfermedad.
- Promover las relaciones interpersonales satisfactorias para mantener un buen equilibrio emocional⁷.

La finalidad de todo ello es que el paciente con RCV aumente sus conocimientos y reconozca sus objetivos terapéuticos, realizando autocontroles de los parámetros relacionados con los FRCV, y haciéndose responsable en sus autocuidados cardiosaludables⁷.

4.1. Dieta, sedentarismo y obesidad

En España, más de la mitad de la población mayor de edad está por encima de su peso recomendado según su IMC (Tabla 3), aumentando la obesidad su prevalencia con la edad, excepto en mayores de 74 años, y respecto al descenso en la escala social, de 8,9% en la clase más alta a 23,7% en la clase más baja⁷.

Tabla 4: Sobrepeso y obesidad de la población española.

	SOBREPESO	OBESIDAD
≥ 18 AÑOS	37,7%	17%
ENTRE 2-17 AÑOS	20%	10%

Las personas que siguen una dieta equilibrada y son físicamente activas mantienen buenos niveles de colesterol y presión arterial, aumentan la sensibilización a la insulina mejorando el control glucémico y queman más calorías, por lo que poseen menor riesgo de obesidad, favoreciendo así una mayor longevidad y menor RCV. Por el contrario, seguir una dieta no saludable y una vida sedentaria, favorecen la aparición de diabetes, obesidad e HTA⁶.

El personal de enfermería de AP debe dominar las actitudes de una dieta cardiosaludable, utilizando consejos como:

- Realizar 5 comidas diarias.
- Consumir al menos 1,5 litros de agua al día, si no existe restricción por alguna patología asociada.
- Evitar la sal, sustituyéndola por especias o aderezos como el vinagre o el limón.
- Realizar un consumo alto de fruta, verduras y legumbres.

- Consumir lácteos desnatados, carnes blancas y pescados ricos en omega 3, evitando los embutidos, por su alto contenido en sal, y los fritos o rebozados, por su alto contenido en grasas.
- Moderar el consumo de grasas, utilizando las grasas monoinsaturadas en mayor proporción que las grasas saturadas. Se aconseja utilizar aceite de oliva como grasa principal al cocinar y el consumo frutos secos por su alto contenido en grasas monoinsaturadas, siempre teniendo en cuenta su elevado aporte calórico en pequeñas porciones^{6,9,10}.

La dieta mediterránea se considera un modelo cardioprotector recomendable, caracterizada por un alto consumo en frutas, verduras, cereales, legumbres, frutos secos y aceite de oliva; un consumo moderado de pescado, aves y huevos; y una baja ingesta de productos lácteos, carne roja, carnes procesadas y dulces (Anexo II)⁹.

Cabe destacar, en los pacientes con obesidad, que la pérdida de peso requiere un equilibrio negativo de calorías, por lo que no será efectiva si el gasto de energía durante la actividad física está compensado por la ingesta de alimentos. Por lo tanto, las recomendaciones deben realizarse de manera individualizada, aunque pueden seguirse las pautas generales considerando que la cantidad de actividad física debe ir aumentando progresivamente. Si el objetivo principal es reducir el peso corporal significativamente, será necesario un mínimo de 1 hora de ejercicio físico diario o lo que equivale a la pérdida de 400-600 kcal/día, indicando actividades en las que se implique la participación de mayor musculatura, como caminar, trotar en cinta, practicar ciclismo o natación, ajustándose a las preferencias y circunstancias de cada paciente^{11,12}.

4.2. Tabaquismo

El consumo de tabaco es un trastorno adictivo letal, un fumador constante durante toda su vida tiene un 50% de probabilidades de morir debido a ello, perdiendo una media de 10 años de vida. El hábito tabáquico produce multitud de desórdenes en el organismo provocando un sobreesfuerzo en el corazón, alguno de ellos son el aumento de la presión arterial y la frecuencia cardiaca, la producción de arritmias y

ateroesclerosis de las grandes arterias, causando el 50% de todas las muertes evitables de fumadores, de las cuales la mitad de ellas son por una ECV⁸.

El RCV debido al tabaquismo, tiene más efectos adversos cuanto mayor sea el número de cigarrillos y la duración del hábito en el tiempo, pudiéndose reducir de forma brusca al dejar de fumar. Los exfumadores están en una zona intermedia entre los que siguen fumando y los que nunca han fumado, acercándose a los valores de los no fumadores alrededor de los 8 años de abstinencia⁶.

Algo menos de la mitad de las personas que han fumado toda su vida van a seguir fumando hasta su muerte y aproximadamente el 70% de los fumadores quieren dejar de fumar en algún momento, sin embargo, solo un 2-3% de la población consigue dejar de fumar. La tasa de fumadores está disminuyendo, pero aun así el consumo de tabaco sigue siendo muy usual y está aumentando entre mujeres, adolescentes y personas marginadas socialmente⁸.

Sin embargo, abandonar definitivamente cualquier forma de consumo de tabaco es muy difícil para quien lo intenta, y lo es más si no se dispone del apoyo y consejo de profesionales. Aun así, las estrategias para dejar de fumar suponen un coste-beneficio favorable, suponiendo una eficiencia en resultados positivos mayor que la que supone la detección precoz y manejo de la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial⁶.

No está demostrado que reducir el consumo de tabaco eleve la probabilidad de dejar de fumar en el futuro, por lo que debe aconsejarse el abandono del tabaco a todos los fumadores, y proponer disminuir la cantidad de cigarrillos a aquellos que no quieren o no pueden dejar de fumar, ya que no hay límite de edad en cuanto a los beneficios del abandonar del tabaco⁸.

Otro factor a aconsejar es evitar el tabaquismo pasivo, se ha calculado que la pareja que convive con un fumador o la persona que se expone al tabaco en su lugar habitual, como puede ser el trabajo, aumenta un 30% su RCV⁸.

Las tasas actuales de enfermedad coronaria son menos de la mitad de lo que eran a principios de la década de los ochenta en muchos países europeos, debido a medidas preventivas como las exitosas leyes antitabaco⁸.

4.3. Estrés

El estrés es un factor nuevo de RCV, asociado con enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, entre otras manifestaciones de ECV, debiéndose este aumento a mecanismos indirectos relacionados con el estilo de vida, por ejemplo, los fumadores que padecen estrés aumentan la cantidad de cigarrillos consumidos al día; los trabajadores con jornadas laborales prolongadas tienden a un consumo de alcohol mayor, gozan de menos tiempo para realizar ejercicio físico y suelen llevar una dieta poco saludable, incrementando todo ello el RCV¹³.

Los profesionales de enfermería en la práctica clínica, poseen una posición única para dar apoyo directo sobre los factores de riesgo psicosociales, mediante una comunicación empática con el paciente se construye una relación de confianza, la cual es una poderosa fuente de apoyo emocional para hacer frente a los elementos causantes del estrés. Se debe dedicar suficiente tiempo al paciente, mediante una escucha activa, y animándole a expresar sus emociones, transmitiendo esperanza y alivio de los sentimientos⁸.

Sobre este factor de riesgo también influye positivamente una correcta alimentación y la realización de actividad física, quedando limitado el consumo de tabaco, alcohol y café, por ser sustancias potenciadoras del estrés. Es conveniente insistir en la realización de un sueño suficiente y reparador, no inferior a 7 horas diarias, recomendando a su vez la utilización de técnicas de relajación y meditación, teniendo en cuenta que el estrés es la primera causa de insomnio¹⁴.

4.4. Hipertensión arterial

Dentro del conjunto de todas las ECV, la HTA constituye un importante factor de riesgo frente a la posibilidad de desarrollar otras enfermedades, siendo considerada un problema de salud pública en el ámbito mundial. La HTA es el FRCV más interiorizado como influyente en las ECV, por ello desde la consulta de enfermería de AP se realiza el cribado de la misma mediante al menos dos tomas de presión arterial por visita y durante dos visitas, si la presión arterial está aumentada solo ligeramente,

se realizarán repetidas mediciones en varios meses, para conseguir un valor “constante” y decidir la toma de medidas más conveniente^{8,15}.

Categoría	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal-alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión de grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión de grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
Hipertensión solo sistólica	≥ 140	y	< 90

PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.

Figura 1: Clasificación de los distintos niveles de presión arterial. Referencia de Piepoli MF et al⁸.

En España, la prevalencia de la HTA oscila entre el 45-50%, siendo una de las principales causas de patologías cardíacas, cerebrales, renales y arteriales periféricas. La hipertensión no complicada es el episodio de consulta, en AP, más frecuente entre los mayores de 64 años^{3,7}.

Una de cada tres personas hipertensas desconoce que lo es, por ello es importante implantar protocolos para detectarlas precozmente, aumentando la práctica de toma de tensión arterial en consulta, teniendo en cuenta que la frecuencia de las consultas se va incrementando con la edad⁷.

Antes de recurrir al tratamiento farmacológico, el paciente debe modificar su estilo de vida buscando una pérdida de peso si fuera precisa, introduciendo en su rutina ejercicio físico y realizando control del uso de la sal en su dieta, todas estas modificaciones están enfocadas a disminuir los valores de tensión arterial y lograr así un descenso moderado del RCV. Estas modificaciones, se pueden llevar a cabo desde enfermería en AP⁶.

Un reciente estudio español, en el que más del 80% de los pacientes era hipertenso, ha demostrado que una dieta mediterránea suplementada con un consumo diario de frutos secos o de aceite de oliva virgen extra, frente a una dieta baja en grasas,

disminuyó la morbimortalidad cardiovascular en pacientes de alto riesgo sin eventos vasculares presentes, además de disminuir múltiples factores de riesgo y prevenir la aparición de diabetes³.

Debemos hacer entender a nuestros pacientes hipertensos que un excesivo consumo de sal en la dieta agrava los FRCV, la OMS establece que la ingesta de sal en la población mundial en general ha de ser inferior a 5g de sal común al día, por lo que un paciente hipertenso debe adoptar una dieta hiposódica estándar en la que se recomienda el consumo de 2g de sal común al día¹⁶.

4.5. Dislipemia

La dislipidemia corresponde a la concentración anormal de lípidos y lipoproteínas en sangre (proteínas encargadas de transportar los lípidos). Los altos niveles de colesterol LDL (lipoproteína de baja densidad) y triglicéridos, y los niveles bajos de HDL (lipoproteína de alta densidad) están asociados al desarrollo de ECV, produciéndose como consecuencia de otro tipo de enfermedades, herencia genética o hábitos de vida no saludables^{17,18}.

Cuando se produce la acumulación de estos lípidos perjudiciales en el interior de las arterias, se forman las denominadas placas de ateroma, dando lugar a aterosclerosis y restringiendo el flujo normal de la sangre, lo cual puede llegar a obstruir el interior del vaso produciendo un accidente cardiovascular¹⁷.

La realización de ejercicio físico y una correcta alimentación, produce cambios favorables en los niveles de lípidos en sangre, siendo más llamativo el aumento del HDL. Estos cambios en el estilo de vida también ayudan a controlar muchos de los FRCV ya descritos, por lo que es la base de una buena salud cardiovascular y un elemento de prevención de muchas otras enfermedades¹⁸.

Está demostrada la relación continua entre las dislipemias con la morbimortalidad de las ECV, ya que más de la mitad de la población adulta tiene unos niveles de colesterol iguales o superiores a 200 mg/dl, teniendo en cuenta los valores de LDL como predictivo de morbimortalidad cardiovascular, el cual posee un alto porcentaje de riesgo mayor en hombres (42,1%) que en mujeres (33,9%)⁷.

En estudios de intervención dietética se observó que es más importante una modificación de las grasas, reduciendo las grasas saturadas y sustituyéndolas por insaturadas, que disminuir la cantidad total. El RCV se reduce entre un 2-3% cuando el 1% del consumo energético de ácidos grasos saturados es sustituido por ácidos grasos insaturados^{3,8}.

Una reducción considerable de ácidos grasos saturados y colesterol LDL se consigue cambiando la ingesta de proteína animal por vegetal y realizando un consumo frecuente de una pequeña porción de frutos secos, una ración de legumbres o una ración de chocolate negro, por lo que son alimentos naturales que contribuyen en la prevención de las dislipidemias y por consiguiente del RCV¹⁹.

Los ácidos grasos de tipo “trans”, recogidos dentro de los ácidos grasos insaturados, son perjudiciales debido a su dañino impacto, tanto en el aumento del colesterol total, como en la disminución del colesterol HDL. Estos ácidos grasos se crean durante el procesamiento industrial de las grasas, y se encuentran en multitud de artículos ultraprocesados como la margarina y la bollería. Se ha demostrado que un aumento del 2% en el consumo energético a partir de este tipo de ácidos grasos, aumenta el riesgo de ECV en un 23%, por ello las recomendaciones de consumo de estos productos son mínimas, inferiores al 1% del consumo energético total (Anexo III)⁸.

4.6. Diabetes mellitus

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica de las más extendidas entre la población, con una elevada tasa de morbilidad, siendo su prevalencia en adultos españoles un poco más alta en hombres que en mujeres. Una gran parte de las personas con diabetes desconocen que tienen la enfermedad y las tratadas no se encuentran en controles óptimos, es por ello que debería haber un mayor control y mejora de los objetivos terapéuticos de cada paciente⁷.

Desde enfermería de AP se debe hacer un seguimiento de los pacientes diabéticos mediante la toma sistemática de glucemia capilar, controlando que los valores se encuentren dentro de los establecidos. Por otra parte, es importante explicar al paciente lo que significa una dieta en la que los alimentos con alto contenido en

azúcares deben ser limitados y distribuidos a lo largo del día, realizando educación para la salud a cerca de los alimentos que contienen azúcares, sin olvidar que muchas de las personas diabéticas son de edad avanzada y no tienen las nociones necesarias.

Los valores en rango normal de la glucemia varían según realicemos la determinación, ya que en ayunas será menor (70-110 mg/dl) que dos horas después de las comidas, la cual se denomina glucemia postprandial (70-140 mg/dl), y también variará si la medición la realizamos de sangre capilar o venosa, siendo la capilar un 15% más elevada que la venosa²⁰.

Las intervenciones en estilo de vida basadas en la realización de 150 minutos o más por semana de actividad física moderada-intensa, producen pérdida de peso y previenen o retrasan la incidencia de diabetes mellitus³.

Se recomienda planificar las comidas para obtener los micronutrientes diarios recomendados, ayudando a los pacientes diabéticos a conocer la cantidad de hidratos de carbono de los alimentos y teniendo en cuenta la importancia de que el aporte calórico se encuentre bien distribución a lo largo del día para evitar las hiperglucemias posprandiales²¹.

La dieta mediterránea ha demostrado ser efectiva, no solo para la prevención cardiovascular, sino también en el control de las complicaciones asociadas a la diabetes, ya que incluye las recomendaciones adecuadas para que los pacientes diabéticos sigan una dieta diaria adecuada a su patología²¹.

El riesgo de diabetes en una persona obesa es 40 veces superior al de una persona con normopeso, por eso es especialmente importante una buena educación dietética que ayude a evitar la obesidad. Pequeñas pérdidas de peso del 5-10% se corresponden con un mejor control de los parámetros clínicos, metabólicos y psicológicos, y todo ello sin necesidad de apoyo farmacológico, solo a partir de cambios en el estilo de vida y modificaciones dietéticas, los cuales se han de fomentar desde la enfermera de AP²¹.

Es deber de la enfermera individualizar la estrategia terapéutica y utilizar el procedimiento oportuno para cada paciente, consiguiendo la mayor adherencia e implicación de los pacientes mediante unos objetivos realistas adaptados al entorno del paciente.

4.7. Síndrome metabólico

Después de los FRCV anteriormente desarrollados cabe destacar el síndrome metabólico, el cual engloba algunos de ellos. Su presencia aumenta la incidencia y prevalencia de las ECV, condicionando también su severidad y pronóstico. Para confirmar este síndrome, el paciente ha de padecer tres de los cinco factores de riesgo que agrupa:

- Hiperglucemia.
- Obesidad abdominal.
- HTA.
- Nivel de triglicéridos elevado.
- Colesterol HDL disminuido⁷.

Aproximadamente una de cada cuatro personas adultas presenta síndrome metabólico, siendo más prevalente en hombres (28,5%) que en mujeres (21%), y correspondiendo un porcentaje mayor según aumenta la edad⁷.

Desde enfermería hay que hacer hincapié en los distintos FRCV que engloba el síndrome metabólico, apoyando los efectos beneficiosos que ayudan a mejorar cada uno de sus componentes individuales¹⁰.

4.8. Tablas de cálculo de riesgo SCORE

Las tablas SCORE se utilizan en personas sanas aparentemente, no en las que está establecida alguna ECV. Para calcular el riesgo de muerte cardiovascular a 10 años, hay que buscar la tabla de su sexo, si es fumador y su edad más próxima, y una vez seleccionada la tabla correcta, hay que buscar la celda más próxima a su presión arterial sistólica y su colesterol total (Anexo IV)⁸.

La magnitud del asesoramiento sobre los FRCV, debe aumentar en concordancia con el aumento del riesgo:

- En personas de riesgo bajo-moderado (SCORE < 5%) debe ofrecerse asesoramiento sobre el estilo de vida, para no aumentar su estado de riesgo.
- En personas de alto riesgo (SCORE entre $\geq 5\%$ y < 10%) se requiere un asesoramiento más intensivo sobre el estilo de vida y pueden ser candidatos a tratamiento farmacológico.
- En personas de muy alto riesgo (SCORE $\geq 10\%$) suele ser necesario un tratamiento farmacológico. En los mayores de 60 años, el riesgo específico de su edad se encuentra habitualmente en torno a esos niveles, incluso cuando los niveles de otros factores de riesgo son normales, por lo que estos umbrales deben interpretarse menos estrictamente⁸.

El uso de las tablas de riesgo debe basarse en el conocimiento de que ayudan al cálculo del riesgo, pero deben interpretarse conjuntamente con los conocimientos y la experiencia profesional, teniendo en cuenta los factores que pueden modificar el riesgo calculado⁸. Para la toma de decisiones y como apoyo competente, los profesionales de atención primaria también disponen de guías de evidencia científica (Anexo V)²² y la cartera de servicios de AP disponible para cada Comunidad Autónoma (Anexos VI)²³.

4.9. Índice tobillo-brazo

El índice tobillo-brazo (ITB) es una prueba diagnóstica simple y no invasiva, cuyo fin es detectar estenosis de más del 50% en las arterias de las extremidades inferiores. Valores inferiores a 0,9, permiten diagnosticar arteriopatía periférica en pacientes asintomáticos con una sensibilidad del 95% y una especificidad del 99%, utilizando como patrón de referencia la angiografía²⁴.

Para llevar a cabo esta prueba diagnóstica, se debe calcular el ITB de cada extremidad, dividiendo la más alta de las presiones sistólicas, tibial posterior y pedía, entre la presión sistólica más alta medida en ambas arterias humerales²⁴.

Los resultados obtenidos confirman que, en un medio con bajo riesgo cardiovascular, una notable cantidad de pacientes puede ser reclasificada hacia la categoría de riesgo cardiovascular alto tras la práctica de esta prueba, considerada fiable, económica y sencilla²⁴.

Gran parte de los accidentes cardiovasculares ocurren en pacientes con riesgo bajo o moderado, por ello se recomienda priorizar su uso en estos pacientes, debido a la imposibilidad de implementar el ITB para toda la población. Como ya hemos visto, el cálculo del riesgo cardiovascular con las tablas SCORE solo abarca hasta los 65 años, mientras que la prevalencia del ITB inferior a 0,9 es máxima a partir de esa edad²⁴.

5. DISCUSIÓN

Uno de los aspectos esenciales y básicos en cualquier aplicación para la práctica de cuidados enfermeros es tener claro los conceptos relacionados con los cuidados, y en este caso concreto con los cardiovasculares, esto es importante a la hora de abordar al paciente en función del riesgo, ya que sin los conceptos generales claros es difícil abordar cuidados específicos e individualizados.

5.1. Limitaciones

Una vez analizada la información recolectada surgen algunos inconvenientes u obstáculos que pueden limitar la realización de una prevención cardiovascular eficaz:

- Predisposición de los pacientes y perfil favorecedor, para conseguir una buena adherencia al programa preventivo.
- Necesidad de dar mayor importancia a la prevención primaria para evitar el accidente cardiovascular, y no solo siendo constante una vez ha sucedido (prevención secundaria).
- Formación cardiovascular continuada deficiente de los profesionales de AP.
- Escasez de tiempo disponible en consulta por paciente para poder realizar un buen plan preventivo de forma individualizada.

5.2. Fortalezas

De forma opuesta al punto anterior también surgen una serie de factores que facilitan y fortalecen la realización de una prevención cardiovascular eficaz:

- Visión global de los FRCV, si no es posible obtener el control total de uno, insistir más en el resto de factores puede ayudar a reducir el RCV.
- Potenciar el empoderamiento del paciente en el autocuidado, para ser él mismo el principal responsable de su estado de salud-enfermedad.
- Crear una relación empática y de confianza entre enfermera y paciente, obteniendo así un gran apoyo profesional y emocional.

6. CONCLUSIONES

Tras la realización de esta revisión bibliográfica se debe destacar la escasez de investigación desde el punto de vista de enfermería, y en este caso concreto sobre la patología cardiovascular. Esta falta de información sobre el rol de enfermería se debe a que la gran mayoría de los estudios de investigación se basan en el punto de vista médico o farmacológico, sin tener en cuenta el abordaje integral de la patología cardiovascular.

La prevención cardiovascular de los pacientes desde atención primaria se basa en el control del mayor número posible de factores de riesgo mediante cambios en el estilo de vida, contribuyendo así en la reducción del RCV. Resulta esencial abordar la patología desde un enfoque individualizado de la estrategia terapéutica, mediante una entrevista inicial conociendo sus patologías previas, estilo de vida, nivel socioeconómico y cultural, creencias, etc. Posteriormente hay que actuar en base a lo que el profesional de enfermería considere oportuno, ofreciendo programas de promoción de estilos de vida cardiosaludable y en la detección precoz y control óptimo de dichos factores de riesgo. Con ello se obtendrá una mejor adherencia e independencia del paciente respecto al autocuidado, siempre que sus características físicas, psíquicas y sociales lo permitan.

Tras la recogida de datos e información se ha conseguido dar respuesta a los objetivos planteados en un principio, alcanzando así la finalidad principal de la elaboración de esta revisión bibliográfica.

7. BIBLIOGRAFÍA

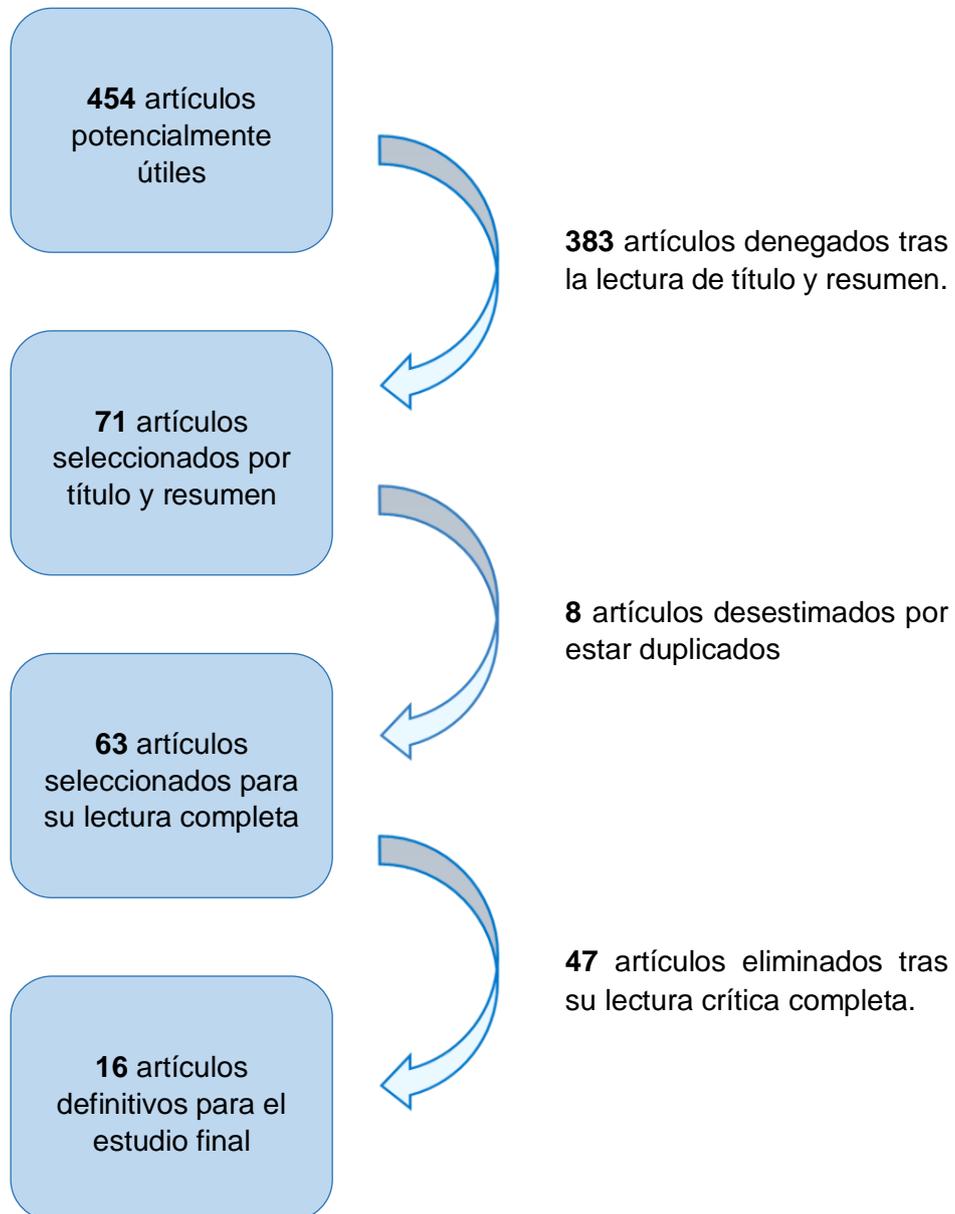
1. ¿Qué son las enfermedades cardiovasculares? [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [consultado el 5 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/
2. Brotons Cuixart C, Alemán Sánchez JJ, Banegas Banegas JR, Fondón León C, Lobos-Bejarano JM, Martín Rioboó E et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018;50:4-28
3. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. San José, Costa Rica; 2015
4. Lobos Bejarano JM, Brotons Cuixart C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. Aten Primaria. 2011;43(12):668-677
5. Norte Navarro AI, Sansano Perea M, Martínez Sanz JM, Sospedra López I, Hurtado Sánchez JA, Ortiz Moncada R. Estudio de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en trabajadores universitarios españoles. Nutr Hosp. 2016;33(3):644-648
6. Gázquez JJ, Molero MM, Pérez-Fuentes MC, Simón MM, Barragán AB, Martos Á. Perspectivas y análisis de la salud. Almería: ASUNIVEP; 2016
7. Lizcano Álvarez Á. Conocimientos, actitudes y grado de aplicación de cuidados integrales en la prevención cardiovascular por parte de la enfermera en el ámbito de la atención primaria [Doctor]. Universidad Rey Juan Carlos; 2014
8. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL et al. Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2016;69(10):939.e1-e87
9. Rees K, Takeda A, Martin N, Ellis L, Wijesekara D, Vepa A et al. Dieta de estilo mediterráneo para la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. 2019
10. Estruch R. Mortalidad cardiovascular: ¿cómo prevenirla? Nefrología 2014;34(5):561-9

11. ¿Qué puedo hacer para evitar un infarto de miocardio o un accidente vascular cerebral? [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2015 [consultado el 16 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/27/es/>
12. Ramírez-Vélez R, Da Silva-Grigoletto ME, Fernández JM. Evidencia actual de intervenciones con ejercicio físico en factores de riesgo cardiovascular. Rev Andal Med Deporte. 2011;4(4):141-151
13. Kivimäki M, Steptoe A. El estrés en la enfermedad cardiovascular [Internet]. IntraMed. 2018 [consultado el 7 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=92705>
14. Estrés y riesgo cardiovascular, ¿cómo se relacionan? [Internet]. Fundación Española del Corazón. [consultado el 7 de mayo de 2020] Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/blog-impulso-vital/2735-estres-y-riesgo-cardiovascular-icomo-se-relacionan.html>
15. Trindade Radovanovic CA, Afonso dos Santos L, de Barros Carvalho M, Silva Marcon S. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem jul-ago. 2014;22(4):547-53
16. Bacaicoa Parrado P, Cabrera Molina GM, Díaz Herrera V, Gea Valero M, Porcel Arrebola E, Rebollo Lozano C et al. El agua: El elemento olvidado de la dieta cardiosaludable. Enferm Cardiol. 2012;Año XIX(55-56):27-33
17. Madaria Z. Dislipemia [Internet]. Fundación Española del Corazón. 2018 [consultado el 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/ejercicio/factores-de-riesgo/3172-dislipemia.html>
18. Tárraga López PJ, García-Norro Herreros FJ, Tárraga Marcos L, Solera Albero J, González López E, Ruiz García A et al. Intervención activa en la hipercolesterolemia de pacientes con riesgo cardiovascular alto de Atención Primaria; estudio ESPROCOL. Nutr Hosp. 2015;31(6):2727-2734
19. Pérez-Jiménez F, Pascual V, Meco JF, Pérez Martínez P, Delgado Lista J, Domenech M et al. Documento de recomendaciones de la SEA 2018. El estilo de vida en la prevención cardiovascular. Clin Investig Arterioscler. 2018;30(6):280-310
20. Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía [Internet]. Ministerio de Sanidad. 2014 [consultado el 27 de abril de 2020]. Disponible en: <https://escuelas.sanidad.gob.es/enfermedades/diabetesTipo2/cuidados/objetivosControl.htm>

21. Arrieta F, Iglesias P, Pedro-Botet J, Tébar F, Ortega E, Nubiola A et al. Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular: recomendaciones del Grupo de Trabajo Diabetes y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes (SED, 2015). Aten Primaria. 2016;48(5):325-336
22. Iglesias Clemente JM, Gómez Marcos MA, González de Castro ML, García Ortiz L, Mediavilla Bravo JJ, Garzón Martín A et al. Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular. Guía clínica basada en la evidencia [Internet]. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2008 [consultado el 2 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cardiovascular/documentacion/guias/valoracion-tratamiento-riesgo-cardiovascular-guia-clinica-b.ficheros/293418-Valoracion%20y%20Tratamiento%20del%20Riesgo%20Cardiovascular.pdf>
23. Cartera De Servicios De Atención Primaria [Internet]. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2019 [consultado el 2 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria.ficheros/1522344-cartera%20de%20servicios%202019.pdf>
24. Baena-Díez JM, Alzamora MT, Forés R, Pera G, Torán P, Sorribes M. El índice tobillo-brazo mejora la clasificación del riesgo cardiovascular: estudio ARTPER/PERART. Rev Esp Cardiol. 2011;64(3):186-192
25. Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual [Internet]. Fundación Dieta Mediterránea. 2010 [consultado el 19 de abril de 2020]. Disponible en: <https://dietamediterranea.com/piramidedm/piramide CASTELLANO.pdf>
26. Tipos de grasas [Internet]. Yo no soy cocinero. 2017 [consultado el 8 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://yonosoycocinero.blogspot.com/2017/01/tipos-de-grasas.html>
27. Pérez del Pozo P. La importancia de las grasas en la alimentación [Internet]. Alimenta tu bienestar. 2013 [consultado el 8 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.alimentatubienestar.es/importancia-de-las-grasas-en-la-alimentacion/>

8. ANEXOS

8.1. Anexo I: Diagrama de flujo para la selección de los artículos

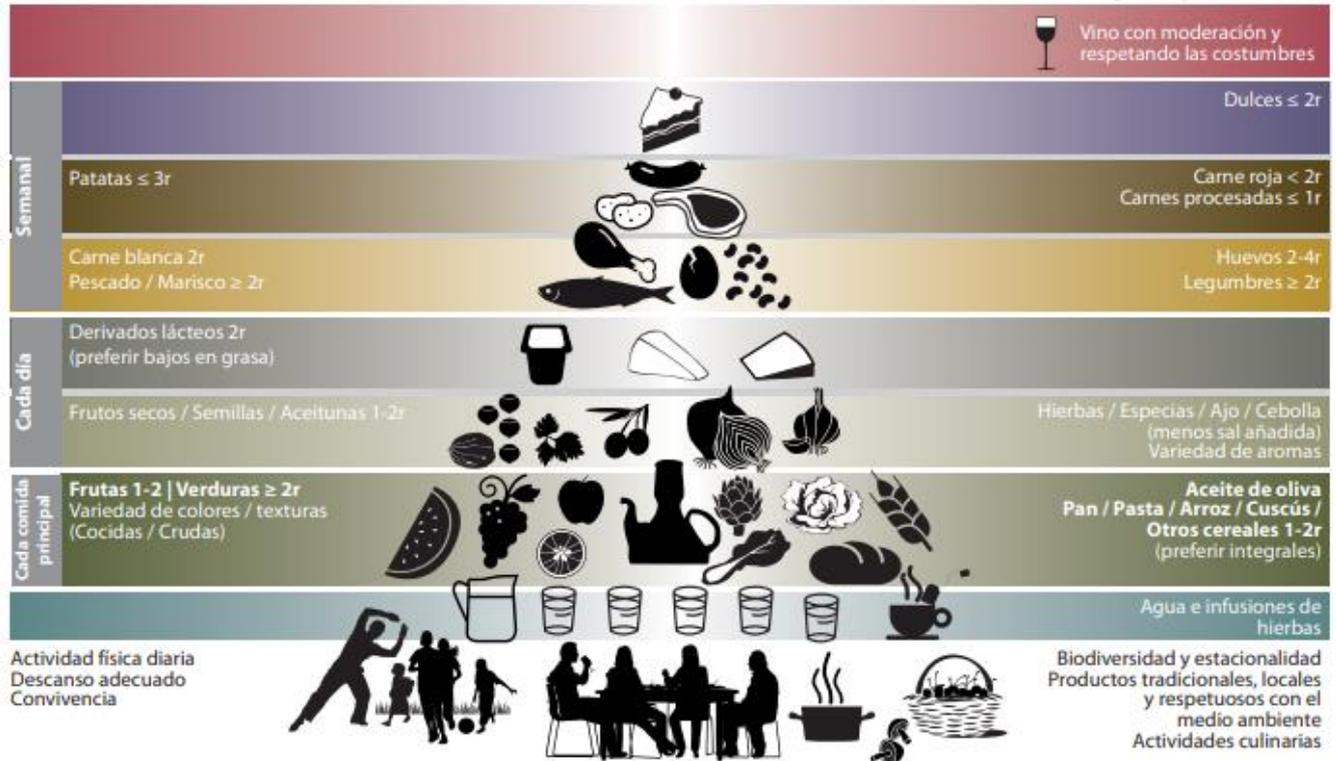


8.2. Anexo II: Pirámide de la dieta mediterránea²⁵

Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual

Guía para la población adulta

Medida de la ración basada en la frugalidad y hábitos locales



Edición 2010

r = Ración

8.3. Anexo III: Tipos de grasas^{26,27}

Grasas saludables

Grasas monoinsaturadas



Se encuentran en el aceite de oliva y de canola, en el aguacate y cacahuates.

Grasas poliinsaturadas



Omega 6: Se encuentra en los aceites de semillas como de girasol y maíz y nueces.

Omega 3: Se encuentra en pescados azules como el salmón, en las semillas de lino y vegetales de hoja verde.

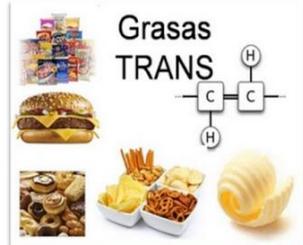
Grasas poco saludables

Grasas saturadas



Proviene principalmente de productos animales como carnes rojas, embutidos, lácteos enteros como leche, quesos curados y untables, cremas y helado. De origen vegetal se encuentran en el aceite y leche de coco y chocolates.

Grasas trans



Son grasas monoinsaturadas parcialmente hidrogenadas. Las hallamos en las margarinas y mantequilla, en la comida rápida, frituras, pasteles y pan dulce.

¿Cómo pueden ser las grasas?

Grasas Monoinsaturadas

- > Se mantienen líquidas a temperatura ambiente pero se solidifican si se refrigeran.
- > Sus fuentes son el aceite de oliva y el aguacate.
- > Reducen el colesterol.

Grasas Saturadas

- > Se solidifican a temperatura ambiente.
- > Entre ellas están la manteca de cerdo, los embutidos, quesos curados y carnes grasas de cerdo y cordero.
- > Su consumo abundante genera obesidad y niveles altos de colesterol.

Grasas Trans

- > Son grasas monoinsaturadas que han sido procesadas.
- > Son perjudiciales para la salud porque ocasionan daños en los radicales libres.
- > Entre éstas están el aceite de palma, las margarinas y mantecas, que contienen grasas hidrogenadas.



#alimentatubienestar

Banco de imágenes:
FreeDigitalPhotos.net



Grasas Poliinsaturadas

- > Se mantienen líquidas a temperatura ambiente y cuando se refrigeran.
- > Contienen ácidos grasos omega 3 y 6.
- > Contienen efectos antiinflamatorios para la artritis, artrosis, eccema y psoriasis.



Colesterol

- > Indispensable para el buen funcionamiento del cuerpo.
- > Existe un colesterol endógeno que produce nuestro organismo y un colesterol exógeno que lo ingerimos con los alimentos.

1. Grasas procesadas: se encuentran en las margarinas, patatas fritas, bollos, bizcochos, pasteles, tartas, chocolates y frituras.

2. Consumo excesivo de grasas saturadas de carnes grasas, embutidos, quesos muy madurados, lácteos y huevos.

3. Aceites recalentados.

www.alimentatubienestar.es/importancia-de-las-grasas-en-la-alimentacion

Colesterol, indispensable para el buen funcionamiento del cuerpo.

#alimentatubienestar

LDL o colesterol malo son lipoproteínas de baja densidad que transportan el colesterol a las células sanguíneas y las pueden oxidar y dañar originando aterosclerosis.

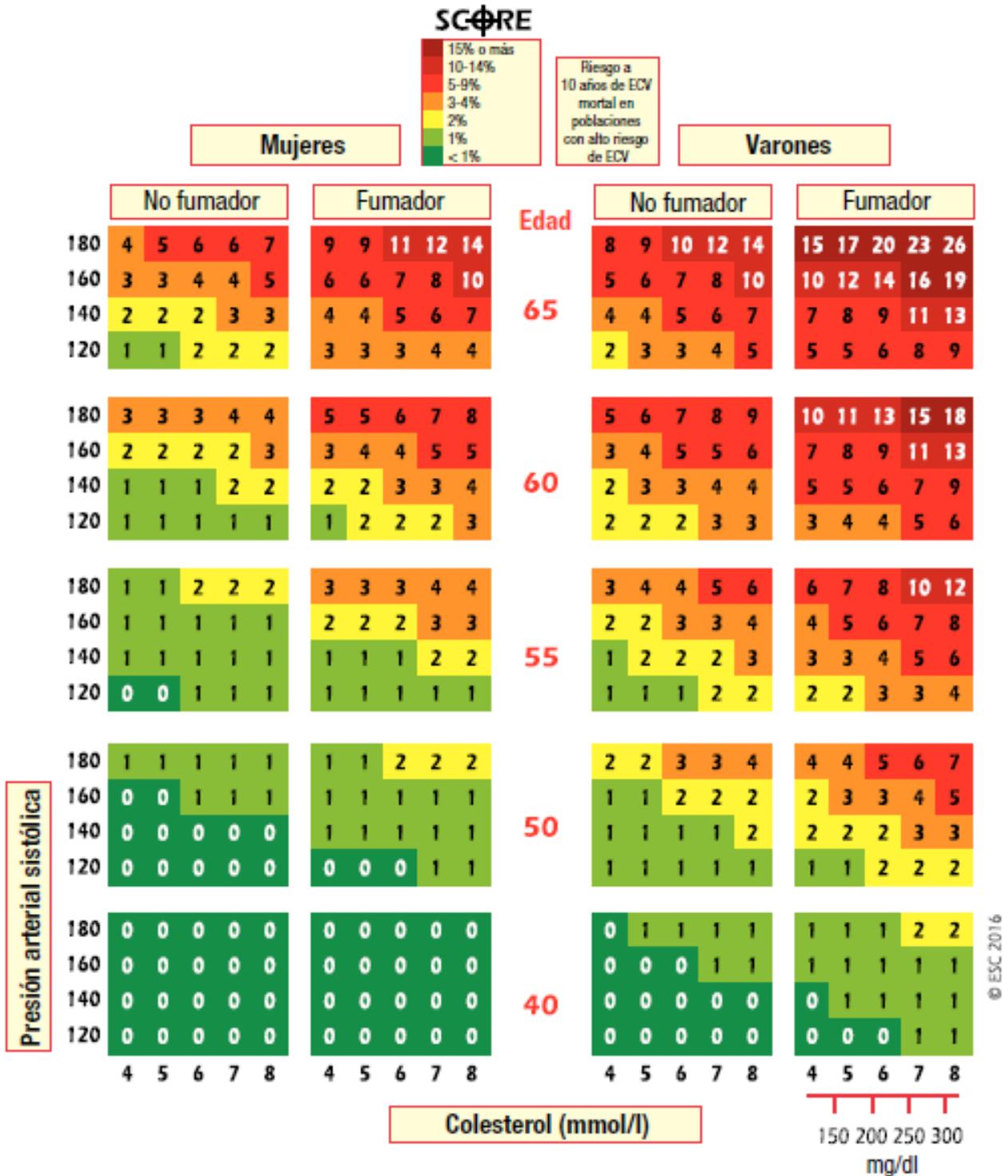
Aumentan los niveles de colesterol malo del organismo o LDL el azúcar, los dulces, embutidos, carne de cerdo y cordero, quesos grasos, estrés y falta de ejercicio físico.

Incrementan los niveles de colesterol bueno del organismo o HDL el aceite de oliva, el ajo, la cebolla, la fruta, la verdura, las legumbres, los frutos secos y las semillas.

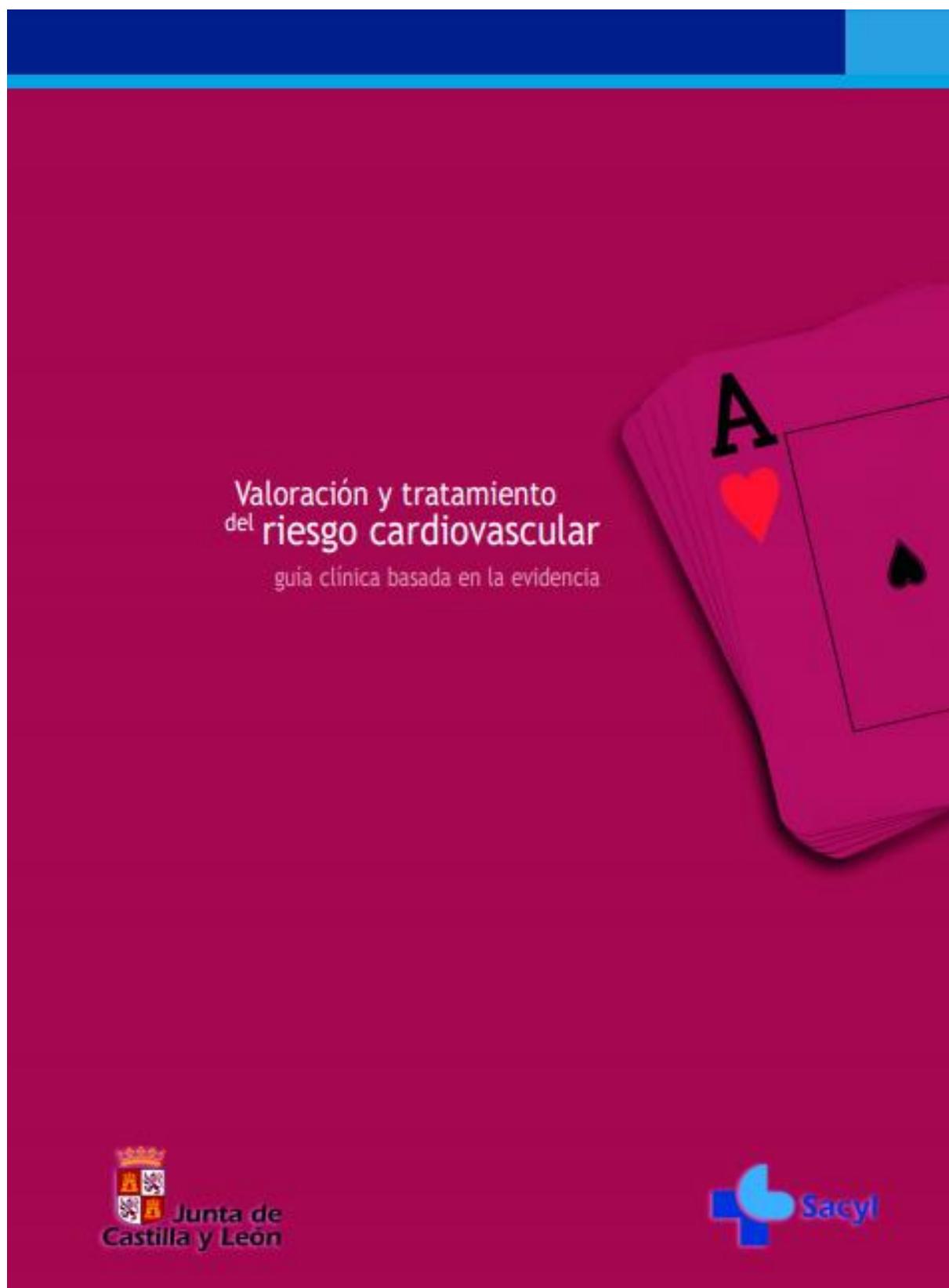
HDL o colesterol bueno son lipoproteínas de alta densidad que transportan el colesterol desde las células periféricas al hígado.

www.alimentatubienestar.es/importancia-de-las-grasas-en-la-alimentacion

8.4. Anexo IV: Ejemplo de tabla SCORE. Riesgo a 10 años de ECV⁸



8.5. **Anexo V:** Valoración y tratamiento del RCV. Guía clínica basada en la evidencia²²



En esta guía de la Junta de Castilla y León para el Sacyl encontramos todo lo descrito anteriormente en esta revisión, detallando cada una de las intervenciones a realizar desde enfermería:

- Hábitos dietéticos cardiosaludables.
- Actividad física.
- Sobrepeso u obesidad.
- Deshabitación tabáquica.
- Modificación del perfil lipídico.
- Presión arterial.
- Atención al paciente con diabetes.

Además de todas estas intervenciones cuenta con un plan de cuidados de enfermería destinado a las personas con RCV:

A. Abordaje del cumplimiento del tratamiento.

El propio paciente es quien asume las normas o consejos proporcionados por el personal de enfermería, desde el punto de vista de los hábitos o estilos de vida recomendados, ya que el tratamiento farmacológico es competencia del personal médico. El paciente es quien toma las decisiones sobre su estilo de vida, siendo clave los factores personales respecto a sus creencias sobre la salud, la percepción de su enfermedad o la manera en que cree que debe hacerle frente, por lo que no se le considera un mero cumplidor de las prescripciones, sino una persona que toma decisiones autónomas.

B. Estandarización de cuidados.

Existen cuestiones claves que hacen necesaria la revisión y estandarización de los planes de cuidados enfermeros:

- El desarrollo de formatos de historia clínica digital.
- La evolución de la práctica clínica enfermera, con la aparición de nuevas fórmulas organizativas y de gestión avanzada de los cuidados.
- El desarrollo de los sistemas estandarizados de lenguaje enfermero.

- La necesidad de aportar pruebas científicas sobre la efectividad y la utilidad de los cuidados enfermeros.

C. Planes de cuidados estandarizados en personas con RCV.

Se propone realizar un plan de cuidados individualizado en todas las personas con RCV de cualquier nivel, teniendo en cuenta que la valoración integral de la persona es la herramienta clave y el punto de partida en el desarrollo de dicho plan, ayudando así a identificar la etapa de cambio en la que se encuentra, como los problemas y/o factores de riesgo que presenta, sobre los que girará el desarrollo del plan de cuidados.

D. Relación de las etapas de cambio y el plan de cuidados estandarizado.

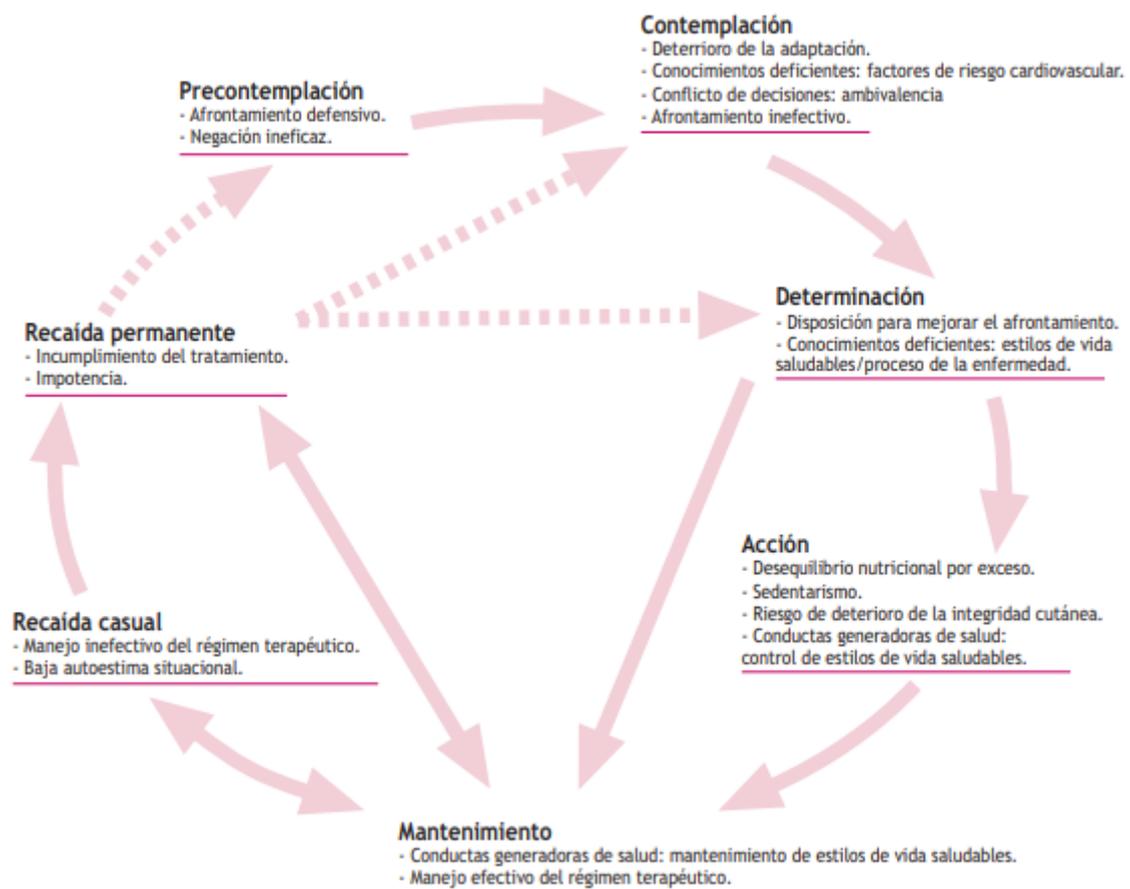


Figura 2: Etapas de la motivación para el cambio. Referencia de Iglesias Clemente JM et al.

Se debe percibir en qué etapa se encuentra el estado motivacional del paciente, situarle en ella y hallar los diagnósticos o problemas de salud que tiene para establecer el plan de cuidados.

E. Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

- Patrón 1: Percepción - Control de la salud.
- Patrón 2: Nutricional - Metabólico.
- Patrón 3: Eliminación.
- Patrón 4: Actividad - Ejercicio.
- Patrón 5: Sueño - Descanso.
- Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo.
- Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto.
- Patrón 8: Rol - Relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad - Reproducción.
- Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores - Creencias.

Los patrones más influyentes en el RCV son: percepción-control de la salud, nutricional-metabólico, actividad-ejercicio, cognitivo-perceptivo, autopercepción-autoconcepto y adaptación-tolerancia al estrés.

F. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones estandarizadas.

El plan de cuidados que se ha estandarizado para el abordaje de las personas con RCV, se organiza en diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC. Los diagnósticos NANDA seleccionados, representan las necesidades de cuidados esperables; las intervenciones NIC, representan las actividades con las que abordar estas necesidades de cuidados; y los resultados NOC, representan los objetivos deseados. Esto no significa que sean las únicas necesidades de cuidados, intervenciones y resultados posibles para abordar a una persona de estas características, si no una estandarización de los mismos, que podrá servir como guía de actuación al profesional junto con su propio juicio clínico.

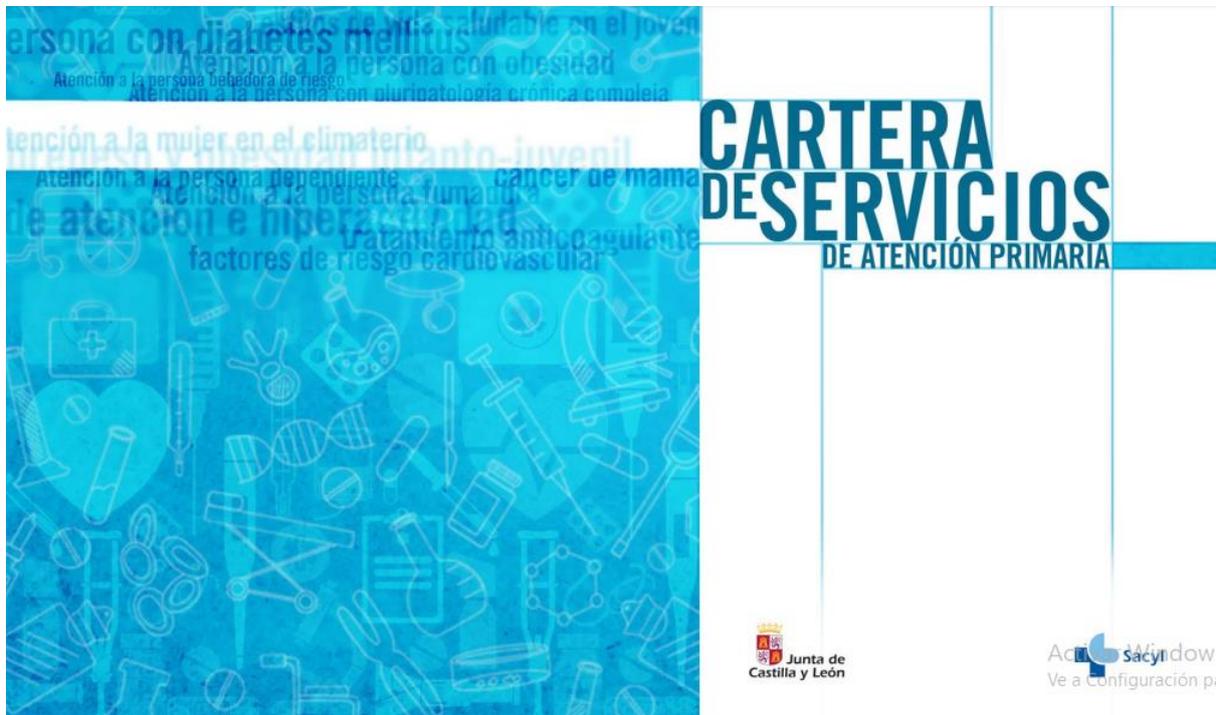
G. Intervenciones y actividades propuestas en el plan de cuidados estandarizado para el riesgo cardiovascular.

- Apoyo en la toma de decisiones.
- Aumentar el afrontamiento.
- Ayuda en la modificación de sí mismo.
- Ayuda para dejar de fumar.
- Ayuda para disminuir de peso.
- Enseñanza: Actividad, ejercicio prescrito.
- Enseñanza: Autoanálisis glucemia capilar.
- Enseñanza: Automedición presión arterial (AMPA).
- Enseñanza: Dieta prescrita.
- Enseñanza: Grupo.
- Enseñanza: Medicamentos prescritos.
- Enseñanza: Proceso de la enfermedad.
- Facilitar la autorresponsabilidad.
- Fomento del ejercicio.
- Identificación de riesgos.
- Manejo: Autoanálisis glucemia capilar.
- Manejo: Automedición presión arterial (AMPA).
- Manejo de la medicación.
- Modificación de la conducta.
- Potenciación de la autoestima.
- Potenciación de la conciencia de sí mismo.
- Potenciación de la disposición del aprendizaje.
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: (tabaco y alcohol).

H. Estrategias motivacionales. Plan de cuidados individual.

Se proponen diferentes estrategias motivacionales para conseguir los resultados en cada una de las etapas de cambio en las que se puede encontrar la persona (precontemplación y contemplación; determinación, acción y mantenimiento; e incumplimiento del tratamiento), independientemente de otros procesos de riesgo/enfermedad que pueda tener.

8.6. Anexo VI: Cartera de Servicios de Atención Primaria. Valoración de los FRCV²³



VALORACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Cartera de Servicios de Atención Primaria	Valoración de los factores de riesgo cardiovascular
Población diana	Personas de 15 o más años.
Criterios de inclusión	Valoración del riesgo cardiovascular por presentar uno o más factores de riesgo: tabaquismo, HTA, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad.
Criterios de calidad	<p>Valoración</p> <p>Antecedentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes personales de enfermedad cardiovascular establecida. ■ Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz. <p>Anamnesis específica en relación a los factores de riesgo cardiovascular (RCV)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Edad, género y grupo étnico. ■ Dieta. ■ Sedentarismo. ■ Consumo de tabaco y fase de motivación para el cambio. ■ Diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) o tratamiento actual con antihipertensivos. ■ Diagnóstico de diabetes mellitus o tratamiento actual con antidiabéticos orales y/o inyectables. ■ Diagnóstico de dislipemia o tratamiento actual con hipolipemiantes. ■ Diagnóstico de obesidad. ■ Diagnóstico de fibrilación auricular o tratamiento actual con antitrombótico. ■ Otros factores modificadores del riesgo. <p>Estratificación del riesgo cardiovascular (Anexo 31); clasificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ RCV muy alto: estratificación definitiva. ■ RCV alto: estratificación anual. ■ RCV moderado: estratificación cada 2 años. ■ RCV bajo: estratificación cada 4 años.

77

Cartera de Servicios de Atención Primaria	Valoración de los factores de riesgo cardiovascular
Enlaces de interés	<p>Plan de acción y seguimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Intervención preventiva general dirigida a la modificación del estilo de vida. ■ Intervención breve (consejo sanitario verbal, con apoyo de material escrito) en todos los pacientes con al menos un factor de riesgo (FR). ■ Intervención intensiva (plan de cuidados individualizado, pactando los objetivos) en pacientes con riesgo alto o muy alto. ■ Ofertar servicio de educación para la salud grupal. ■ Establecer un plan de actuación específico para cada factor de riesgo. ■ Pacientes con enfermedad cardiovascular: instaurar tratamiento antiagregante para prevención secundaria. <p>http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/gallery/Varios/calculadora_rcv.swf</p> <p>Indicadores</p> <p>Indicador de cobertura</p> <p style="text-align: center;">Número de personas ≥ 15 con estratificación del RCV por presentar uno o más factores de riesgo: tabaquismo, HTA, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Número de personas de ≥ 15 años que presentan uno o más factores de riesgo (recogidos en su historia clínica): tabaquismo, HTA, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad</p> <p>Indicador de resultado</p> <p style="text-align: center;">Número de personas con estratificación del RCV que mantienen o disminuyen el nivel de riesgo en el último año</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Número de personas con estratificación de RCV</p>

78