

REHABILITACIÓN CARDIACA EN ATENCIÓN PRIMARIA

(Guía de apoyo para
el profesional de Enfermería)

Grupo de trabajo: REccAP-Astur
(Red de Enfermería de Cuidados
Cardiovasculares de Asturias)



SEAPA

Sociedad de Enfermería
de Atención Primaria
de Asturias

Coordinación

María Jesús Rodríguez García
Enfermera de Atención Primaria.
C. de Salud de Infiesto. Infiesto.

Marta Isabel Villamil Díaz
Enfermera de Atención Primaria .
C. de Salud de Cudillero. Cudillero.

Autores

Aurora Alonso Cortina
Enfermera de Atención Primaria
C. de Salud de Colloto. Oviedo.

Encarna Fernández Pérez
Enfermera de Atención Primaria.
Coordinadora de Enfermería de Atención Primaria. Area III. Avilés.

Carmen Fernández Rodríguez
Enfermera de Atención Hospitalaria.
Hospital Valle del Nalón. Langreo

Concepción García García
Enfermera de Atención Primaria
C. de Salud de Colloto. Oviedo.

Maria Jesús Rodríguez García
Enfermera de Atención Primaria
C. de Salud de Infiesto. Infiesto.

Margarita Salido González
Enfermera de Atención Primaria.
C. de Salud de Contrueces. Gijón

Marta Isabel Villamil Díaz
Enfermera de Atención Primaria .
C. de Salud de Cudillero. Cudillero.

Año: 2012

CONTENIDO EDUCATIVO DE LA GUÍA REHABILITACIÓN CARDIACA EN ATENCIÓN PRIMARIA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
-------------------	---

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA EN CONSULTA.....	7
--	---

SÍNTESIS DE CONTENIDOS

1. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: GENERALIDADES.....	8
--	---

2.FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.....	8
--	---

3. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS.....	8
--	---

4. FACTORES DE PREVENCIÓN.....	9
--------------------------------	---

4.1 Alimentación cardiosaludable.....	9
---------------------------------------	---

4.2 Actividad física y ejercicio.....	9
---------------------------------------	---

4.3 Afrontamiento psicoemocional.....	9
---------------------------------------	---

5. SEXUALIDAD.....	10
--------------------	----

6. RECONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS DE ALARMA Y ACTUACIÓN	10
---	----

7. EDUCACIÓN A FAMILIARES/CUIDADOR PRINCIPAL.....	10
---	----

ANEXOS- Documentación de apoyo al profesional

A-1.CARDIOPATIA ISQUEMICA. GENERALIDADES.....	11
---	----

A-2.FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.....	15
--	----

A-3.PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPIAS INVASIVAS.....	17
---	----

A-4.TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y ADHERENCIA.....	19
---	----

A-5.ALIMENTACIÓN CARDIOSALUDABLE	22
--	----

A-6.ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO FÍSICO.....	23
--	----

A-7.AUTOCUIDADO Y AFRONTAMIENTO PSICOEMOCIONAL.....	25
---	----

A-8.DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.....	28
-----------------------------------	----

A-9.DIABETES.....	33
-------------------	----

A-10.HIPERLIPEMIAS.....	37
A-11.OBESIDAD Y SOBREPESO.....	38
A-12.ESTRÉS.....	39
A-13.SEXUALIDAD.....	41
A-14.RECONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS DE ALARMA Y ACTUACIÓN	43
A-15.EDUCACIÓN A FAMILIARES/CUIDADOR PRINCIPAL.....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	46

INTRODUCCIÓN

Este material está pensado para uso de los profesionales. Tiene como propósito orientar a la enfermera comunitaria en el proceso educativo del paciente y su cuidador para que sean competentes en el manejo de **la cardiopatía isquémica** en colaboración con los diferentes profesionales. Promover y mejorar su autocuidado con un enfoque integral es un objetivo prioritario de las enfermeras de Atención Primaria quienes, junto al resto de profesionales implicados en su atención, pretenden mejorar su calidad de vida y el pronóstico de la enfermedad. Proveer conocimientos, reforzar habilidades y afianzar la motivación son elementos necesarios para que los pacientes participen activamente en el cuidado de su enfermedad y en este empeño el compromiso de las enfermeras debe ser fundamental.

El PCAI de cardiopatía isquémica define la rehabilitación cardiaca como: **“el conjunto de actividades necesarias para que el enfermo coronario llegue a un nivel funcional óptimo desde el punto de vista físico, mental y social, por medio del cual puede integrarse por sus propios medios a la sociedad”** e insta a que todos los pacientes, independientemente de la edad, reciban consejo y se les ofrezca un programa de rehabilitación cardíaca con un componente de ejercicio.

Los distintos capítulos de esta guía toman como referencia el programa “Educación básica en la cardiopatía isquémica del Hospital Valle del Nalón”, así como las recomendaciones sobre los contenidos educativos a incluir en los programas de rehabilitación cardiaca de la AHA (American Heart Association) y la AACVPR (American Association of Cardiovascular and Pulmonar y Rehabilitation) con el fin de **reforzar estilos de vida saludables, estimular el cumplimiento terapéutico y optimizar la reducción del riesgo cardiovascular.**

Se ha buscado ofrecer una presentación práctica y concisa de manera que los temas tratados sean útiles y consigan la adherencia de las enfermeras.

A los candidatos a participar en este programa de educación cardiológica se les deberá **informar previamente a su inicio de los objetivos** que se pretenden alcanzar y del proceso educativo a seguir.

Los objetivos se pactarán con el paciente y han de ser claros y alcanzables según el grado de compromiso que el paciente decida asumir. El proceso educativo debe individualizarse una vez valoradas las creencias, conocimientos, capacidades de autocuidado, entorno familiar y necesidades educativas. El orden de las prioridades educativas se fijará de mutuo acuerdo según la relevancia de los aspectos a modificar. El progreso en el programa vendrá marcado por la capacidad de aprendizaje del paciente, y el necesario refuerzo periódico que facilite la consolidación de los conocimientos, habilidades y actitudes, evitando “la sobrecarga educativa” en cada sesión.

Se recomienda que durante la entrevista se complemente la exposición oral con videos, presentaciones en power-point, imágenes, etc. mostradas a través de la pantalla del ordenador y al finalizar esta, se entregue al paciente material educativo impreso sobre lo tratado.

Llevar a cabo este programa supone un importante reto para la enfermería comunitaria y en su implantación no podemos olvidar la importancia de los registros. Esto nos servirá tanto a nivel clínico, en nuestro trabajo diario con el paciente, en la comunicación y seguimiento con el resto de profesionales que le traten y también como herramienta de valoración y evaluación de resultados.

Se propone que el registro de esta actividad se efectúe dentro de la historia clínica del paciente (OMI) en el **Plan Personal Jerárquico Cardiometabólico (PPJ)**, en la **Valoración Enfermera del Estado de salud** (apartado Actividades Preventivas) y en el protocolo **Planes de Cuidados** donde se recogerán las intervenciones realizadas según los problemas detectados.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA EN CONSULTA

A-¿Qué le ha ocurrido?

Cardiopatía isquémica. Generalidades.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Tratamiento farmacológico y adherencia.

B-¿Por qué le ha ocurrido?

Factores de riesgo cardiovascular.

C-¿Qué podemos hacer a partir de ahora?

Factores de prevención.

Sexualidad.

Reconocimiento de síntomas de alarma.

D-¿Cómo puede ayudar la familia?

Educación a familiares y cuidador principal.

SÍNTESIS DE CONTENIDOS

1. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: GENERALIDADES (Anexo A-1)

Funciones del corazón y aparato circulatorio.

Circulación coronaria.

Aterosclerosis.

Formas clínicas de la cardiopatía isquémica: angina estable, inestable e infarto de miocardio.

Otras patologías con clínica similar al síndrome coronario.

2. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (Anexos A-2, A-8, A-9, A-10, A-11, A-12).

Concepto de factor de riesgo y relación entre factor de riesgo y enfermedad.

Factores de riesgo cardiovascular: modificables (tabaquismo, HTA, diabetes, sedentarismo, dislipemias, obesidad, estrés) y no modificables (edad, genética, sexo, antecedentes familiares).

Coexistencia de FR por su relación con el estilo de vida individual y social.

Plan terapéutico general para el control de los FR:

- Alimentación cardiosaludable: normopeso
- Ejercicio /actividad física
- Tabaco: abandono
- Alcohol: menos de 30 gr/día
- Evitar estrés mantenido
- Adherencia farmacológica

3. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS (Anexos A-3, A-4).

Interrogar por las **pruebas diagnósticas** y **procedimientos terapéuticos** realizados durante su estancia en el hospital o que le que van a realizar (prueba de esfuerzo, cateterismo, coronariografía, fibrinólisis, angioplastia, stent, by-pass, etc.) y comentar en qué consisten, aclarando dudas si procede.

Tratamiento farmacológico y adherencia: averiguar el conocimiento sobre los fármacos que toma (nombre, indicación, dosis, efectos secundarios, administración, almacenamiento, conservación y caducidad, etc) facilitando información y mejorando habilidades de uso.

- Nitroglicerina, instrucciones y uso correcto
- Ventajas e inconvenientes del incumplimiento farmacológico.

4. FACTORES DE PREVENCIÓN

4.1 Alimentación cardiosaludable (Anexo A-5)

Valoración de ingesta calórica estimada, hábitos dietéticos y comparación con las recomendaciones de la alimentación cardiosaludable. Actitud para adoptar cambios.

Características de la alimentación equilibrada.

Composición de los alimentos cotidianos según el contenido de nutrientes.

Grasas saturadas, sal, café y alcohol.

Métodos de preparación de alimentos más cardiosaludables.

Prescripción de menú cardiosaludable según necesidades calóricas, grasas saturadas, y colesterol.

4.2 Actividad física y ejercicio (Anexo A-6)

Conceptos de actividad física y ejercicio físico.

Evaluación de la actividad y ejercicio físico habitual, del estado de salud, forma física, fármacos que toma y actitud para adoptar cambios.

Beneficios para la salud.

Prescripción: modalidad, frecuencia, duración, intensidad y fases.

Normas generales.

4.3 Autocuidado y Afrontamiento psicoemocional (Anexo A-7)

Evaluación del estado psicoemocional, adaptación al estrés, reconocimiento de signos y síntomas así como actitud ante los cambios a adoptar.

Impacto psicoemocional tras el episodio coronario (ansiedad; problemas de readaptación familiar, laboral, social, sexual; miedos; pérdida de seguridad, etc.).

Interrelación pensamientos, emociones, conductas.

Identificación de pensamientos automáticos y reestructuración cognitiva.

Fomento de las actividades gratificantes y técnicas de manejo del estrés.

5. SEXUALIDAD (Anexo A-13)

Causas de disfunción sexual: vascular, farmacológica, factores de riesgo (HTA, diabetes, tabaquismo, alcoholismo).

Capacidad funcional mínima para una relación sexual.

Tiempo aconsejado para el inicio/reinicio tras el episodio agudo.

Actuación si aparecen signos de alarma.

Recomendaciones ante la actividad sexual.

6. RECONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS DE ALARMA Y ACTUACIÓN (Anexo A-14)

Síntomas típicos en hombres y mujeres.

Desencadenantes en angina estable (ejercicio, emociones) e inestable (reposo).

Pautas de actuación: reposo, nitroglicerina, consulta médica si procede.

Nitroglicerina: tipos de presentación, dosis, efectos secundarios, conservación/caducidad.

7. EDUCACIÓN A FAMILIARES/CUIDADOR PRINCIPAL (Anexo A-15)

Identificar necesidades del cuidador, creencias, temores, impacto emocional.

Apoyo al cuidador.

Proceso de adaptación a los cambios (alimentación, ejercicio, ocio, actividad sexual, etc.).

Informar/recordar síntomas de alarma y pautas de actuación.

ANEXOS-DOCUMENTACIÓN DE APOYO AL PROFESIONAL (no se recomienda entregar al paciente)

A-1. CARDIOPATIA ISQUÉMICA. GENERALIDADES

1.- El sistema cardiaco

Es la estructura anatómica que en el ser humano está formada por el corazón, vasos sanguíneos (arterias venas y capilares), la sangre, y el sistema linfático compuesto por los vasos linfáticos, ganglios, órganos linfáticos (bazo y timo) y la linfa. Su función es transportar oxígeno y nutrientes así como dióxido de carbono y desechos por todo el organismo.

Estructura del corazón: está constituido por varias capas que de fuera a dentro son: **pericardio** (dos capas entre las que hay líquido), **miocardio** (muscular con vasos sanguíneos) y **endocardio** (las válvulas que impiden el reflujo de la sangre).

Compartimentos del corazón: El corazón tiene cuatro cavidades: dos aurículas y dos ventrículos.

Aurícula derecha: Recibe la sangre proveniente de las venas cava inferior y cava superior (desde los órganos).

Ventrículo derecho: recibe la sangre procedente de la aurícula derecha y la saca a través de las arterias pulmonares para que se oxigene.

Aurícula izquierda: A ella llegan las cuatro venas pulmonares (con sangre oxigenada).

Ventrículo izquierdo: recibe la sangre procedente de la aurícula izquierda y de él sale la arteria aorta con sangre oxigenada hacia los órganos.

Válvulas cardiacas. Son cuatro:

- **Auriculo-ventriculares:** separan las aurículas de los ventrículos. Son dos: **válvula tricúspide** en el lado derecho y **válvula mitral o bicúspide** en el izquierdo.
- **Válvulas sigmoideas** o semilunares: están entre los ventrículos y los vasos.
- **Válvula Pulmonar** separa el V.D. de la arteria pulmonar.
- **Válvula Aórtica** separa el V.I. de la arteria aorta.

Vasos sanguíneos: Son los encargados de transportar la sangre bombeada por el corazón a todo el organismo: arterias y venas. Tienen una estructura de tres capas : intima, media y adventicia.

Capilares: Son los vasos de menor calibre formados por una sola capa de células endoteliales y son los encargados de unir las venas con las arterias.

Circulación coronaria. Además de la estructura interna, el corazón tiene sus propios vasos.

- **Las arterias coronarias** son dos, izquierda y derecha. Nacen en el comienzo de la aorta, rodean el músculo cardiaco en forma de corona para proporcionar sangre al miocardio. Tienen pocas conexiones entre las principales y por eso su obstrucción producirá una isquemia de la zona que irrigaba (clínicamente infarto o angina).
- **Las venas coronarias** situadas en la cara anterior y posterior, drenan la sangre del miocardio y van a confluir al seno coronario, estructura que se encuentra en el surco auriculoventricular y que desemboca en la aurícula derecha.

Arterias que salen del corazón

- **Arteria Pulmonar** sale del ventrículo derecho y lleva la sangre a los pulmones.
- **Arteria Aorta** sale del ventrículo izquierdo y se ramifica en otras principales.

Venas que llegan al corazón

- **Cava superior** formada por las **yugulares** que vienen de la cabeza y las **subclavias** (venas) que proceden de los miembros superiores.
- **Cava inferior** a la que van las **ilíacas** que vienen de las piernas, las **renales** de los riñones, y la **suprahepática** del hígado.

2.- Patologías cardiacas: Enfermedad coronaria (EC)

Hace referencia a aquellas patologías que obstruyen el flujo sanguíneo a través de las arterias coronarias, debido a la **aterosclerosis** (angina de pecho, infarto de miocardio).

Consiste en el endurecimiento progresivo arterial por la acumulación en la cara interna de las mismas de lípidos, células fibrosas, cristales de colesterol y depósitos de calcio que van formando las denominadas **placas de ateroma** cerrando la luz de las arterias y obstruyendo el paso de la sangre y dando lugar a una **arteriosclerosis** en la que la pared arterial pierde elasticidad y es menos sensible a los cambios de volumen y presión sanguínea.

Cuando la arteria está ocluida en un 70% pueden presentarse síntomas de isquemia cardiaca.

▪ Angina de pecho/ angor

Es un síndrome clínico producido por una insuficiencia coronaria, desequilibrio entre demanda y suministro de oxígeno al miocardio lo que produce una isquemia transitoria.

Puede ser por un espasmo de la arteria coronaria con o sin aterosclerosis.

Se caracteriza por dolor u opresión torácica debido al ácido láctico producido por las condiciones anaerobias. Se irradia a brazos y cuello.

Angina estable: Las causas desencadenantes suelen ser: el ejercicio físico, al aumentar las demandas de oxígeno, situaciones estresantes, el frío por la vasoconstricción y la ingestión de comidas copiosas. Suele empeorar en circunstancias de anemia, hipertensión no controlada o fiebre. El dolor es definido como opresión, tirantez, quemazón o hinchazón. Se localiza en la zona del esternón, aunque puede irradiarse a la mandíbula, la garganta, el hombro, la espalda y el brazo o la muñeca izquierdos.

La duración del episodio es breve, de 5 a 15 minutos.

Cede con el descanso y al desaparecer la causa que lo provoca. Se trata farmacológicamente con nitritos sublinguales.

Angina Mixta: combinación de la de vasoespasmo y de esfuerzo.

Angina Inestable o síndrome coronario intermitente: No se relaciona con esfuerzo o factores estresantes, es una evolución del síndrome coronario, con arterias más endurecidas o arteriosclerosis. El dolor u opresión aparecen en reposo, en el pecho y suele extenderse a brazos, cuello o espalda. Suele darse a las mismas horas. Hay riesgo de que se produzca un infarto, arritmia o muerte súbita.

▪ **Infarto agudo de miocardio**

Es producido por una isquemia prolongada en individuos con arteriosclerosis que favorece la formación de uno ó más trombos causando la obstrucción parcial o completa de una ó más arterias coronarias.

Síntomas: Produce dolor precordial que surge espontáneamente, de intensidad progresiva y se irradia a uno o ambos brazos, cuello y mandíbula, espalda o epigastrio.

La duración es mayor a quince minutos y no cede con nitritos sublinguales.

Se puede acompañar de náuseas, vómitos, disnea, sudoración y síncope.

Síntomas en la mujer: presión abdominal, mareos, náuseas, vómitos, debilidad o fatiga sin motivo aparente, dolor en la articulación de hombro sin presencia del dolor precordial típico de los hombres.

Aparecen cambios en el **ECG:** elevación del segmento S-T por lesión y onda Q patológica si hay necrosis tisular que se refleja en las derivaciones de las zonas infartadas. Hay alteraciones enzimáticas: CPK (creatininfosforquinasa) y CPK-MB (enzima específica del músculo cardíaco) empiezan a elevarse a las 3-6 horas, llegando al pico a las 12-24 horas.

La denominación del infarto describe la zona donde se ubica la lesión: anterior, posterior, inferior, lateral o combinaciones de éstos.

Consecuencias del infarto; si este ha sido muy extenso se produce una dilatación cardíaca y un deterioro de la contractibilidad del corazón y puede aparecer Insuficiencia cardíaca (Fallo cardíaco). También puede producirse un defecto en el cierre de la válvula mitral lo que produce insuficiencia coronaria y congestión pulmonar .

En algunas personas pueden aparecer arritmias ventriculares o bloqueos, que se intentarán controlar con desfibriladores o marcapasos. Además puede padecerse angina inestable, signo de alto riesgo.

A-2. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) es una característica biológica o una conducta que aumenta la probabilidad de padecer o morir por una enfermedad cardiovascular en aquellas personas que la presentan. La ausencia de factores de riesgo no excluye la posibilidad de desarrollar enfermedad cardiovascular, y la presencia de ellos tampoco garantiza su aparición.

Los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica se dividen en dos grupos: **modificables y no modificables**.

Factores de riesgo no modificables son:

La edad: a medida que aumenta, el riesgo de cardiopatía coronaria se incrementa.

El sexo: los hombres tiene mayor riesgo hasta los 65-70 años en que se iguala con las mujeres.

Antecedentes familiares y factores genéticos: personas con casos familiares pueden presentar mayor riesgo.

Factores de riesgo modificables son:

La hipertensión arterial: los cambios que se dan en la pared arterial debidos a la existencia de una presión arterial excesiva prolongada en el tiempo favorecen la disminución de la luz del vaso y dificultan el paso de sangre a través de él, dificultando el aporte de oxígeno a los tejidos. En el caso del corazón aparecerá una isquemia ante aumentos leves o moderados de la demanda, que se puede manifestar como angina o como infarto de miocardio

La diabetes mellitus: el aumento de la cantidad de glucosa circulante en sangre favorece la aparición de cambios en la pared arterial en un sentido similar al de la hipertensión arterial, produciendo unos efectos finales análogos. El riesgo aumenta de modo exponencial en el caso de que ambos factores de riesgo estén presentes.

La dislipemia: consiste en la alteración de las concentraciones de grasas en la sangre (especialmente el colesterol total, sus derivados y los triglicéridos). El depósito de estos componentes en la pared de los vasos arteriales también ocasiona el estrechamiento gradual de su luz.

El tabaquismo: el hábito tabáquico aumenta el riesgo de padecer cardiopatía isquémica y se considera que contrarresta la efectividad de los tratamientos contra esta enfermedad. De este modo, el abandono total del hábito tabáquico, aun en edades avanzadas, redundará en una disminución de la aparición de cardiopatía isquémica en los pacientes de todas las edades.

Otros factores modificables son: la obesidad, el sobrepeso y el sedentarismo.

En estos factores de riesgo, el estilo y los hábitos de vida del propio paciente son importantes para su disminución.

Los FRCV, (hipertensión, colesterol, diabetes, sedentarismo, obesidad y consumo de tabaco) se **distribuyen con distinta importancia en mujeres y hombres**. Las mujeres muestran más riesgo por hipertensión, diabetes y sedentarismo, y los hombres proporcionalmente más por consumo de tabaco.

Los factores de riesgo de cardiopatía isquémica se asocian a menudo entre ellos, dando como resultado una potenciación de sus efectos.

A-3. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPIAS INVASIVAS

Ecocardiograma

Es una prueba en la que se utiliza el ultrasonido para detectar anomalías en el funcionamiento y estructuras del corazón y de los grandes vasos.

Entre las distintas modalidades destacar el DOPPLER que posibilita el cálculo de la velocidad, la dirección y el volumen del flujo sanguíneo a través del corazón y grandes vasos.

Prueba de esfuerzo (ergometría)

La prueba de esfuerzo (PE) o ergometría consiste en someter al paciente a un esfuerzo físico controlado para averiguar si aparecen alteraciones cardiovasculares ausentes en reposo y que pueden manifestarse con el ejercicio.

Indicada para predecir la posibilidad de que aparezcan episodios de angina en pacientes postinfartados, evaluar la eficacia de ciertos tratamientos, valorar y estratificar el riesgo cardíaco antes de iniciar un programa de rehabilitación cardíaca y conocer la capacidad de realizar determinado ejercicio físico.

Se realiza en un cicloergómetro o bicicleta ergométrica (bicicleta estática con freno mecánico o electrónico) o bien en el tapiz rodante. El nivel de ejercicio realizado se expresa como consumo de O₂ máximo (VO₂ máx.) o en METS (las veces que se aumenta el VO₂ con el ejercicio).

Cateterismo cardíaco

Consiste en la introducción de catéteres en el sistema cardiovascular para la comprobación de estenosis u oclusión de las arterias coronarias así como la presencia de disfunción miocárdica por infarto.

La inyección de contraste yodado permite visualizar imágenes de las cavidades cardíacas, arterias coronarias (coronariografía) y grandes vasos, siendo la única técnica que permite la medición directa de presiones intracavitarias y la identificación de zonas estenóticas.

El cateterismo cardíaco terapéutico permite la revascularización miocárdica al dilatar segmentos estenosados del árbol coronario.

Las técnicas utilizadas son:

- **La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP)** o dilatación de la arteria coronaria estenosada con un balón especial localizado en el extremo del catéter que, hinchándose desde el exterior, aplasta y rompe la placa de ateroma. Para mantener la dilatación del segmento tratado se utiliza el *Stent*, dispositivo metálico especial montado sobre un balón que al hincharse lo fuerza a abrirse presionando

contra la arteria coronaria, permaneciendo abierto una vez se deshincha el balón y se extrae el catéter.

- **La aterectomía rotacional:** pulveriza la placa por medio de un dispositivo en forma de fresa, colocado en el extremo distal de un catéter, que gira a elevada velocidad.

La cirugía de revascularización coronaria (CABG o by-pass).

Es un procedimiento que utiliza un segmento de vena (generalmente la safena) para conectar la aorta y la arteria coronaria distal a la lesión obstructiva. Otra opción es realizar la anastomosis de la arteria mamaria a la arteria coronaria distal a la lesión obstructiva.

A-4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y ADHERENCIA

El objetivo del tratamiento será evitar el progreso de la enfermedad y mejorar el funcionamiento del corazón.

▪ **Acción, recomendaciones de uso y efectos secundarios** de los fármacos:

Estatinas: Objetivo: LDL < 100 mg/dl. SIMVASTATINA, ATORVASTATINA, ROSUVASTATINA. **Efectos secundarios:** dolores musculares, miopatía, alteraciones en pruebas hepáticas, estreñimiento, molestias digestivas.

Betabloqueantes: ATENOLOL, METROPROLOL Y PROPRANOLOL. Disminuyen las necesidades miocárdicas de O₂, la frecuencia cardiaca y la TA. **Efectos secundarios:** mareos, bradicardia, hipotensión, insomnio, disminución de la libido e impotencia. Síndrome de retirada o “efecto rebote”: la supresión brusca puede precipitar angor o infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca o arritmias.

Antagonistas del calcio: AMLODIPINO, NIFEDIPINO, VERAPAMILO. Disminuyen las necesidades de oxígeno en el músculo cardiaco y favorecen la dilatación de las arterias coronarias. **Efectos secundarios:** cefalea, sofocos, edemas maleolares, mareos, palpitaciones, estreñimiento. Interacción del verapamilo con los betabloqueantes; no indicada su asociación.

IECAS: ENALAPRIL, CAPTOPRIL, RAMIPRIL. Mejoran la función del corazón y disminuyen la TA, reducen la hipertrofia del músculo cardiaco. **Efectos secundarios:** tos persistente, hipotensión.

ARA II: TELMISARTAN, LOSARTAN, VALSARTAN. Como alternativa a los IECAS.

Nitratos: Disminuyen la demanda de oxígeno. Efecto vasodilatador coronario. La NITROGLICERINA está indicada por vía sublingual en el tratamiento de la crisis de angina. Para la profilaxis a largo plazo de la angina están aconsejados los nitratos de duración prolongada, de liberación retardada (DINITRATO DE ISOSORBIDA “RETARD”, MONONITRATO DE ISOSORBIDA “RETARD”) y los parches transdérmicos de nitroglicerina. **Efectos secundarios:** disminución brusca de TA, mareos, rubor facial transitorio, dolor de cabeza o palpitaciones. Tolerancia y dependencia. Para evitar la tolerancia, los preparados “retard” suelen administrarse en 2 dosis dejando un intervalo libre de nitratos de 10-12 h. En el caso de los parches transdérmicos, se aconseja la utilización durante 12-14 horas, retirándolos durante la noche y cambiando la zona de aplicación. Al retirar bruscamente la medicación, se ha observado vasoconstricción de rebote. Para evitarlo: reducción gradual de dosis. **Interacciones:** Especialmente importante con sildenafilo (Viagra) y análogos.

Recomendaciones:

- ♦ Ante la aparición de dolor, tomar nitroglicerina 1 comprimido sublingual ó 1-2 pulsaciones repetidas cada 5 minutos hasta 3 veces. Comienzo de acción: 2-5 minutos por vía sublingual.
- ♦ Llevar siempre este medicamento consigo evitando el contacto directo con el calor corporal .
- ♦ Observar caducidad. Proteger de la luz y temperatura extrema.

Antiagregantes Plaquetarios : AAS y CLOPIDOGREL. Previenen la formación de trombos arteriales, formados en arterias con arteriosclerosis que las plaquetas han intentado reparar . Se aconsejan tomar después de las comidas. Efectos secundarios: trastornos gastrointestinales (úlceras gástricas, úlcera duodenal, hemorragia gastrointestinal, dolor abdominal, dispepsia, náuseas, vómitos). **Interacciones:** puede aumentar el riesgo de hemorragia si se asocia a AINE o anticoagulantes. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios desaconseja el uso concomitante de OMEPRAZOL O ESOMEPRAZOL, excepto que se considere estrictamente necesario con el CLOPIDOGREL por posible disminución del efecto antiagregante.

Ante una intervención quirúrgica no se suelen sustituir por heparina (ya que esta es un anticoagulante), si es preciso se suspenden y se reintroducen a los 5 días.

Anticoagulantes: WARFARINA, ACENOCUMAROL, DABIGRATAN, HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR. Intervienen en la coagulación sanguínea evitando la formación de coágulos formado por fibrina y hematíes en lugares con estasis sanguínea, patología valvular..etc. Previenen el embolismo sistémico de origen cardíaco. Es importante el control periódico y estricto en algunos de ellos. Se considera de elección el ACENOCUMAROL. **Efectos adversos:** la hemorragia en diversos órganos es una reacción adversa frecuente asociada. Es preciso comprobar de forma regular el Cociente Normalizado Internacional (INR) y ajustar la dosis requerida. Las inyecciones intramusculares pueden causar hematomas durante el tratamiento con anticoagulantes y por tanto deben evitarse. **Antídoto:** la sobredosis se trata con vitamina K. Reducen el efecto las dietas con vegetales crudos -verduras- y frutas (con gran contenido en vitamina K: espinacas, brócoli, repollo, coliflor, coles de Bruselas, té verde, grelos, aguacate).

DABIGRATAN, no interacciona con alimentos (verduras) ni precisa monitorización (controles). Sin embargo, uno de los inconvenientes es que no hay antídoto disponible.

LAS HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR, se utilizan ante sangrados activos importantes y ante la aplicación de determinados protocolos quirúrgicos o endoscopias, en ambos casos, tras la suspensión del **anticoagulante** oral. **Efectos adversos:** hemorragias y trombocitopenia. Alteraciones alérgicas. Con dosis altas y prolongadas: osteoporosis. Reacciones locales en el lugar de aplicación.

▪ **Control de la adherencia farmacológica.**

El incumplimiento no detectado conduce a intensificar la prescripción de fármacos. Para evitar esta situación, se recomienda:

- Evaluar conocimientos, actitudes y habilidades sobre el tratamiento farmacológico: indicaciones de los fármacos, dosis, frecuencia, horario, efectos adversos, riesgo/beneficio de tomarlos o no, olvido de dosis y actuación, automedicación.
- Si se detecta incumplimiento, averiguar las causas: creencias relacionadas con la enfermedad y los fármacos, interferencias en la vida diaria, desconfianza en el tratamiento, con el prescriptor, expectativas, motivos socioeconómicos, otras causas de falta de adherencia.
- Intervenciones para prevenir y actuaciones una vez detectado: no culpabilizar, respetar principio de autonomía, combinar varias estrategias para mejorar la adherencia (recordatorios, seguimiento telefónico, refuerzos, implicación de la familia...), asegurarse la comprensión, aptitud y actitud que faciliten la adherencia.

A-5. ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE

Tras un evento cardiovascular la alimentación será SENCILLA, SALUDABLE Y ADECUADA.

- Para conseguir un normopeso, o al menos una reducción del 10%.
- Que lleve poca sal, unos 3gr /día de consumo, para prevenir la retención de líquido y el aumento de la TA.
- Cocinada de forma sencilla y sin grasa, cocida, plancha ,horno...
- Con ingesta de agua de 1,5 a 2 l. /día o mayor si se realiza ejercicio físico.

1. FRUTAS ,VERDURAS Y HORTALIZAS, se consumirán 5 raciones/día, unos 400g. ricos en antioxidantes y vitaminas.
2. PAN, CEREALES, se tomarán cada día LEGUMBRES y PATATAS, 3-4 veces por semana.
3. LÁCTEOS, mejor desnatados, para evitar grasas saturadas,2-3 raciones/día.

4. PESCADO, por sus proteínas de alto valor biológico y sus grasas saludables y cardioprotectoras , grasos omega 3, especialmente el pescado azul, al menos 3-4 raciones/semana.

Las conservas de pescado, aunque tienen omega 3 se debe tener en cuenta su alto contenido en sal y calorías si son en aceite.

5. CARNE VACUNO ,CERDO ,POLLO Y CONEJO, de las dos primeras procurar que sean partes magras, sin grasa evidente, limitando su consumo ya que son ricas en grasa saturadas y colesterol, al igual que los EMBUTIDOS, que además tienen alto contenido en sal y son muy calóricos.

Los productos ibéricos tienen ácidos grasos insaturados pero también saturados y sal.

POLLO Y CONEJO, son las más adecuadas, retirar pieles y grasas.

6. GRASAS:
 - SATURADAS: se encuentran en alimentos de origen animal (lácteos, carne...) y vegetal (coco y palma).Se recomienda reducir al máximo su consumo.
 - MONOINSATURADAS: en frutos secos (excepto cacahuetes y pistachos, cuidado que no sean fritos y salados) y aceite de oliva que es el recomendado para el consumo diario pero que no supere el 30% de la ingesta.
 - POLIINSATURADOS: se incluyen los omega 3 (pescado azul) y omega 6 (semillas y cereales).Muy recomendado su consumo.

7. Instrucciones de uso moderado de ALCOHOL Y CAFÉ.

(Si no existen contraindicaciones médicas 1 copa/ día en mujeres y 2 en hombres)

Evitar café o bebidas excitantes por su relación con stress y nerviosismo.

El abuso del alcohol favorece el aumento de la TA, aumenta el riesgo de accidente cardiovascular y el desarrollo de arritmias y miocardiopatías.

A-6. ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO FÍSICO

Conceptos

- Actividad física: movimiento corporal que produce gasto de energía (actividades de la vida diaria, tareas del hogar, desplazamientos, actividades de ocio, etc.).
- Ejercicio físico: actividad física planificada, estructurada y repetitiva cuyo objetivo es la mejora o mantenimiento de la forma física.
- Consejo de ejercicio físico: indicaciones generales, poco definidas y no supervisadas.
- Prescripción de ejercicio físico: programa de ejercicio en el que se indica tipo, duración, frecuencia e intensidad del esfuerzo con seguimiento de un profesional.

Modalidades de ejercicio físico

- De resistencia cardiorrespiratoria.
- De fuerza/resistencia muscular.
- De flexibilidad.

Beneficios del ejercicio físico

- Bienestar físico (mejora la capacidad pulmonar, la función cardiovascular, fortalece el aparato osteomuscular, disminuye riesgo de caídas...)
- Bienestar psico-emocional (mejora el estado de ánimo y aumenta la autoestima)
- Bienestar social (fomento de la sociabilidad, ayuda a mantener una vida independiente, favorece la integración, ...) y mejora en definitiva la calidad de vida.

Evaluación del estado de salud y aptitud física previo a la prescripción.

- Anamnesis y exploración física.

Recomendaciones de la prescripción

Sencilla, atractiva, individualizada, considerando condiciones, la capacidad funcional y circunstancias de la persona. Fomentar la suma de actividad física y ejercicio físico.

- Actividad física moderada: 30 minutos de 5 a 7 días de la semana (caminar, subir escaleras, jardinería, huerto, baile...).
- Ejercicio físico de intensidad entre el 60-85% de la frecuencia cardiaca máxima teórica ($220 - \text{edad}$) y/ o según la percepción subjetiva de esfuerzo (escala de Borg), durante al menos 30 minutos, 2 ó 3 días a la semana no consecutivos.

Normas generales

- Iniciar un programa de aumento progresivo de la actividad física.
- Evitar temperaturas extremas y 2 h. después de la comida principal.
- Ropa adecuada.
- Si aparece dolor durante el ejercicio descansar, si persiste colocar un comprimido de nitroglicerina sublingual.
- Si presenta mareos, fatiga o cansancio intenso, cese inmediato de la actividad física y comunicación al profesional sanitario.

Fases del ejercicio físico

- De calentamiento (5-10 minutos).
- Aeróbica.
- De disminución gradual y vuelta a la calma (5-10 minutos).

Metodología de la intervención

- Si el paciente ya realiza actividad y ejercicio físico: felicitarle y comprobar si reúne las características de cantidad y calidad para que sea útil para su salud.
- Si es de inicio después del evento cardiovascular: explicarle los beneficios que puede obtener, evaluar su estado de salud y forma física, prescribir según preferencias el que sea más adecuado a su situación en duración, intensidad y frecuencia. Información de las normas generales para la práctica del ejercicio.
- Enseñar/ comprobar que el paciente realiza correctamente la medición de la frecuencia cardiaca si se considera oportuno.

Situaciones especiales

Si además de la enfermedad cardiovascular están presentes alguno/s de los factores de riesgo que se describen a continuación:

- Hipertensión: evitar efecto de Valsalva durante el ejercicio. Si toma IECAS, ARA II, CALCIOANTAGONISTAS Y ALFABLOQUEANTES, la fase de vuelta a la calma será de mayor duración. Si toma BETABLOQUEANTES , VERAPAMILO la intensidad del ejercicio se efectuará según percepción subjetiva de esfuerzo (escala de Borg).
- Diabetes: prevenir la hipoglucemia y lesiones en los pies. Ejercicios recomendados.
- Obesidad: ejercicios recomendados, ingesta calórica y progresión en la intensidad según forma física.

A-7. AUTOCUIDADO Y AFRONTAMIENTO PSICOEMOCIONAL

El sufrir un evento cardiovascular genera a partir de ese momento, una cascada de **sentimientos** en gran parte negativos. Adaptarse a vivir con una enfermedad supondrá hacer frente a muchos RETOS Y PREOCUPACIONES y es normal que se experimenten ciertas **alteraciones emocionales**, como consecuencia de las nuevas situaciones que se ven obligados a vivir.

No es fácil hacerse a la idea de tener que medicarse siempre, que se debe modificar el estilo de vida y aprender muchas cosas para cuidarse en todo momento y así reducir los riesgos para la salud.

Todo ello genera un alto nivel de **estrés**, que se puede manifestar como **ansiedad, angustia, depresión**...y que en sí mismas son negativas y de riesgo para la enfermedad cardiovascular.

Es importante enseñar al paciente a tomar conciencia de que este proceso que sucede en su interior es normal pero debe conducirlo adecuadamente y que las emociones influyen directamente sobre su salud y su calidad de vida, actual y futura.

El **estrés** post evento tiene unas manifestaciones:

- Fisiológicas : aumento de TA, FC, Glucemia... y esto le hará sentirse peor

- Psicológicas :

 - Análisis catastrofista de su situación, esto supondrá dificultades para la recuperación del nivel de actividad anterior.

 - Análisis "falsamente optimista" o negación, supondrá dificultades para abordar cambios imprescindibles que consigan la rehabilitación.

Actuación:

1. Analizar con el paciente esos sentimientos y emociones, situándolos más cerca de la realidad. Poner nombre a los sentimientos:

- Culpabilidad.

- Ira ,frustración e impotencia.

- Miedo, ansiedad.

- Preocupación e incertidumbre.

- Soledad e incomprensión.

- Depresión.

- Estrés.

Después de reconocer todos estos sentimientos ,hay que evitar sus consecuencias negativas, esa será la diferencia en la forma de afrontar la enfermedad : **la actitud**, procurar que sea positiva.

- Hablarles de los pensamientos automáticos irracionales.

- Lograr un nivel de actividad saludable comenzando paulatinamente, sin retrasos ni excesos.

2. Entrenamiento para enfrentarse a situaciones estresantes y reasumir sus actividades

- Buscar con el paciente las situaciones que le producían estrés en el pasado.
- Analizar alternativas a estas situaciones y otras formas realizar esas actividades.
- Entrenar con él habilidades para afrontar estas situaciones. Buscar pequeños objetivos.
- Modificar conductas características de personalidad tipo A.

3. Aprender técnicas y habilidades para controlar y manejar el nivel de estrés

-Ejercicios de **relajación** física y mental

-Técnica de **relajación progresiva**:

- Consiste en ejercicios de tensión distensión de los principales grupos musculares (pies pantorrilla, muslo , glúteo, reg. abdominal pecho, espalda, manos brazos, cuello, cara, frente..) pensando en ellos y concentrándose en la sensación.
- Durante 2-3 semanas ,30 min/ día, relajación larga y profunda.
- Las siguientes semanas 5-10 min /día, relajación breve.
- De aquí en adelante 2-3 veces/semana y cuando precise.

-Técnica de **meditación**:

- Consiste en llevar a cabo un ejercicio mental cuyo objetivo es acallar el pensamiento consciente para poder percibir información que procede de niveles más profundos en nuestra mente.
- Escoger un lugar tranquilo, postura cómoda, actitud pasiva y concentrarse en un estímulo para enfocar la atención.
- Elegir una palabra o frase sobre la que enfocar la atención.
- Cerrar los ojos, relajar los músculos, respirar lentamente y repetir mentalmente la palabra o sonido al espirar. Podemos ayudarnos con música.
- Evitar otros pensamientos y continuar repitiendo el sonido al exhalar.

-Ejercicios de control de **Respiración**

La respiración es un mecanismo de autorregulación del organismo. Su ritmo y volumen se adapta a la actividad y necesidades fisiológicas. Al revés también ocurre, es decir una respiración tranquila, hace que la respuesta orgánica sea así.

Para el paciente cardiovascular es un excelente ejercicio que mejora la circulación sanguínea a través del masaje que produce la respiración profunda en los órganos.

Tipos de respiración:

- **Clavicular** : al inspirar el aire llena la parte superior de los pulmones, elevándose las clavículas, y al espirar sale rápidamente. Permite poca entrada de aire. Es una respiración superficial. Se produce en momentos de ansiedad.
- **Costal o torácica**; al inspirar el aire llena la parte media de los pulmones, se expanden las costillas y se eleva el tórax.
- **Abdominal o diafragmática** : al inspirar se llena la parte baja de los pulmones, lo que desplaza el diafragma hacia abajo y el abdomen se hincha. Proporciona mucha entrada de aire.
- **Completa** .es la combinación de los tres tipos de respiración en un único movimiento uniforme.

En una postura cómoda y relajada sentado o tumbado, se puede practicar.

Se intentará hacer una secuencia en **cuatro etapas**:

-inspiración-pausa-espiración-pausa, intentando variar la duración de cada etapa, contando mentalmente desde 0 hasta donde se llegue procurando conseguir que la espiración dure más que la inspiración .

Este ejercicio con entrenamiento, es muy útil para atajar las crisis de ansiedad.

A-8. DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Efectos perjudiciales del tabaco

El tabaco se considera un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, la patología neoplásica, las enfermedades respiratorias crónicas, dependencia a sustancia adictiva y deterioro de la calidad de vida.

Enfermedades cardiovasculares: Aproximadamente el 33% se atribuyen directamente al consumo del tabaco. Entre estas cabe destacar: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad vascular periférica, etc. El CO del humo del tabaco es el principal responsable de estos procesos. Esta sustancia es capaz de unirse a la hemoglobina sanguínea y producir carboxihemoglobina (HbCO). La HbCO altera las células endoteliales de la capa íntima de la pared vascular produciendo necrosis de las mismas. Dicha necrosis lleva a que aparezcan calcificaciones y depósito de colesterol. En consecuencia se producen placas de ateroma. Los sujetos fumadores tienen en sus arterias un número de placas de ateroma considerablemente mayor que el que tienen los sujetos no fumadores.

El consejo sanitario o intervención breve

- Preguntar por el hábito tabáquico a todos los pacientes.
- Nuestra intervención con población fumadora en fase de **precontemplación** y **contemplativa** implicaría ofrecer el **consejo sanitario breve**: debemos informar de los riesgos para el fumador y para quienes le rodean y de los beneficios del abandono.
- **El consejo** debe ser:

Firme y serio: la seriedad en el “debe dejar de fumar o tiene que dejar de fumar”, ha de ser lo suficiente clara y convincente para al menos hacerle reflexionar.

El “debe” dejar de fumar tiene que ir acompañado del “**como**” tiene que hacerlo.

Breve: con 3 minutos es suficiente para que resulte eficaz.

Debe informar de los riesgos para el fumador y los de quienes le rodean, y de los beneficios del abandono.

Intervención sistematizada

A las personas preparadas, es decir, motivadas para intentar dejar de fumar en los próximos 30 días, podemos ayudarlas ofreciéndoles:

- Asesoramiento práctico e intervención psicosocial. Para ello realizaremos las siguientes actividades:
 - Establecer la valoración y tratamiento en la visita basal
 - Dependencia física: test Fagerström
 - Índice de paquetes/año

- Cooximetría: nivel monóxido de carbono (CO) y carboxihemoglobina (HBCO)
 - Acordar con el paciente una fecha de abandono adecuada (día D) en las 4 semanas siguientes, que puede coincidir con algún día con un significado especial. Deben evitarse épocas de tensión, pero reconociendo que nunca es el momento ideal
 - Todos los fumadores que estén en fase de preparación pueden recibir una o dos tipos de intervención: una conductual y psicosocial encaminada a combatir la dependencia psíquica que pudiera padecer y otra farmacológica para aliviar la dependencia física por la nicotina
 - El asesoramiento conductual les va a proporcionar la suficiente ayuda como para poder superar la dependencia psíquica, social y gestual que el consumo del tabaco pudiera ocasionarles.
- **Recomendaciones para los días previos:**
 - Lista de motivos: hacer una lista de los motivos por los que se quiere dejar de fumar.
 - Registro de cigarrillos: Anotar la hora, la situación y la necesidad de fumar.
 - Buscar apoyos: Conseguir la ayuda del entorno familiar, laboral y social.
 - Realizar pautas de desautomatización: cambiar la marca de cigarrillos, fumar con la mano contraria, retrasar 5 minutos el fumar, no tener el paquete de tabaco y el mechero cerca, escoger un solo sitio en casa para fumar, etc.
 - **Recomendaciones para los primeros días:**
 - Pensar: “hoy no voy fumar”; pensar solo en el día a día concreto.
 - Distraerse: buscar actividades de ocio y entretenimiento que le tengan ocupado.
 - Practicar relajación: ejercicios de relajación sencillos, como hacer respiraciones profundas, que ayuden a que pase la necesidad urgente de fumar.
 - Realizar ejercicio físico adaptado a cada paciente, que además de relajarle, ayudara a controlar el peso.
 - Beber agua y zumos ricos en vitamina C, que ayudaran a eliminar nicotina.
 - Consejos dietéticos dirigidos a mantener el mismo tipo de alimentos, pero evitando azúcares y alimentos ricos en calorías; conviene evitar el consumo de alcohol y café durante las primeras semanas.
 - Establecer recompensas: emplear el dinero ahorrado en algo que apetezca.
 - Recomendaciones para el síndrome de abstinencia.
 - Entregar material informativo, una guía práctica y el resumen de las recomendaciones.

Evaluación del síndrome de abstinencia

Es el conjunto de síntomas provocados por la reducción o suspensión brusca de la dosis habitual de una sustancia de la que se tiene dependencia.

El síndrome de abstinencia se manifiesta pocas horas después de dejar de fumar y tiene una duración de 2-3 semanas, siendo su intensidad máxima entre el 2º y el 3º día.

A continuación se relacionan los diversos síntomas del síndrome de abstinencia y las recomendaciones para cada uno de ellos:

SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

SINTOMAS	RECOMENDACIONES
Deseo intenso de fumar: craving.	Beber agua o zumos. Pensar que ese deseo desaparece. Masticar chicle sin azúcar o comer algo. Respirar profundamente 3 veces seguidas. Cambiar de actividad.
Insomnio	Tomar leche caliente, infusiones. Evitar tomar café y bebidas con cafeína. Hacer ejercicio. Intentar técnicas de relajación.
Cefalea	Tomar una ducha o baño templado. Intentar técnicas de relajación.
Estreñimiento	Tomar una dieta rica en fibra, beber agua. Ejercicio físico.
Dificultad de concentración	No exigir un alto rendimiento durante 1-2 semanas. Evitar bebidas alcohólicas.
Nerviosismo-ansiedad	Caminar, hacer ejercicio, tomar un baño con agua templada. Evitar el café y bebidas con cafeína. Intentar técnicas de relajación.
Cansancio	Aumentar las horas de sueño y descanso.
Hambre-aumento de peso	Beber mucha agua y zumo que no engorde. Vigilar la ingesta de grasas, alimentos ricos en calorías. Hacer ejercicio.

Tratamiento farmacológico

Se consideran tratamientos de 1ª línea para la deshabituación tabáquica la **TSN (terapia sustitutiva de la nicotina), el bupropión y la vareniclina.**

El tratamiento farmacológico alivia el craving y el síndrome de abstinencia y su uso ayuda a prevenir las recaídas.

TERAPIA SUSTITUTIVA DE LA NICOTINA (TSN)

FÁRMACOS	Parches de nicotina Chicles nicotina Comprimidos para chupar
Presentaciones Dosis/Duración Instrucciones	<p>Parches de 24 y 16h. Chicles de 2 y 4mg. El comprimido de 1mg equivale a un chicle de 2 mg</p> <p>Un parche al día. Dar el de 4mg si alta dependencia(>5 en Fagerström)</p> <p>Durante su uso NO SE DEBE FUMAR y son un complemento a la intervención psicosocial.</p> <p>No pasar de 25 chicles/día de 2mg, ni de 15 chicles/día de 4mg.</p>

BUPROPIÓN

FÁRMACO	Bupropión
Presentaciones Dosis/duración Instrucciones Efectos adversos Contraindicaciones	<p>Comprimidos de 150 mg.</p> <p>150 mg cada mañana durante 6 días; después 150 mg/2 veces al día separadas al menos por un intervalo de 8 horas.</p> <p>Empezar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar.</p> <p>Prolongar el tratamiento de 7 a 9 semanas desde el día que deja de fumar.</p> <p>Fijar el Día D para dejar de fumar después de 1-2 semanas del inicio del tratamiento.</p> <p>Acompañar de apoyo/seguimiento.</p> <p>Cefalea.</p> <p>Insomnio.</p> <p>Sequedad de boca y alteraciones del sentido del gusto.</p> <p>Reacciones cutáneas/hipersensibilidad.</p> <p>Hipersensibilidad al producto.</p> <p>Trastorno convulsivo actual o antecedentes.</p> <p>Cirrosis hepática grave.</p> <p>Tumor SNC.</p> <p>Deshabitación brusca de alcohol o benzodiacepinas.</p> <p>Diagnostico actual o previo de anorexia-bulimia.</p> <p>Uso de IMAO en los 14 días previos.</p> <p>Antecedentes de trastorno bipolar.</p> <p>Niños y adolescentes.</p> <p>Embarazo y lactancia.</p>

VARENICLINA

FARMACO	Vareniclina
Presentaciones Dosis/duración Instrucciones Efectos adversos Contraindicaciones Precauciones	Comprimidos de 0,5 mg y 1 mg. Del 1º al 3º día: 0,5 mg una vez al día. Del 4º al 7º día: 0,5 mg dos veces al día. Del 8º día al final de tratamiento: 1 mg dos veces al día. Duración del tratamiento: 12 semanas. Iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar. Los comprimidos deben tragarse enteros con agua y tomarlos durante o después de las comidas. Acompañar de apoyo psicológico y seguimiento. Nauseas. Cefalea. Insomnio y sueños anormales. Estreñimiento y flatulencia. Vómitos. Hipersensibilidad al producto. No se recomienda su uso en menores de 18 años. Posibilidad de desarrollar síntomas depresivos. No usar en embarazo ni lactancia. No existen interacciones clínicamente significativas. No existe experiencia clínica en pacientes con epilepsia.

A-9. DIABETES

Concepto de diabetes y/o prediabetes.

Tipos de diabetes : I y II.

Cifras de criterio **diagnóstico**:

- Glucemia basal \geq 126 mg/dl.
- Hemoglobina glicosilada HbA1c >6,5% (repetida a los pocos días).
- Síntomas de diabetes y glucemia al azar > 200 mg /dl.

Cifras consensuadas de **prediabetes**:

- Glucemia basal alterada : glucemia plasmática de 110 a 125 mg/dl.
- Intolerancia a la glucosa : glucemia plasmática a las 2 h. de SOG de 140- 199 mg/dl.

Objetivos de control glucémico:

- Deben ser individualizados según el riesgo que suponga una hipoglucemia, viendo antecedentes , medicación y enfermedades asociadas. Se relaciona hipoglucemia con riesgo de angina o síntomas cardiacos.
- HbA1c **7-7,9%** respecto al objetivo general. Cifras de HbA1c <7%, según últimos estudios, no producen empeoramiento a nivel macrovascular y sí beneficios microvasculares ,pero sin el riesgo que suponen las hipoglucemias de un nuevo evento CV.

Riesgo cardiovascular:

- La relación es muy importante, hasta un 75% de pacientes diabéticos fallecen por enfermedad CV.
- Este riesgo disminuye con un buen control.
- Por cada 1% de disminución de Hb1A1 ,dentro de los objetivos, se reduce el riesgo de IAM en 10 años.

Tratamiento de la ECV en diabéticos:

- Los pacientes con IAM se tratarán con angioplastia y si no es posible, dentro de los 90 minutos posteriores al evento con tratamiento trombolítico.
- Betabloqu coastes.
- AAS.
- Clopidogrel 75 mg + AAS durante 4 semanas en SCACEST y 12 semanas en SCASES.T
- IECAS a partir de las 36 horas.

Educación diabetológica

1- Alimentación

- Ingesta diaria adecuada en calorías orientada a conseguir y mantener un normopeso.
- Repartirla en 4-5 comidas.
- Distribución equilibrada de carbohidratos a lo largo del día.
- Consumir preferentemente carbohidratos complejos, con índice glucémico bajo, ricos en fibra (verduras, legumbres, frutas, cereales integrales, y lácteos desnatados).
- Evitar grasa saturadas y trans ó hidrogenadas.
- Alcohol, es hipoglucemiante, por ello consumir moderadamente y siempre acompañado de comida.

2- Ejercicio Físico y diabetes

- Mejora el control de la glicemia.
- Su prescripción será individualizada.
- Es recomendable, en general, combinar ejercicio aeróbico adecuado 5 veces a la semana y ejercicio de fuerza 3 veces a la semana.
- Control de hipoglucemias, ajustando ingesta de hidratos de carbono y medicación.

3. Tabaco: abandono

4. Medicación

-Metformina, actúa disminuyendo la producción hepática de glucosa y aumentando algo la captación periférica de la misma.

-Sulfonilureas, estimulan la secreción de insulina por las células beta pancreáticas,(ojo! hipoglucemias).

-Glibenclamida, estimula la secreción de insulina, su acción es parecida a las sulfonilureas pero más rápida y corta (4-6 h.) Puede producir hipoglucemias.

-Pioglitazona, reduce la resistencia a la insulina, fundamentalmente en los tejidos periféricos. También inhibe la gluconeogénesis hepática. No produce hipoglucemias.

-Análogos de GLP1. Las incretinas son péptidos endógenos secretados en el intestino delgado en respuesta a la ingesta de alimentos. Estimulan la secreción de insulina e inhiben la de glucagón de manera glucosa-dependiente. Además, enlentecen el vaciamiento gástrico produciendo sensación de saciedad. Tienen una vida media muy corta, siendo inactivados en minutos por la enzima dipeptidil peptidasa 4 (DPP-4).

Reproducen las acciones de esta hormona, al tener una afinidad comparable por el receptor de GLP-1 y ser resistentes a la degradación de la enzima DPP-4.

Ambos polipéptidos deben administrarse por vía subcutánea, pues son degradados por el jugo gástrico. No hipoglucemias

-Inhibidores DPP4, inhiben las alfa glucosidasa intestinales retardando la absorción de los hidratos de carbono. Mediante un bloqueo temporal de la enzima DPP-4 retrasan la degradación de las incretinas prolongando su acción. No producen hipoglucemias ni aumento de peso.

-Insulinas: basal, mezcla, rápida y ultrarrápida.

5. Complicaciones

5.1. Agudas

5.1.1. **Hipoglucemias:** Glucemia menor de 70 mg/dl. Especialmente en cardiopatas muy graves. Enseñar síntomas (sudor frío, temblor, visión borrosa, vacío estómago...) y entrenar en el tratamiento (llevar azúcar 1 sobre o glucosa 2 comp., 200 ml. zumo, comer, glucagón,...)

5.1.2. **Hiperglucemias:** glucemia mayor de 300 mg/dl, determinar cetonuria, si esta es importante derivar hospital y si no monitorizar glucemias y valorar Insulina rápida y posibles cambios de tratamiento después de analizar las posibles causas.

5.2 Crónicas

5.2.1. **Retinopatía diabética** es una complicación vascular específica de la diabetes que es dependiente de su duración y está asociada al grado de control glucémico.

La RD no causa síntomas hasta que está en un estadio avanzado.

Se recomiendan revisiones por un oftalmólogo para realizar fondo de ojo (FO) por oftalmoscopia con dilatación pupilar o bien fotografía de la retina con cámara no midriática (retinografía).

La revisión se recomienda anualmente, o más frecuentemente si el FO está alterado.

5.2.2. **Neuropatía.** Es una complicación frecuente en pacientes con diabetes mellitus y afecta a su calidad de vida.

Las formas de presentación más frecuentes son la polineuropatía distal simétrica y la neuropatía autonómica.

- La polineuropatía distal simétrica (PND). Es la más común de este grupo. Produce un déficit sensitivo-motor. El diagnóstico se basa en la anamnesis y la exploración física. Síntomas: hipoestesia en guante y calcetín, arreflexia aquílea, dolor de predominio nocturno que mejora con la bipedestación y al caminar (al contrario que el isquémico).

- Neuropatía autonómica. Se asocia al tiempo de evolución. Un 50% de los pacientes con neuropatía diabética padecen neuropatía autonómica asintomática. Comporta un mal pronóstico. Puede dar síntomas como ,gastroparexias, diarreas, disfunción vesical, hipoglucemias inadvertidas e hipotensión ortostática. Se asocia a muerte súbita, arritmias cardiacas e isquemia miocárdica silente.

5.2.3. Nefropatía. Se debe realizar anualmente estimación del filtrado glomerular y cuantificación de la albuminuria.

Un filtrado glomerular < 60 ml/min repetido en dos ocasiones en un periodo de tres meses es criterio diagnóstico de insuficiencia renal (IR). El índice albúmina/creatinina se considera el método diagnóstico de elección para la detección de albuminuria (de tres determinaciones, dos deben ser positivas en seis meses).

5.2.4. Pie diabético. Es consecuencia de una pérdida de sensibilidad por neuropatía, acompañado o no de enfermedad arterial periférica y con o sin deformidades estructurales

Exploración básica al menos una vez al año (3 pasos):

- Paso 1: inspección: deformidades osteoarticulares, piel y uñas.

- Paso 2: exploración de la pérdida de sensibilidad protectora:

* Sensibilidad táctil: monofilamento de Semmes-Weinstein 5,07 (10 g) en cuatro puntos (pulpejo de 1er dedo, cabezas de 1º, 3º y 5º metatarsiano)

Y otro de las siguientes:

* Sensibilidad vibratoria con diapason de 128 Hz en la base de la uña del primer dedo o articulación metatarso-falángica del primer dedo de cada pie.

* Sensibilidad al pinprick: sensibilidad dolorosa al pinchazo en la raíz de la uña del primer dedo.

* Reflejo aquileo.

* Sensibilidad vibratoria con biotensiómetro.

6. Autoanálisis- Autocontrol.

7. Adaptación al proceso.

A-10. HIPERLIPEMIAS

Concepto: son el conjunto de alteraciones metabólicas que se manifiestan por un exceso en la concentración de los lípidos plasmáticos y que se traducen en un aumento de las lipoproteínas circulantes con aumento del colesterol, triglicéridos o ambos y que se asocian con riesgo para la salud especialmente aterosclerosis y enfermedad cardiovascular.

Recomendaciones en autocuidados saludables

Modificaciones en el estilo de vida con la sustitución de hábitos nocivos por hábitos saludables. Consejo sobre alimentación sana y cambio del consumo de grasas saturadas por grasas poliinsaturadas con corrección de errores alimentarios.

- Consumo de fibra alimentaria
- Alimentos funcionales
- Estimular el abandono de hábitos tóxicos
- Valorar conocimientos del paciente sobre indicación y correcta posología de los fármacos y grado de adherencia
- Valoración activa de posibles efectos adversos de la medicación.
- Promoción del ejercicio como factor de protección

Tratamiento farmacológico

a) Fármacos reductores del colesterol: Estatinas, Resinas, Ezetimiba

b) Fármacos reductores de los triglicéridos.: Fibratos, Ácidos Omega, Ácido nicotínico.

Estatinas: se toman por la noche. Posibles efectos adversos cefaleas, alteraciones intestinales, insomnio, prurito y artralgias.

Resinas: 2 veces al día antes de las comidas. De elección en niños y embarazadas. Posibles efectos adversos gastrointestinales (indigestión y flatulencia).

Ezetimiba: tomar a cualquier hora del día pero 2-4 h antes de resinas. Posibles efectos adversos cefalea, diarrea y dolor abdominal.

Fibratos: tomar con una de las principales comidas. Posibles efectos adversos de tipo digestivo, dolor abdominal, dispepsias y náuseas. Pérdida de la libido, impotencia, hipoglucemias en diabéticos, retención de líquidos, elevan las enzimas hepáticas. Contraindicados en embarazo y lactancia.

Ac.Nicotínico: dosis 1/día. Posibles efectos adversos rubor, prurito y gastritis (acción vasodilatadora). Toxicidad hepática y muscular. Puede potenciar el efecto de los antihipertensivos. No usar en niños, embarazo y lactancia. Puede agravar el angor.

Ac. Grasos OMEGA 3: Posibles efectos adversos gastrointestinales.

A-11. OBESIDAD Y SOBREPESO

El objetivo dietético en personas con sobrepeso y obesidad es orientarlas en el seguimiento de una dieta saludable que les ayude a alcanzar y mantener el peso corporal más saludable posible.

Pautas dietéticas y nutricionales

Para la elaboración de un plan de alimentación valoraremos:

- 1-Calculo del peso e IMC.
- 2-Calculo de las necesidades energéticas.
- 3-Prescripción de la dieta basada en la reducción calórica.
- 4-Guía alimentaria:
Educación sobre alimentos saludables, balance de nutrientes (H.C. 60 % dieta/día, proteínas 15 % dieta/día y grasas 25 % dieta/día), comidas variadas, distribución y horarios, equilibrio entre cantidades y apetito (comer despacio, no comer delante de la TV, comer en platos pequeños etc.), factores relacionados con la alimentación, dificultades ante la dieta, adiestramiento en el autoregistro de la ingesta (diario de alimentación y ejercicio) técnicas culinarias.
- 5-Diseño práctico de la dieta individualizada con recomendaciones generales y/o dietas estructuradas.
- 6-Situaciones especiales: dar pautas para viajes y comidas fuera de casa.

A-12. ESTRÉS

Definición: Reacción normal de nuestro cuerpo para afrontar retos cotidianos y situaciones excepcionales de la vida. Nuestro cuerpo se activa para tener, rápidamente si es preciso, energía y fuerza suficiente.

El estrés se convierte en un problema cuando surge sin haber retos excepcionales, después de que la situación estresante ha pasado o aún no ha ocurrido. Un nivel de estrés inadecuado mantenido durante mucho tiempo puede producir malestar físico, emocional y tener relación con enfermedades.

Fuentes de estrés:

- La sociedad en que vivimos puede ser fuente de estrés. Cambios frecuentes de trabajo, ciudad, casa, pareja...los estilos de vida incluyen plazos, prisas y obligaciones. Además la vida suele ser sedentaria, solitaria y favorece poco la descarga de tensiones.
- Situaciones de la vida que producen cambios, rendimiento, miedo, aflicción y aburrimiento. También transiciones vitales como la paternidad, adolescencia, jubilación, emigración que conllevan adaptaciones (Escala de situaciones vitales generadoras de estrés de Holmes-Rahe modificada).
- Otra fuente de estrés puede ser el tipo de vida, insatisfactoria, clima laboral difícil, con poco descanso, mucha rutina, relaciones personales insatisfactorias o una irritación continua producida por el entorno en que se vive, con ruidos, atascos, vivienda pequeña....
- A veces, la fuente de estrés está en nosotros en cómo vemos y afrontamos la vida; negativamente, con gran preocupación, exigiéndonos demasiado y cuidándose poco sin disfrutar de lo positivo. Una tensión física acumulada, alimentación poco variada, muchos estimulantes (café, medicamentos...) y la falta de ejercicio físico regular, también lo son.

Señales de malestar físico-emocional

Cada persona reacciona diferente al estrés. Hay señales de **malestar emocional**:

- Ansiedad o tristeza.
- Irritabilidad o ira constante.
- Inquietud o angustia frecuentes.
- Cansancio.
- ver todo negativo.
- Preocupación excesiva.
- Insomnio.
- Comer más o menos que antes.

Y señales **físicas**:

- Nudo en el estómago.
- Tensión muscular.

Sudoración.
Palpitaciones, taquicardia.
Dificultad respiratoria.
Dolores de cabeza, cuello, espalda...

Manejo del estrés

Consiste en reconocer estos signos y síntomas y conseguir disponer en cada momento del nivel de estrés necesario. Son útiles algunas alternativas:

- ♦ Descargar tensión física y vivir saludablemente
 - Respiración abdominal.
 - Masaje y automasaje.
 - Técnicas de relajación (mental, profunda o rápida).
 - Alimentarnos bien de forma variada, sin prisas y sin estimulantes.
 - Descansar al menos 7-8 horas y si es posible un descanso a medio día.
 - Realizar ejercicio físico al menos 30 minutos al día (caminar, escaleras,...).
 - Ejercicio físico más fuerte 2-3 días por semana 30-60 minutos (bicicleta, nadar, aerobic..).

- ♦ Afrontar situaciones de la vida
 - Analizar las cosas con calma (ver que nos pasa).
 - Priorizar.
 - Ver alternativas y tomar decisiones(ver si está a nuestro alcance o buscar otras posibilidades).
 - Plantearnos un plan de acción y pequeños objetivos.
 - Hablar de nuestros sentimientos y emociones.

- ♦ Pensar positivamente y sentirse mejor
 - Querernos como somos o intentar mejorar.
 - Tener humor y tolerancia.
 - Intentar pensar y sentir sin negativismo, sin personalizarlo todo.
 - Evitar pensamientos repetitivos.

- ♦ Disfrutar de cada día
 - Introducir cada día pequeñas cosas y momentos agradables.
 - Pensar en un lugar o algo agradable tranquilizador.
 - Pensar en alguna persona agradable .
 - Hacer lista de actividades placenteras y planea cuando hacerlas.
 - Relativizar los problemas
 - Ver si siempre es lo peor lo que nos pasa.
 - No usar las palabras, siempre, nunca...

A-13. SEXUALIDAD

Puede haber temor en la pareja por miedo a que reaparezca el cuadro.

Inicio tras el evento cardíaco según capacidad funcional, para algunos autores pasados 14- 21 días del episodio agudo.

Todo paciente que alcance o supere los 5 Mets en la ergometría sin cambios eléctricos, ni clínicos, puede mantener una actividad sexual sin riesgo aparente.

Orientaciones de cómo el paciente puede autoevaluarse

Caminar 1km. en 10-12 minutos, aproximadamente a una velocidad de 5 km./h. sobre terreno llano (fase preorgásmica) y subir después unas escaleras de dos plantas de altura sin descanso en el rellano (fase orgásmica) y no que aparezca dolor/opresión.

Las relaciones extraconyugales aumentan el riesgo anginoso debido a la ansiedad y estrés que pudieran generar sobre todo en el varón (temor al fracaso, obligación de resultados –erección consistente y duradera-, autoobservación- expectación ante la capacidad de respuesta).

Recomendaciones

- Aumentar el periodo de caricias y estimulación para una mejor adaptación cardíaca.
- Evitar posiciones forzadas que requieran una gran demanda de esfuerzo físico para mantener la postura.
- El lugar elegido debe ser conocido y cómodo para evitar el posible aumento de estrés, con una temperatura ambiente adecuada, evitando las temperaturas extremas o con una concentración elevada de humedad
- Aconsejables tras el descanso nocturno o la siesta. Evitar momentos de cansancio, si la persona presenta un estado emocional muy intenso (enfado, euforia), después de comidas abundantes y consumo moderado de alcohol, o si se ha realizado algún esfuerzo importante.
- Si durante la relación sexual apareciera un cuadro de angina, suspender la actividad y tomar nitratos como tenga establecido. Aconsejable consulta médica para valoración.
- El uso preventivo de nitratos antes de la relación sexual está indicado si se sospecha la posible aparición de un cuadro anginoso y por prescripción médica. Se administraría un comprimido sublingual o un toque de spray de Nitroglicerina previo a la relación sexual y siempre estaría contraindicado el uso conjunto con inhibidores de la fosfodiesterasa (Viagra®, Levitra®, Cialis®). No podrán tomar estos medicamentos quienes en su tratamiento para la cardiopatía estén utilizando nitratos (bien por vía oral, como el nitrato de isosorbide o nitroglicerina en parches) o cualquier otro fármaco que sea donador de óxido nítrico. La utilización simultánea de los nitratos con los inhibidores de la

fosfodiesterasa puede provocar una hipotensión grave con riesgo letal serio.

Signos de alarma

- Incremento de la frecuencia cardiaca, aparición de palpitaciones o acortamiento de la respiración durante más de 15 minutos después de concluido el coito.
- Fatiga extrema al día siguiente de la relación.
- Dolor torácico u opresión durante o poco después de la relación.

A- 14. RECONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS DE ALARMA Y ACTUACIÓN

Todos los pacientes con enfermedad coronaria y su familia serán adiestrados en la necesidad de reconocer los síntomas de enfermedad aguda y de las medidas a tomar.

Síntomas

Angina estable (angina de esfuerzo). Se presenta en momentos de ejercicio físico o tensión emocional.

El paciente refiere experimentar un dolor o sensación de opresión retroesternal, estrictamente relacionada con el esfuerzo, con duración por lo general de 3 a 5 minutos y sin pasar más de 30 minutos desaparece con el reposo o con vasodilatadores coronarios.

El dolor no se limita necesariamente al área precordial ya que puede aparecer en cualquier zona del tórax, desde el epigastrio hasta la base del cuello. Puede irradiarse a uno o ambos brazos y en ocasiones al área interescapular.

Angina inestable . Se manifiesta por un inicio abrupto de los síntomas isquémicos en reposo. El dolor puede tener unas características atípicas, punzante (en puñalada). En pacientes ancianos la presentación clínica es frecuentemente en forma de disnea, debilidad, alteraciones sensoriales, síncope o confusión aguda. Es frecuente la manifestación de síntomas vegetativos como náuseas, vómitos o sudoración.

Infarto de miocardio. Dolor torácico retrosternal prolongado que puede acompañarse de disnea, diaforesis, náuseas, mareos o una combinación de todos ellos. El dolor se describe como una sensación de aplastamiento, de opresión, de constricción, y puede irradiarse a uno o ambos hombros, brazos, cuello, mandíbula, o área interescapular. A veces tiene una presentación atípica como agudo o punzante. No se modifica con los movimientos musculares, respiratorios ni con la postura.

Cardiopatía isquémica en mujeres. Sólo el 30% de ellas presentan los síntomas considerados típicos en los hombres, por lo que el cuadro de CI en mujeres se reconoce menos y más tarde. Los síntomas de CI en un 70% de las mujeres: presión abdominal, mareos, náuseas vómito, debilidad o fatiga sin motivo aparente, dolor en la articulación de hombro sin presencia del dolor precordial típico en los hombres.

Actuación

- Debe mantenerse al paciente en reposo.
- Debe disponer de nitroglicerina para usar en caso de presentar dolor anginoso, con la recomendación de tomar un comprimido sublingual o 2

pulsaciones de spray cuando se inicien los síntomas, repetir si es necesario a los cinco minutos y si no desaparecen en los siguientes 5 minutos (15 minutos en total) si no hay hipotensión (TAS < 90 mm Hg.) y tomar un comprimido de ácido acetilsalicílico si no hay contraindicaciones. Efectos secundarios: cefalea, taquicardia hipotensión entre los más frecuentes.

- Si con la tercera dosis no desaparecen los síntomas, debe pedir ayuda a un servicio de urgencias.

- No se administrarán nitritos si se han usado inhibidores de la PDE5 (sildenafil o vardenafilo, viagra®,) en las 24 horas previas, 48 horas en el caso de tadalafilo.

A-15. EDUCACIÓN A FAMILIARES/CUIDADOR PRINCIPAL

El cuidador principal es la persona que proporciona atención y apoyo diario a quien padece una enfermedad. La familia generalmente suministra el principal

apoyo, pero suele ser un miembro de la familia el que asume la máxima responsabilidad y, por lo tanto el que soporta la mayor sobrecarga física y emocional del cuidado del paciente.

Actuación

Identificación de las necesidades del cuidador, creencias, temores, impacto emocional y físico, repercusiones en los diferentes ámbitos de su vida y recursos personales, familiares y sociales disponibles.

Apoyo al cuidador: escucha activa, respuesta a sus necesidades, motivarle y capacitarle para los autocuidados y el cuidado a su familiar, derivación a la trabajadora social si es preciso y en caso de no disponer de este profesional en el CS. , información de los recursos sociales y acceso a los mismos.

Ayuda e instrucción en el proceso de adaptación a los cambios.

Colaboración junto con los profesionales sanitarios en el fomento de **la autorresponsabilidad y autocontrol** del paciente en el manejo de la enfermedad y de los factores de riesgo si los hubiere.

Asesoría en la práctica de la alimentación cardiosaludable para el paciente y familia.

Estímulo de la práctica de ejercicio físico y actividades de ocio tanto por el paciente como por él mismo.

Darle a conocer la importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Informarle de los síntomas de alarma y pautas de actuación.

BIBLIOGRAFÍA

General

- Guión para la educación básica en la cardiopatía isquémica. Hospital Valle del Nalón.
- Grupo de trabajo RECCAP. Guía de actuación para el abordaje enfermero en los cuidados cardiovasculares integrales en Atención Primaria. SEMAP 2011
- Grupo de trabajo de patología cardiovascular de la sociedad valenciana de medicina familiar y comunitaria. Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en Atención Primaria 2010.
- Guía del paciente coronario. <http://profesionales.secardiologia.es//cardiopatia-isquemica.html> 2010.
- PCAI Guía de recomendaciones clínicas. Cardiopatía isquémica. 2010
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. 2006.

Cardiopatía

- BEARE / MYERS. Enfermería Medicoquirúrgica. Harcourt Brace.1997.
- Biblioteca Enfermería Profesional Medicoquirúrgica. McGraw-Hill. Interamericana. 1999.
- BRUNNER SUDDARTH. Enfermería Médico-quirúrgica. Interamericana. 2004.
- ENFERMERIA MÉDICO-QUIRURGICA. Editorial Interamericana. L.S. Brunner. 2.004.
- FUDEN. Actualización de enfermería. Varios autores. 2005.
- KOZIER, B. Fundamentos de Enfermería. Interamericana.2.005.
- LEWIS. Enfermería Médico-quirúrgica. Valoración y Cuidados de Problemas Clínicos. Editorial Mosby. 2.004.
- POTTER, P.A. Enfermería clínica. Técnicas y procedimientos. Editorial Harcourt-Brace-Mosby- 2.004.

Tabaquismo

- Hevia Fernández, J.R. Programa de Prevención y control del tabaquismo. Oviedo : Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Principado de Asturias, 2009.
- Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita M, Torrecilla García M. Manual de Prevención y tratamiento del tabaquismo. 3ª Ed. ERGON, Madrid 2006.
- Carlos A. Jiménez-Ruiz, Karl Olov Fagerström. Tratado de Tabaquismo. Madrid. 2007.
- Tabaquismo. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del. Recomendaciones SEPAR.

- Procesos de Enfermería. Atención Primaria Área 9 1998/2003. Instituto Nacional de la Salud. Barcelona. 2007.
- Documento Técnico de consenso sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España.
- MSPS y el Comité Nacional para la prevención del Tabaquismo, CNPT. Madrid 2008.

Webs relacionadas con tabaquismo

- Asociación Nacional de Diagnósticos de Enfermería: <http://www.ub.es/aentde/>
- Comité Nacional para la prevención del tabaquismo, CNPT: <http://www.cnpt.es>
- Enfermería y tabaco: <http://www.tobaccofreenurses.org>
- Enfermería y tabaco: <http://www.enfertabac.com/>
- Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria. <http://www.faecap.com>
- Fisterra: <http://www.fisterra.com>
- Índice de enfermería: http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/investen_presentacion.jsp
- Ministerio de Sanidad y Consumo: <http://www.msps.es>
- Organización Mundial de la Salud, OMS: <http://www.who.int/es/index.html>
<http://www.who.int/es/>
- Sociedad Española de especialistas en tabaquismo, SEDET: <http://www.sedet.es>
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, SEMFYC: <http://www.papps.org>
- Sociedad Española Neumológica y Cirugía Torácica, SEPAR: <http://www.separ.es>

Diabetes

- Ma J, Yang W, Fang N, Zhua W, Wei M. The association between intensive glycemic control and vascular complications in type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases* (2009) 19, 596-603
- Guía de bolsillo REDGEDAPS en DIABETES. 2010
<http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/prevencion-secundaria.html>.

Ejercicio Físico

- Estudio poblacional de actividad física en tiempo libre. Soberano Tornos I, Moreno Iribas C, Viñes Rueda J J et al. *Gac Sanit.* 2009;23(2):127–132.
- Grandes G, Sanchez A, Montoya I, Ortega Sanchez-Pinilla R and Torcal J. Two-Year Longitudinal Analysis of a Cluster Randomized Trial of Physical Activity Promotion by General Practitioners. *PloS one.* 2011 Mar 29; 6 (3) :e18363.

- Franco OH, de Laet C, Peeters A, Jonker J, Mackenbach J and Nusselder W. Effects of physical activity on life expectancy with cardiovascular disease. Archives of internal medicine. 2005 Nov 14; 165 (20) :2355-60.
- Gusi Fuertes N , Prieto Prieto J, Madruga Vicente M. Actividad física y deportiva para la salud. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. 2006.
- Actividad física todos los días. mejor moverse algo que nada. www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/.

Sexualidad

- <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/prevencion-secundaria/cardiopatia-isquemica/sexualidad.html>
- García-Hernández P., Yudes-Rodríguez E. Desempeño sexual en la cardiopatía isquémica. Enferm Cardiol. 2008; Año XV(44):25-28