Guía de abordaje enfermero

Cuidados Cardiovasculares Integrales (CCvI) en Atención Primaria

RECCAP
Red de Enfermería en cuidados cardiovasculares de Atención Primaria

semap
Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria

COLABORA: MSD

Autoría y Colaboraciones

COORDINACIÓN Y AUTORIA

- **Ángel Lizcano Álvarez,** *enfermero de Atención Primaria.*
  Master en Salud Pública y Epidemiología
  Profesor de Enfermería Familiar y Comunitaria. Universidad Rey Juan Carlos
  Coordinador del Proyecto REccAP (Red de Enfermería en Cuidados Cardiovasculares de Atención Primaria) de la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

AUTORES

- **Yolanda Del Rey Granado,** *enfermera de Atención Primaria*
  Master en Salud Pública y Epidemiología
  Miembro del grupo de Trabajo REccAP
  Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

- **Mª Dolores Pérez Jimena,** *enfermera de Atención Primaria*
  Miembro del grupo de Trabajo REccAP

- **Mónica Vaquero Villamiel,** *enfermera de Atención Primaria*
  Miembro del grupo de Trabajo REccAP
  Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

- **Ángeles Álvarez Hermida,** *enfermera de Atención Primaria*
  Miembro del grupo de Trabajo REccAP

- **Margarita Álvarez Domingo,** *enfermera de Atención Primaria*
  Miembro del grupo de Trabajo REccAP
  Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

- **Jorge Geanini Torres,** *enfermero de Atención Primaria*
  Miembro del grupo de Trabajo REccAP
  Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

- **Sergio Belmonte Sánchez,** *enfermero de Atención Primaria*
  Miembro del grupo de Trabajo REccAP
  Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)

COLABORADORES

- Carmen Hidalgo García
- Carmen Martín Madrazo
- Cristina de Aubarede Soriano
- Elena Ramos Quirós
- Esperanza Duralde Rodríguez
- Fernando Griñán Soria
- Francisco Góngora Maldonado
- Joaquín Villar Oset
- Juana Mª Gómez Puente
- Julia Rodríguez Manteca
- Leticia Muñoz García
- Lourdes Pérez González
- Mª Begoña Ayuso de la Torre
- Mª del Mar Pérez Quintana
- Matilde Jordán Martín
- Mónica Sabuquillo Castrillo
- Rosa García Hernández
- Teresa Villar Espejo

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO RECCAP
(Red de Enfermería en Cuidados Cardiovasculares de Atención Primaria)
Enfermeras/os de Atención Primaria
SOCIEDAD DE ENFERMERÍA MADRILEÑA DE ATENCIÓN PRIMARIA

ISBN: 978-84-615-3345-9

GUÍA DE ACTUACIÓN PARA EL ABORDAJE ENFERMERO EN CUIDADOS CARDIOVASCULARES INTEGRALES (CCVI) EN ATENCIÓN PRIMARIA

INDICE GENERAL

PRESENTACIÓN 6
1. INTRODUCCIÓN 7
2. QUÉ ES LA GUIA DE ABORDAJE 9
3. A QUIÉN VA DIRIGIDA 10
4. POBLACIÓN DIANA 11
5. OBJETIVOS 12
5.1 GENERALES 12
5.2 ESPECÍFICOS 13
6. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN 14
6.1 FASES Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN CCvI 14
6.2 DESARROLLO DE CONSULTAS 15
6.2.1 CONSULTA DE PRECAPTACIÓN O DERIVACIÓN AL PROGRAMA CCVI 15
6.2.2 CONSULTA CAPTACIÓN Y DE COMPROMISO 16
6.2.3 1ª-2ª CONSULTA ENFERMERÍA CCVI 17
6.2.4 3ª-6ª CONSULTA ENFERMERÍA CCVI 19
6.2.5 7ª-10ª CONSULTA ENFERMERÍA CCVI 21
6.2.6 11ª-13ª CONSULTA ENFERMERÍA CCVI 24
6.2.7 14ª-16ª CONSULTA ENFERMERÍA CCVI 26
6.2.8 SUCESIVAS CONSULTAS CCVI 26
6.2.9 EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL DE AUTOCUIDADOS CARDIOVASCULARES 27
7. CONSEJOS 28
7.1 RIESGO BAJO-MEDIO 28
7.2 RIESGO ELEVADO 30
7.3 POST EVENTO 32
8. CARTERA DE SERVICIOS 35
8.1 CSE 403: PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN EL ADULTO 36
8.2 CSE 404: DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN EL ADULTO 38
8.3 CSE 405: VALORACIÓN DE RIESGOS CARDIOVASCILARES EN EL ADULTO 39
8.4 CSE 406: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) 40
8.5 CSE 407: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS 42
8.6 CSE 408: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA 44
8.7 CSE 409: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD 47
8.8 CSE 415: ATENCIÓN AL CONSUMO DE TABACO EN EL ADULTO 47
8.9 CSE 416: ATENCIÓN AL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL ADULTO 49
8.10 CSE 504: EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON GRUPOS 50

9. PLAN DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA 51
9.1 DIAGNÓSTICOS PERCEPCIÓN CONTROL SALUD 52
9.2 DIAGNÓSTICOS COGNITIVO PERCEPTIVO 56
9.3 DIAGNÓSTICOS NUTRICIONAL-METABÓLICO 59
9.4 DIAGNÓSTICOS ACTIVIDAD-EJERCICIO 60
9.5 DIAGNÓSTICOS AUTOPERCEPCIÓN 61
9.6 DIAGNÓSTICOS ADPTACIÓN AL STRESS 63
9.7 DIAGNÓSTICOS ROL-RELACIONES 66
9.8 DIAGNÓSTICOS SEXUALIDAD 67
9.9 DIAGNÓSTICOS CREENCIAS Y VALORES 68
9.10 DIAGNÓSTICOS SUEÑO Y DESCANSO 69
9.11 DIAGNÓSTICOS ELIMINACIÓN 70
10. ANEXOS 72
10.1 CONTRATO SIMBÓLICO MOTIVACIONAL 73
10.2 CÁLCULO RCV TABLA SCORE BAJO RIESGO 74
10.3 7- DAY-PHYSICAL ACTIVITY RECALL 77
10.4 APGAR FAMILIAR 78
10.5 DUKE-UNC 79
10.6 CUESTIONARIO SALUD SF-36 80
10.7 CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DIABETES 39 85
10.8 ESCALA ANSIEDAD HAMILTON 88
10.9 CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA EN HTA (MINICHAL) 93
10.10 TEST DE BATALLA 94
10.11 ESCALA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD GOLBERG 95
10.12 BARBER 97
10.13 TEST CAGE 98
10.14 TEST GLOVER-NILSSON 99
10.15 RICHMOND 100
10.16 MORIRINSKY GREEN 101
10.17 HAYNE-SACKETT 101
10.18 TEST ROSEMERG 103
10.19 TEXAS 105
10.20 CUESTIONARIO DOLOR ESPAÑOL-CDE 106
10.21 FAGERSTRÖM 108
10.22 TEST DISFUNCIÓN ERECTIL IIEF-S 109
10.23 TEST DE SALUD SEXUAL 111
10.24 AMPA 112
10.25 MEDICIÓN ÍNDICE TOBILLO-BRAZO 114
10.26 MEDICIÓN DEL PERÍMETRO ABDOMINAL 115
10.27 MEDICIÓN FRECUENCIA CARDIACA MÁXIMA 116
10.28 DIPLOMA DE PACIENTE EXPERTO/A 117
10.29 FASES DE CAMBIO MOTIVACIONAL 118
10.30 RECOMENDACIONES PARA SESION DE EPS GRUPAL 119
11. BIBLIOGRAFÍA 120

Presentación

Las enfermedades vasculares constituyen la primera causa de muerte para el conjunto de la población española y tanto su prevención como el tratamiento en un paciente que ya ha padecido un acontecimiento vascular, están muy relacionados con la forma actual de vivir, con los hábitos de vida.

Por tanto, la prevención primaria y la secundaria de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, pretenden actuar sobre los comportamientos cotidianos de las personas, sobre su estilo de vida en la alimentación, en el ejercicio, en el manejo de las emociones o en los hábitos de consumo de tabaco.

Así mismo hay consenso en que no se pueden tratar los factores de riesgo de forma individual y que hay que hacer un enfoque holístico de la persona para valorar y tratar de minimizar el impacto de los factores de riesgo de forma global.

Considerando todos estos aspectos es cuando toma todo el sentido el papel de la enfermera comunitaria en la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

La enfermera tiene como misión atender a las necesidades de cuidados de los individuos y de sus familias incorporando un enfoque holístico y humanista. Además, la enfermera comunitaria actúa a lo largo del ciclo vital de las personas y desde los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación. Y lo hace incorporando la promoción del autocuidado.
Es la promoción del autocuidado la que va a contribuir a que las personas adquieran un compromiso con el cuidado de su propia salud, a que movilicen sus propios recursos y capacidades para evitar la enfermedad o para recuperarse en caso de enfermedad y así dirigir sus propios cuidados. En el caso que nos ocupa esto contribuirá a disminuir la morbimortalidad por enfermedad cardiovascular. Y para esto es necesaria la relación de ayuda que establecen las enfermeras con los pacientes.

Con este enfoque integral se elabora esta guía, que tiene como propósito homogeneizar el abordaje de los Cuidados Cardiovasculares Integrales (CCvI) que prestan los profesionales de enfermería de atención primaria.

Es una guía operativa, que va dirigida a apoyar las intervenciones enfermeras en la Prevención Primaria y Secundaria Cardiovascular y pone a disposición de la enfermera muchas de las herramientas de valoración e intervención necesarias para trabajar los objetivos de autocuidados. Por su carácter de operatividad interrelaciona todos los aspectos de los servicios relacionados con este problema de salud en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Madrid junto con la Metodología Enfermera. De igual forma, pretende ayudar a los profesionales de enfermería de Atención Primaria a estructurar las consultas de apoyo y seguimiento del paciente en función de su nivel de riesgo y siempre considerando todas las necesidades de la persona y de su entorno más cercano.

Es un placer para mí presentar este espléndido trabajo, fruto de la iniciativa de un grupo de enfermeras y enfermeros comunitarios que integran el grupo de trabajo de la REccAP (Red de Enfermería en Cuidados Cardiovasculares de Atención Primaria) perteneciente a la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP).

Estoy segura que será de gran ayuda para todos los profesionales que tengan la responsabilidad de dar respuesta a las necesidades de cuidados del paciente en el control y prevención de la Enfermedades Cardiovasculares.

Gracias a quienes la habéis hecho posible.

Carmen Solano Villarrubia
Presidenta SEMAP

1. Introducción

El grupo de enfermedades del sistema circulatorio (ECV) se mantiene como primera causa de muerte, según la guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica dando lugar a un elevado grado de discapacidad y por consiguiente a un incremento del gasto sociosanitario. Sin embargo, a pesar que las causas son bien conocidas, desde hace unas décadas, y tras varios estudios a nivel europeo y nacional, se concluye que hay una evolución muy lenta sobre el control y la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

La aterosclerosis subyacente a este grupo de enfermedades evoluciona lentamente a lo largo de los años y suele estar avanzada cuando aparecen los síntomas, dando lugar muchas veces a fallecimientos de forma súbita. La mayoría de los casos de ECV están estrechamente relacionados con hábitos de vida y factores bioquímicos y fisiológicos modificables.
La modificación de los estilos de vida ha demostrado de forma inequívoca que reduce la mortalidad y la morbilidad, especialmente en personas con ECV.

La aparición o existencia de un factor de riesgo o el evento cardiovascular hace y debe hacer consciente al enfermo, a los cuidadores familiares y a la enfermera, de la manifestación de una situación crónica, y por lo tanto conlleva reajustes importantes en el estilo de vida. Para que los cuidados enfermeros surtan efecto, esta situación debe ser sentida y vivenciada por el paciente, su familia y el profesional. Por lo tanto el abordaje ha de ser global para los FRCV y de forma integral y holística para el paciente teniendo en cuenta su familia, el entorno sociocomunitario, el entorno laboral, etc.

Desde el trabajo enfermero podemos y debemos contribuir a la reducción de la morbimortalidad cardiovascular y a la disminución del impacto y de las repercusiones psico- sociales posteriores a un evento cardiovascular y contribuir a la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes así como a la disminución del gasto sanitario derivado de complicaciones cardiovasculares.

En relación a los argumentos anteriormente expuestos y dada la naturaleza multifactorial de este grupo de enfermedades, considerábamos necesaria la elaboración de una guía de actuación enfermera que en el ámbito de la Atención Primaria, contribuya al control y prevención de cualquier evento cardiovascular en nuestras poblaciones, teniendo como base el método enfermero.

Para la elaboración del presente documento se han revisado las guías nacionales de valoración y actuación en pacientes con riesgo cardiovascular y se ha adaptado a la Guía eu-

ropea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica referida a circunstancias españolas (Adaptación española del CEIPC 2008).

El proyecto Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) estima el riesgo de muerte cardiovascular por enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica y otras enfermedades vasculares ateroscleróticas a partir de distintos estudios de cohortes europeos (Conroy, 2003). Utilizaremos, por tanto, la versión para países de baja incidencia del modelo SCORE para la valoración del riesgo cardiovascular.

El estudio multidisciplinar de enfermería de EuroAction sobre prevención cardiológica ha conseguido la reducción de los factores de riesgo cardiovasculares en pacientes coronarios y en sus familiares en seis países europeos (Francia, Italia, Polonia, España, Suecia y Reino Unido). El proyecto EuroAction ha demostrado que la mejora de las directrices de las Joint European Societies en la prevención cardiovascular a través de equipos de enfermería puede, mediante un tratamiento basado en la familia y la conducta, conseguir la mejora en el estilo de vida y factores relacionados, reduciendo el riesgo de eventos cardiovasculares futuros.

2. Qué es la Guía de Abordaje

Es un documento de apoyo y de orientación para el trabajo diario de los enfermeros/as en las consultas de enfermería de atención primaria a través del cual se contribuirá a la mejora del abordaje multidisciplinar del paciente con patologías cerebro-vasculares y al asesoramiento y apoyo de su familia.

Su finalidad es servir de soporte en el abordaje de los pacientes con enfermedades del sistema cardiocirculatorio o en riesgo de padecerlas. Establece un protocolo de acciones a realizar en determinadas consultas, que pueden utilizarse como base para una atención integral a través de la cual se promoverán estilos de vida saludables (alimentación, ejercicio físico, abandono del hábito tabáquico, etc…) mediante la prevención y en el control de los factores de riesgo cardiovascular.

Es por ello que se pretende estimular la creación de un nuevo espacio o modelo de atención en las consultas de enfermería llamado Consulta Cuidados cardiovasculares Integrales (CCvI) para este tipo de paciente. Además pretende homogeneizar la forma de abordaje global entre los profesionales de enfermería.

.

3. A quién va dirigida

A profesionales de enfermería de Atención Primaria que estén interesados en prestar cuidados enfermeros integrales (CCvI) de calidad en pacientes con patologías cardio-cerebrovasculares o en riesgo de padecerlas. A través de estos cuidados dichos profesionales promoverán tanto estilos de vida saludable (alimentación, ejercicio físico, abandono de hábito tabáquico, etc.) como la prevención, el control y el seguimiento de los factores de riesgo.

4. Población diana

PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR ATEROESCLERÓTICA	Personas que han sufrido un evento cardiovascular o cerebrovascular (SCA, ICTUS, etc.)
PACIENTE ASINTOMÁTICO CON RCV ELEVADO DEBIDO A:	• **RCV** del **5%** según estratificación SCORE. • **DM** tipo **2.** • **DM** tipo **1** con **microalbuminuria**. • Glucemia basal alterada o **intolerancia** a la glucosa. • Antecedentes de diabetes **gestacional**. • Antecedentes **familiares DM** tipo **1** • **Ateroesclerosis** evidenciada: ecografía, tomografía computerizada... • Disminución del **HDL** • Aumento de los **Triglicéridos** • Cifras de **Colesterol Total** por encima de **250** mg/dl • Proteína **C-reactiva**, del **fibrinógeno**, de la **homocisteína**, de la **apolipoproteína B** o de la **Lipoproteína A** • **Obesos** IMC >30 o **sedentarios**: especialmente si se acompaña de afectación de órganos diana. • **Perímetro Abdominal**: Varones 102 cm: Mujeres 88 cm. • **Fumador** (exfumador) • Presión Arterial superior de **140/90** mmHg • Antecedentes familiares con alteraciones genéticas de los lípidos. • Antecedentes **Familiares** con **ECv precoz**
PACIENTE ASINTOMÁTICO SIN FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS	Personas mayores de 40 años, asintomáticos y sin factores de riesgo conocidos.

5. Objetivos

5.1 OBJETIVOS GENERALES DE LA GUÍA

1) Promocionar un estilo de vida saludable, tendente a disminuir los factores de riesgo cardiovascular
2) Promover la detección precoz de los factores de riesgo
3) Disminuir la morbi-mortalidad de las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo.
4) Reducir la incidencia de eventos clínicos primeros o recurrentes de enfermedad coronaria, ictus isquémico y enfermedad arterial periférica.
5) Implicar al paciente en el cuidado de su salud y especialmente en el control de sus factores de riesgo cardiovasculares.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

1) Ayudar a mantener el riesgo bajo o reducirlo si es alto.	
2) Conseguir perfil de persona sana:	• No fumar. • Alimentación saludable. • Actividad física: 30 min./día de actividad moderada. • IMC < 25 % y evitar la obesidad abdominal. • PA < 140/90 mmHg. • Colesterol total < 200 mg/dl (≃ 5,2 mmol/l). • cLDL) < 130 mg/dl (≃ 3,4 mmol/l). • Glucosa < 110 mg/dl (≃ 6 mmol/l).
3) Conseguir control riguroso de los FR en pacientes de alto riesgo, sobretodo los pacientes con ECV establecido o DM:	• PA < 130/80 mmHg. • Colesterol total < 175 mg/dl (≃ 4,5 mmol/l). • cLDL < 100 mg/dl. • Glucosa < 110 mg/dl • HbA1C) < 7%

Fuente: Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación Española del CEIPC. 2008

6. Protocolo de actuación

6.1 FASES Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN CCvI

Con el fin que la Guía se vaya implantando de forma progresiva en las consultas de enfermería (CCvI), se plantean varias fases de captación y abordaje de la población diana priorizando a aquellas personas que tengan mayor riesgo de morbi-mortalidad.

FASE I:

Se incluyen a los pacientes que necesiten una intervención enfermera más inminente.

1) Pacientes con evento isquémico cerebro-cardiovascular ya establecido (SCA, ICTUS, etc.)
2) Paciente con Diabetes Mellitus tipo II ó tipo 1 con microalbuminuria
3) Pacientes con 3 ó más FRCV diagnosticados (con o sin ttº) de los siguientes HTA, Dislipemias, Obesidad, Tabaquismo
4) Pacientes sin FRCV diagnosticados con un riesgo alto de tener una ECV (SCORE ≥ de 5 % de riesgo de muerte CV en los próximos 10 años)

FASE II:

Después de tener incluidos a los pacientes anteriores, se iniciaría la captación de:

1) Pacientes con 2 FRCV diagnosticados (con o sin ttº) de los siguientes: HTA, Dislipemias, Obesidad, Tabaquismo
2) Pacientes con 1 FRCV diagnosticado con un aumento notable de sus valores normales de los siguientes: HTA, Dislipemias, Obesidad, Tabaquismo
3) Pacientes sin FRCV diagnosticados con un riesgo moderado de tener una ECV (SCORE entre 3% y 5% de riesgo de muerte CV en los próximos 10 años)
4) Pacientes con familiares cercanos con ECV ateroesclerótica prematura.
5) Pacientes con Insuficiencia cardiaca establecida

FASE III:

Después de tener incluidos a los pacientes anteriores, se iniciaría la captación de:

1) Pacientes sin FRCV con un riesgo bajo de tener una ECV (SCORE < 3 % de riesgo de muerte CV en los próximos 10 años)

6.2 DESARROLLO CONSULTAS

6.2.1 CONSULTA DE PRECAPTACIÓN o de DERIVACIÓN PARA LA CONSULTA CCvI (Enfermera o Médico)

Tiempo estimado: 5-10 minutos

Valoración de los siguientes datos para decidir en la FASE DE INCLUSIÓN que se le asigna, según los criterios anteriormente descritos.

Antecedentes Familiares:

Número de familiares de PRIMER GRADO:

- Enfermedad cardiovascular precoz: Hombres < 55 años; Mujeres < 65 años
- Diabetes Méllitus
- Hipercolesterolemia Familiar

Número de familiares de PRIMER Y SEGUNDO GRADO

- Hipertensión Arterial; Hiperlipémias; Enfermedad Tromboembólica; Nefropatías.

Antecedentes personales:

- Tabaquismo o exfumador reciente
- Consumo excesivo de Alcohol
- Diabetes Mellitus
- DM gestacional.
- HTA (PA >140/90 mmHg.)
- Dislipémias
- Obesidad (IMC 30)
- Obesidad abdominal (P.abdominal >102 varones y > 88 mujeres)
- Cardiopatías (C.Isquémicas, Insuficiencia Cardiaca, etc.)
- Nefropatías (Insuficiencia Renal Crónica, etc.)
- Enfermedad tromboembólica.

Exploración Física/ Parámetros clínicos

- Sexo y Edad
- Medidas antropométricas
  - Talla/ Peso
  - IMC
  - Perímetro Abdominal
  - Presión Arterial
  - AMPA
  - Índice Tobillo/Brazo
- Parámetros clínicos/bioquímicos
  - Perfil Lipídico: Colesterol Total, LDL, HDL y Triglicéridos
  - Perfil Glucémico: Glucémia basal, Hemoglobina Glicosilada e Intolerancia a la Glucosa

6.2.2 CONSULTA DE CAPTACIÓN Y DE COMPROMISO

Tiempo de consulta estimado: 15 a 30 minutos
Periodicidad estimada: Citar para 1ª consulta entre 15-20 días

EXPLICACIÓN DEL PROGRAMA DE CCvI

- Explicar el objetivo de CAPACITARLE en su AUTOCUIDADO cardiosaludable
- Duración de dos años, con consultas de enfermería cada 15-20 días en la primera fase del programa y entre 30/60-días en la segunda fase y de 90 en la fase final de mantenimiento.
- El abordaje será individual, familiar y grupal.
- Al final del programa se le entregará un Diploma de PACIENTE EXPERTO

COMPLETAR LA HISTORIA CLÍNICA

- Antecedentes Familiares
- Antecedentes personales
- Exploración Física/ Parámetros clínicos

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CV (SCORE)

La estratificación del Riesgo Cardiovascular, realizada con las Tablas de SCORE de bajo riesgo. SOLAMENTE estarían INDICADAS para los pacientes que no hayan tenido evento CV o tengan Diabetes Mellitus.

CONSEJOS Riesgo bajo-medio
Riesgo elevado
Post evento

COMPROMISO SIMBÓLICO E INCLUSIÓN EN CCvI

Se explica al paciente la importancia de tener un compromiso responsable consigo mismo, con su familia y con el profesional sanitario, en llevar a cabo sus autocuidados y el desarrollo del programa de CCvI.

VALORACIÓN DE LA FASE DE CAMBIO

- FASE DE CAMBIO QUE SE ENCUENTRA
- Precontemplación: No está interesado
- Contemplación: Siente la necesidad
- Preparación: Se decide
- Acción: Lo intenta
- Mantenimiento: Lo adopta
- Finalización: Lo interioriza
- Recaída: Vuelva a alguna fase atrás

6.2.3 1ª a 2ª CONSULTA DE ENFERMERÍA CCvI

Tiempo de consulta estimado: 30 a 40 minutos
Periodicidad estimada: Cada 15-20 días

CARTERA DE SERVICIOS: 403 - 404 - 405

VALORACIÓN ESTILO DE VIDA COTIDIANO

- Descripción por parte del paciente de un día normal, desde que se levanta hasta que se marcha a la cama. En esta narración se recoge información de forma indirecta de los distintos hábitos y patrones funcionales (alimentación, actividad física, ocio, descanso, relaciones interpersonales, etc.)

VALORACIÓN PERCEPCIÓN/CONTROL DE LA SALUD
VALORACIÓN PATRÓN COGNITIVO- PERCEPTIVO

CONOCIMIENTO DE SU ESTADO DE SALUD

- Describa su estado de salud: excelente, bueno, normal, malo
- Conoce sus problemas de salud actuales.
- Actitud ante su salud: aceptación, indiferencia, infravaloración, rechazo, sobrevaloración.
- Pasar un test de conocimientos sobre su enfermedad cardiovascular.

VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Traer toda la medicación que toma
- Describirla el porqué, para qué, cuando, cuanto y cómo la toma
- Conoce efectos secundarios e interacciones.
- Automedicación.
- Grado de conocimiento global de su tratamiento: Bueno/Regular/Mal
- Grado de adherencia al tratamiento: Bueno/Regular/Mal

HÁBITOS TÓXICOS:

- Tabaco
- Alcohol: volumen, frecuencia.
- Otras drogas

HABITOS SALUDABLES DE CONTROL DE SALUD

- Revisiones sistemáticas en relación a problemas de salud.
- Estado vacunal.
- Alergias.

CAPACIDADES SENSORIALES

- Auditivas, olfativas, táctiles, visuales.
- Medidas correctoras

PROCESOS DE PENSAMIENTO

- Memoria, dificultades de aprendizaje, etc.
- Nivel de instrucción/ educación

MANEJO DEL DOLOR

- Presencia, tipo, intensidad, tolerancia, afrontamiento, etc.

TESTS DE VALORACIÓN (OPCIONAL)

- Test de motivación para dejar de fumar-Richmond
- Detección de consumo de alcohol- cuestionario Cage camuflado
- Test de cumplimiento automedicación de Haynes-Sackett
- Test de Morisky-Green
- Cuestionario de calidad de vida
- Cuestionario de calidad de vida en HTA (minichal)
- Cuestionario de calidad de vida en diabetes
- Test de batalla
- Cuestionario español del dolor
- Cuestionario dependencia nicotina: Fagerström
- Cuestionario dependencia psicosocial nicotina: Glover-Nilsson

6.2.4 3ª a 6ª CONSULTA DE ENFERMERÍA CCvI

Tiempo de consulta estimado: 20 a 30 minutos
Periodicidad estimada: 30-40 días

CARTERA DE SERVICIOS: 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 415 - 416

VALORACIÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso. Talla. IMC. Perímetro abdominal.

PATRÓN ALIMENTACIÓN

- Número de comidas, horario, protección intestinal, suplementos…
- Alimentación variada y equilibrada.
- Fluctuaciones de peso últimos 6 meses e intentos de modificación de peso anteriores.
- Pica entre horas.
- Apetito.
- Ingesta de líquidos/día (mL)
- Problemas dietéticos/intolerancias.
- Lugar donde realiza las comidas.
- Dieta habitual: sin restricciones, diabética, hiposódica, hipoproteica,
- Problemas en la alimentación/cavidad bucal.
- Nauseas, vómitos, acidez, estomatitis, disfagia, pirosis, dificultad para tragar, caries, gingivitis, otros.

PARAMETROS CLINICAS

- Glucemia.
- Hemoglobina glicosilada.

ESTADO DE LA PIEL Y MUCOSAS:

- Hidratación
- Valoración del pie diabético

TESTS DE VALORACIÓN

- Consumo de alimentos.
- Clasificación del pie diabético. Escala de TEXAS

VALORACIÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO

SITUACION LABORAL

- Ocupación: Trabajador, ama de casa, estudiante, incapacitado, jubilado, desempleado, baja.
- Problemas en su desempeño.
- Riesgos laborales ("turnicidad", horario, peligrosidad...)

ACTIVIDAD

- Intensidad.
- Ejercicio físico regular.
- Falta de conocimientos; falta de recursos; barreras ambientales, motivos sensoriales, motores, emocionales, otros.
- Síntomas con el ejercicio.: disnea, dolor, inestabilidad.
- Claudicación intermitente.
- Presión Arterial, Frecuencia cardiaca, Fc. máxima .
- Tos: seca, blanda, expectoración, aspecto....

TEST DE VALORACIÓN:

- 7-day physical activity recall

6.2.5 7ª a 10ª CONSULTA DE ENFERMERÍA CCvI

Tiempo de consulta estimado: 20 a 30 minutos
Periodicidad estimada: 30-40 días

CARTERA DE SERVICIOS: 406 - 407 - 408 - 409 - 415 - 416

1ª CONSULTA FAMILIAR

CONOCIMIENTOS Y DUDAS DE LA ENFERMERDAD DE SU FAMILIAR
- Sobre la alimentación, ejercicio físico, medicación, actividad laboral, etc.

AFRONTAMIENTO EMOCIONAL DEL PROCESO DE ENFERMEDAD
- Temores y miedos
- Tabúes

ROL Y TIPO DE RELACIONES DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR
- Con la pareja, descendientes, ascendientes
- Relaciones con los amigos, ocio vs. sedentarismo

COMPROMISO FAMILIAR DEL APOYO Y CUIDADO
- Explicar que el proceso de la enfermedad es responsabilidad de todo el núcleo familiar
- Estimular el autocuidado por parte del paciente
- Evitar el sobreproteccionismo familiar

VALORACIÓN AUTOPERCEPCIÓN

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y su sentido general de valía. Observar el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc).

PROBLEMAS CONSIGO MISMO
- Opinión y sentimientos sobre si mismo
- Verbalizaciones autonegativas.
- Expresiones de desesperanza.
- Expresiones de inutilidad.

OPINIÓN DE LOS DEMÁS

PROBLEMAS CON SU IMAGEN CORPORAL
- Le preocupan los cambios.
- Miedo al rechazo de otros.
- Sentimientos negativos de su cuerpo.

PROBLEMAS CONDUCTUALES
- Conducta indecisa.
- Confusión.
- Deterioro de la atención.
- Irritabilidad.
- Agitación.
- Angustia.

CAMBIOS RECIENTES
- Tipo: autonomía, corporales, familiares, ideológicos,
- Influyen en: conducta, nutrición, pensamiento, otros.

DATOS DEL EXAMEN
- Datos de examen: cuidado/ no cuidado.
- Postura corporal: inseguridad/ seguridad
- Patrón de voz: dubitativo/nerviosos/ tranquilo.
- Contacto visual: si/no
- Manifestaciones el lenguaje no verbal.

RASGOS PERSONALES:
- Afirmativo/Dubitativo/Débil.
- Enérgico/Asertivo/Pasivo.
- Nervioso/ Relax.

TEST DE VALORACIÓN
- Escala autoestima Rosemberg

VALORACIÓN ADAPTACIÓN AL ESTRÉS
CARTERA DE SERVICIOS 409 - 415 - 416

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN
- Grado de tolerancia al estrés y manejo
- Herramientas con las que cuenta para afrontar las situaciones de cambio
- Ayudas para la relajación. Técnicas de relajación
- Apoyo familiar
- Agentes estresantes situacionales.
- Sensación stress actual.
- Actividades ocio.

TEST DE VALORACIÓN
- Escala ansiedad Hamilton, Goldberg .

VALORACIÓN ROL-RELACIONES
CARTERA SERVICIOS 415 - 416

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

- Relaciones sociales, laborales y familiares.
- Rol que desempeña en los ámbitos anteriores.
- Cuida de alguien
- Depende de alguien
- Red de apoyo familiar
- Situación económica, de la vivienda y sociofamiliar.
- Pertenencia a grupos/asociaciones
- Problema con el idioma
- Sospecha de maltrato
- Actividades de ocio

TEST DE VALORACIÓN
- Test de Barber, apgar familiar, duke-unc.

VALORACIÓN SEXUALIDAD
CARTERA SERVICIO 407 - 409 - 415 - 416

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

- Problemas de disfunción eréctil o eyaculación precoz (efectos secundarios medicamentos, falta comunicación pareja, etc.)
- Dificultad o disminución de la libido tras evento CV
- Problema de identificación sexual
- Alteración en ciclo menstrual: cantidad, frecuencia, duración, SD premenstrual, dismenorrea.
- Edad menarquia.
- Menopausia: sequedad, edad, sangrado, sofocos, alteraciones percibidas.
- Revisión ginecólogo/ Revisión urólogo
- Relaciones sexuales: anticonceptivos, dificultades, información anticoncepción, satisfacción, contactos de riesgo, información ETS,
- Problema fertilidad: GAV

TEST DE VALORACIÓN
- Test de IIEF y SHIM, Test de salud sexual.

6.2.6 11ª a 13ª CONSULTA DE ENFERMERÍA CCvI

Tiempo de consulta estimado: 20 minutos
Periodicidad estimada: 30-60 días

SEGUIR CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN DE CARTERA DE SERVICIOS

2ª CONSULTA FAMILIAR

CONOCIMIENTOS Y DUDAS DE LA ENFERMERDAD DE SU FAMILIAR
- Sobre la alimentación, ejercicio físico, medicación, actividad laboral,, etc.

AFRONTAMIENTO EMOCIONAL DEL PROCESO DE ENFERMEDAD
- Temores y miedos
- Tabúes

ROL Y TIPO DE RELACIONES DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR
- Con la pareja, descendientes, ascendientes
- Relaciones con los amigos, ocio vs sedentarismo

COMPROMISO FAMILIAR DEL APOYO Y CUIDADO
- Explicar que el proceso de la enfermedad es responsabilidad de todo el núcleo familiar
- Estimular el autocuidado por parte del paciente
- Evitar el sobreproteccionismo familiar

VALORACIÓN CREENCIAS Y VALORES

- Miedo a la muerte
- Temor del futuro grado de invalidez
- Planes de futuro
- Preocupa la muerte
- Preocupa el dolor
- Preocupa la enfermedad
- Interfiere su religión/creencia en su salud

VALORACIÓN SUEÑO Y DESCANSO

PATRÓN DEL SUEÑO Y CAMBIOS
- Horas de sueño/día
- Alteraciones objetivas de cansancio
- Problemas para conciliar el sueño: ruidos ambientales, temperatura, iluminación, ventilación, otros.
- Interrupciones en el sueño (nicturia, pesadillas, etc.)
- Influencia falta de descanso en la actividad
- Sistemas de ayuda: medicación, naturales, relajación, rutinas previas, otros (especificar).

VALORACIÓN ELIMINACIÓN

INTESTINAL

- Deposiciones/semana
- Problemas de eliminación fecal
- Estreñimiento, dolor, flatulencia, fecaloma, fisura, hemorroides, incontinencia fecal, distensión abdominal, ostomía (tipo), cambio de hábitos intestinales, otros.
- Sistemas de ayuda: alimentación rica en fibra, ejercicio, enemas, ingesta de líquidos, uso de laxantes.

URINARIA

- Micciones/día.
- Problemas de eliminación urinaria.
- Poliuria, polaquiuria, disuria, nicturia, urostomía, incontinencia, retención, otros.

  Sistemas de ayuda: absorbentes, colectores orina, sonda vesical.

ELIMINACIÓN CUTÁNEA

6.2.7 14ª a 16ª CONSULTA DE ENFERMERÍA CCvI (Se podrá, en algunos casos, llegar a realizar más consultas hasta la finalización del programa a criterio del profesional de enfermería)

Tiempo de consulta estimado: 30 minutos
Periodicidad estimada: cada 90 días

CONSULTAS DE SEGUIMIENTO

- Revisión de diagnósticos y seguimiento de planes cuidados elaborados

FINALIZACIÓN DEL PROGRAMA

- Explicación del "alta" simbólica de su Capacitación en autocuidados (controles más distanciados en el tiempo- 6 meses-, acudir a demanda en caso de dudas o alteraciones)
- Sensibilizar al paciente y a la familia de su responsabilidad en los autocuidados cardiovasculares.
- Diploma de paciente experto en autocuidado cardiovascular

6.2.8 SUCESIVAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA CCvI

Tiempo de consulta estimado: 20-30 minutos
Periodicidad estimada: cada 6 meses

CONSULTAS DE MANTENIMIENTO CRONICIDAD

- Revisión de diagnósticos y seguimiento planes cuidados elaborados

6.2.9 EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL EN AUTOCUIDADOS CARDIOVASCULARES

Tiempo: Realizar sesiones de 90-120 minutos
Periodicidad estimada: Desarrollo a lo largo del programa CCvI

EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL
CARTERA SERVICIOS 504

- Proyecto con 8 sesiones más o menos
- Duración de 90-120 minutos
- Grupo de 13-15 personas
- Población diana: a) Prevención primaria con elevado RCV; b) Prevención Secundaria con evento CV establecido.
- Agrupación de los pacientes en mitad del programa CCvI, indistintamente en el momento del programa CCvI que se encuentre.
- RECOMENDACIONES de EPS GRUPAL

7. Consejos

7.1 CONSEJOS DE RIESGO BAJO-MEDIO SEGÚN **SCORE**:

OBJETIVO: MANTENER SCORE POR DEBAJO DE 5.

NUTRICIÓN

- Alimentación equilibrada incluyendo alimentos de todos los grupos.
- Realice 5 comidas al día.
- Beba al menos un litro y medio de líquidos al día agua, zumos, leche.
- Controle consumo de sal, alcohol y café.
- Utilice otros condimentos como el vinagre, el limón y diferentes especias para aumentar el sabor.
- Prepare los alimentos cocidos, hervidos, asados, a la plancha o al microondazas, evitando frituras y rebozados.
- Controle el sobrepeso, evitando la obesidad.
- Consuma los productos lácteos desnatados.
- Aumentar ingesta de fruta, verdura, hortalizas, legumbres.
- Consuma cereales o sus derivados cada día a poder ser integrales: 4-6 raciones día.
- Tome frutos secos o semillas al menos 1 o 2 veces por semana.
- Consuma pescados o mariscos al menos 3 veces por semana (1 como mínimo pescado azul).
- Limitar consumo de alimentos ricos en grasas saturadas.
- Aumente el consumo de alimentos ricos en omega 3(pescados grasos, aceite de oliva etc.) y reduzca el consumo de grasas animales (mantequilla, tocino, manteca, nata etc.).
- Consuma preferentemente carnes blancas (aves sin piel y/o conejo), límite o evite las carnes rojas (vaca cerdo, cordero), embutidos u otras carnes procesadas (hamburguesas, salchichas, albóndigas).
- Consuma huevos pero de forma moderada puede tomar claras sin límite.

ACTIVIDAD

- Sea activo cotidianamente, evite el sedentarismo realizando ejercicio adecuado a la edad y condición física regularmente
- Ande de 30 a 60 minutos de forma moderada a intensa la mayoría de los días de la semana.
- Evite caminar en las horas de más frío en invierno y realícelo en las horas más frescas en verano.
- Controle durante el ejercicio que su pulso cardiaco este entre el 60-85% de su frecuencia cardiaca máxima. Fcmax: 220-edad.
- Recomendaciones: Suba por las escaleras en vez de utilizar el ascensor, colectivo bájese una parada antes del trasporte colectivo, aparque el coche a 500 metros del trabajo o vaya andando si es posible, aumentar la intensidad de sus tareas domésticas, realizar tareas de jardinería o de horticultura.
- Reduzca los periodos largos e inactividad TV, ordenador.

TABACO Y ALCOHOL

- Abandone el habito de fumar
- Acuda a un profesional sanitario para que el ayude a iniciar un programa de deshabituación (enfermera, medico, psicólogo...).
- Limite el consumo de alcohol. A poder ser no mas de uno (mujeres) o dos (hombres) vasos de tinto en las comidas principales

AUTOCUIDADOS EN LOS ASPECTOS PSICOEMOCIONALES

- Reduzca el stress y la ansiedad practicando autoestima positiva
- Autoevalúese y acepte sus cualidades y sus defectos.
- No sea demasiado exigente consigo mismo.
- Controle los pensamientos negativos y distorsiones.
- Ejercite el buen humor, sea creativo en situaciones cotidianas, bromee con los demás, se sentirá y se sentirá bien, ríase de si mismo y disfrute del presente, aprenda a ver el lado gracioso de lo que le preocupe.
- Cambie lo que no le guste.
- Afronte los problemas de cara.
- No idealice a otras personas ni se compare con ellas.
- No busque siempre la aprobación de los demás.
- Acepte su propio cuerpo.
- Trate de vivir con optimismo, practique la risa sana y revitalice situaciones difíciles, sin hundirse.
- Cuide de su salud.
- Busque lo absurdo de situaciones "serias", depende de usted la importancia que dé a las cosas.

AUTOCUIDADOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES

- Sepa escuchar, entender y respetar las ideas y sentimientos de los demás.
- Acepte que las otras personas son diferentes.
- Sea sincera en sus relaciones interpersonales.
- Conozca sus propios sentimientos, gustos, deseos, etc. y sepa expresarlos.
- Desarrolle su proyecto de vida (ocio, laboral, autonomía personal, etc.) en concordancia con su pareja y familia.
- No tenga en cuenta los prejuicios sociales de género
- El núcleo familiar o de convivencia debe ser para usted el marco de desarrollo personal y de bienestar.
- Reparta equitativamente las responsabilidades familiares y domésticas en el hogar.
- Trate de vivir con los que le rodea con optimismo, y revitalice relaciones difíciles con amigos, en su hogar y en su trabajo.
- Considere sus relaciones sexuales como una forma de comunicarse.
- Comuníquese y relaciónese bien con los demás

7.2 CONSEJOS DE RIESGO ELEVADO SEGÚN **SCORE**:

OBJETIVO: REDUCIR EL SCORE POR DEBAJO DE 5 MEDIANTE EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

NUTRICIÓN, EJERCICIO:

- Hábitos tóxicos, autocuidados en los aspectos psicoemocionales autocuidados en las relaciones interpersonales igual anterior y modificando aspectos según factor de riesgo cardiovascular establecido.

HTA:

- Tome una dieta pobre en sal y evite comer alimentos salados como aceitunas, carnes y pescados ahumados, salados y curados embutidos, conservas.
- Reducción de peso corporal.

DM:

- Hacer 5 comidas al día, ó 6 si pasa mucho tiempo entre la cena y la hora de ir a acostarse.
- Evitar los hidratos de carbono de absorción rápida, como los azúcares solubles.; son recomendables frutas, verduras, legumbres y, en general, todos los alimentos ricos en fibra, porque, siendo hidratos de carbono, se absorben lentamente.
- Tomar con moderación: pan, patatas, pasta y arroz, por su capacidad para elevar la glucemia (cuanto más cocido mayor contenido en azúcar).
- No son aconsejables los dulces para diabéticos, porque, aunque no llevan azúcar, contiene otros edulcorantes que acaban comportándose en el organismo como el azúcar.

OBESIDAD:

- Van encaminados a una reeducación de los hábitos alimentarios para que se produzca un reducción del peso corporal (IMC menor de 30), intentando siempre que la alimentación sea lo más variada posible, en la línea de aumentar el consumo de frutas, verduras, hortalizas, cereales y legumbres; y disminuir el consumo de grasa.

ENFERMEDAD RENAL:

- Suele ser una dieta baja en proteínas, con control de líquidos, fósforo, potasio y sodio.
    - LA INGESTA DE LÍQUIDOS: Deberá restringir su ingesta a unos 500cc más la cantidad de orina que usted produzca en 24 horas.
    - LA SAL: los riñones tienen dificultad para eliminar su exceso y mantener el equilibrio del organismo. Por tanto convendrá ir reduciendo tanto el

consumo de la sal de mesa, como de aquellos alimentos ricos en sal.

- LAS PROTEINAS: en la insuficiencia renal se tiende a perder proteínas a través de la orina, debiendo compensar esta pérdida. Un exceso prolongado de proteínas en la dieta da lugar a una mayor producción de urea y su acumulación en la sangre produciendo síntomas y malestar general.
- LAS GRASAS: se deben primar las grasas vegetales sobre las animales, ya que está demostrado su aspecto protector y beneficioso sobre el sistema cardio-vascular, el cuál se suele estar afectado en la enfermedad renal.
- EL FÓSFORO Y EL POTASIO: Reducir y controlar los alimentos muy ricos en fósforo y potasio. Sobre todos los frutos secos, los chocolates, quesos curados, vísceras, algunas legumbres secas y algunas frutas (plátano), con el fin de evitar la acumulación excesiva de estos elementos en el organismo y las consecuencias graves sobre el corazón y los huesos que conllevaría.

7.3 CONSEJOS POST-EVENTO CARDIOVASCULAR:

OBJETIVO: REDUCIR LOS FACTORES CARDIOVASCULARES Y EVITAR NUEVO EVENTO

HÁBITOS TÓXICOS, AUTOCUIDADOS EN LOS ASPECTOS PSICOEMOCIONALES AUTOCUIDADOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES IGUAL ANTERIOR.

NUTRICIÓN: además de las recomendaciones anteriores.

- Prepare los alimentos cocidos, hervidos, asados, ala plancha y6 al microondazas. Evite la fritura y el rebozado. En los caldos de carne dejar enfriar y retira la grasa que se pueda.
- Cocine a aliñe con aceites vegetales sobretodo el de oliva preferiblemente virgen.
- Aderece los platos de pasta, arroz y verduras con sofritos de tomate, ajo, cebolla o puerros al menos 2 veces por semana.
- Disminuya el consumo de comidas rápidas y aumente la comida elaborada en casa.
- Controle y disminuya el consumo de sal en la mesa y evite el consumo excesivo de alimentos ricos en sal (conservas de todo tipo, caldos industriales, aceitunas, bollería industrial, caramelos, ahumados etc...)
- Beba al menos un litro y medio de líquidos al día agua, zumos, leche.
- Explique al paciente alimentos a comer regularmente en una dieta baja en colesterol, alimentos a comer con moderación (2-3 veces por semana y en cantidades moderadas). alimentos a comer "solo en días señalados" (con moderación y una vez por semana o con menor frecuencia), alimentos que no se deben comer "nunca".

SEXUALIDAD

- La actividad física que requiere una relación sexual se compara con la necesaria para subir dos pisos de escaleras. Si es capaz de subir dos pisos de escaleras sin tener dolor en el pecho o fatiga excesiva, será capaz, desde el punto de vista físico, de mantener relaciones sexuales plenas.
- La unidad de medida de la capacidad física o funcional es el met. 1 met equivale al consumo de 3,5 ml/k/minuto y representa el consumo de oxígeno de una persona de 70 kilos en reposo durante un minuto. Estos cálculos son aproximados y varían en función de las características físicas de cada persona, el tipo de pareja (habitual o esporádica), la ingesta previa de alcohol o comidas muy abundantes, etc.
- La frecuencia cardiaca y la tensión arterial alcanzadas, así como la aparición de arritmias durante un encuentro sexual con tu pareja, suelen ser equivalentes a las que se presentan en otras muchas actividades de la vida cotidiana, como por ejemplo, subir dos pisos por las escaleras.
- Los gastos energéticos requeridos en la actividad sexual son:
  - Fase pre-orgásmica: 3,7 mets
  - Fase orgásmica: 5 mets
  - Fase post-orgásmica: 3,7 ,mets

- Las posibilidades de muerte y el riesgo de infarto durante el coito son muy bajos.
- Seguir en todo momento la recomendación individualizada que el cardiólogo realiza tras revisar los resultados de la ergometría:
  - Si no hay datos de isquemia miocárdica y la capacidad física es superior a 5 mets se puede reanudar la actividad sexual habitual.
  - La presencia de isquemia precoz o una capacidad física muy reducida pueden limitar o desaconsejar la actividad sexual.
- No existe fecha fija recomendable para la reanudación de la actividad sexual, tampoco se debe tener prisa. Una vez en el domicilio, el miedo irá desapareciendo poco a poco, a medida que el paciente empiece a desarrollar sin problemas otras actividades cotidianas que impliquen cierto ejercicio físico.
- Se recomiendan reanudar las relaciones sexuales:
  - con nuestra pareja de forma natural,
  - evitando momentos de cansancio, comidas muy abundantes y la toma de alcohol.
  - Un buen momento puede ser por las mañanas, tras el descanso del sueño.
  - si apareciese cualquier síntoma extraño, se debe consultar con el médico inmediatamente.
  - Las temperaturas extremas, ansiedad o miedo, o relaciones extramaritales aumentan el gasto energético.
- Los gastos energéticos tras la actividad sexual no superan los necesarios para andar 1 Km. en 15 minutos (similar al gasto energético durante la fase preorgásmica) y subir después a un segundo piso por la escalera en 10 segundos (fase orgásmica), estando entre 3,5 y 5 METS. Por todo ello, una CF alcanzada en el test de esfuerzo de 6 METS da un margen suficiente de seguridad.

EJERCICIO FÍSICO.

- El ejercicio es fundamental en la rehabilitación de los pacientes con cualquier tipo de cardiopatía, incluso los que han sufrido infartos. El cardiólogo determinará el nivel de esfuerzo, por medio de una ergometría o prueba de esfuerzo y diseñará el programa de rehabilitación cardiaca que incluya apoyo psicológico.
- La ergometría aporta información sobre la capacidad física del paciente (consumo de oxígeno), así como del estado de su corazón respecto al esfuerzo (síntomas, respuesta de la tensión arterial y de la frecuencia cardiaca) y de la posible aparición de arritmias peligrosas.
- Es fundamental iniciar precozmente la práctica de ejercicio, ya que el entrenamiento va a mejorar la situación física y psicológica del paciente. Aumentará su consumo de oxígeno, permitiéndole mantener una mayor actividad física sin padecer ninguna sintomatología. Esta situación provoca un efecto psicológico altamente positivo.

ESTRÉS

El estrés por sí mismo y de forma aislada no supone un riesgo para nuestro corazón. Sin embargo, se encuentra frecuentemente unido a otros factores de riesgo, como la hipertensión arterial, el sedentarismo, la hipercolesterolemia y la obesidad, y probablemente también al consumo de tabaco. En estos casos, el estrés sí supone un verdadero factor de riesgo cardiovascular, pudiendo ser un desencadenante de un accidente coronario. Por ello, el ejercicio físico se manifiesta como un efectivo mecanismo para controlar y reducir los niveles

8. Cartera de servicios

8.1 CSE 403: PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN EL ADULTO

INDICADOR DE COBERTURA

Nº de personas mayores de 14 años que cumplen el criterio de inclusión / Nº de personas mayores de 14 años

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Se contarán las personas mayores de 14 años en las que conste en los últimos 5 años consejo/refuerzo de al menos, 3 de los siguientes estilos de vida:

- ☑ Alimentación (dieta saludable)
- ☑ Ejercicio físico
- ☑ Hábitos tóxicos: alcohol, tabaco y otras drogas
- ☑ Uso de preservativo
- ☑ Prevención de accidentes
- ☑ Uso racional de recursos socio-sanitarios
- ☑ Automedicación responsable

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

CBA1

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizada una anamnesis o valoración funcional en los últimos 5 años sobre:

- ☑ Alimentación, que incluya al menos: número de comidas, ingesta de líquidos y dieta mediterránea
- ☑ Ejercicio, que incluya al menos: tipo e intensidad del ejercicio.
- ☑ Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas
- ☑ Vivencia de etapa vital (cada una de las etapas de la vida que posee unas características propias y plantea diferentes necesidades y exigencias)
- ☑ Sexualidad, que incluya el menos: existencia o no relaciones sexuales, uso preservativo u otro método de prevención de transmisión sexual, y presencia/ausencia de problemas
- ☑ Accidentes
- ☑ Ocio-tiempo libre, que incluya al menos tipo y dedicación
- ☑ Uso de recursos socio-sanitarios
- ☑ Automedicación, que incluya al menos: presencia/ausencia y tipo de medicación
- ☑ Relaciones interpersonales: presencia/ausencia de problemas en relaciones familiares, sociales y laborales

CBA2

En las personas incluidas en el servicio constará en los últimos 5 años consejo/refuerzo de:

- ☑ Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas
- ☑ Dieta saludable (mediterránea)

- ☑ Fomento del ejercicio físico
- ☑ Automedicación responsable
- ☑ Prevención de accidentes
- ☑ Sexualidad (incluyendo consejo/información sobre utilización del preservativo para evitar las infecciones de transmisión sexual)
- ☑ Uso racional de recursos socio-sanitarios
- ☑ Plan de cuidados en las personas en que se detecte algún problema y constará una revisión del mismo al menos al año de su instauración

* La numeración pertenece a los servicios de la Cartera de Servicios Estandarizada del SERMAS, Comunidad de Madrid, revisión 2009.

8.2 CSE 404: DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN EL ADULTO

INDICADOR DE COBERTURA
Nº total de personas mayores de 14 años que cumplen el criterio de inclusión / Nº total de personas mayores de 14 años

CRITERIO DE INCLUSIÓN
Se contarán las personas mayores de 14 años en que consten actividades de despistaje sobre cuatro o más de los siguientes problemas de salud en los últimos 5 años:

- ☑ Consumo de Tabaco
- ☑ Hipertensión Arterial
- ☑ Hiperglucemia
- ☑ Obesidad
- ☑ Hipercolesterolemia
- ☑ Consumo de Alcohol
- ☑ Sedentarismo

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN
En las personas mayores de 14 años constará:

CBA1

Cada 2 años el hábito tabáquico y la cuantificación de paquetes/año en caso afirmativo. Aclaración:
Paquetes/año= Nº cigarrillos/día x años de consumo/20
Si existen periodos con diferente consumo, se calculará el valor medio de los mismos

CBA2

Cada 2 años el consumo de alcohol, cuantificado en gramos/día o semana en caso afirmativo

CBA3
Una medición de tensión arterial cada:

- ☑ 5 años, si su edad es inferior o igual a 40 años
- ☑ 2 años, si es superior a dicha edad

CBA 4
Cada 5 años el cálculo del índice de masa corporal

* La numeración pertenece a los servicios de la Cartera de Servicios Estandarizada del SERMAS, Comunidad de Madrid, revisión 2009.

8.3 CSE 405: VALORACIÓN DE RIESGOS CARDIOVASCILARES EN EL ADULTO

INDICADOR DE COBERTURA

Nº de personas que cumplen el criterio de inclusión/ Nº de personas de 40 a 65 años

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Se contarán las personas de 40 a 65 años, a las que se haya realizado una valoración del riesgo cardiovascular global mediante las tablas SCORE debajo riesgo. Excepción:

- ☑ Pacientes enfermedad coronaria
- ☑ Insuficiencia cardíaca
- ☑ Enfermedad arterial periférica
- ☑ Enfermedad cerebrovascular arteriosclerótica
- ☑ Ictus isquémico
- ☑ Accidente isquémico transitorio establecido
- ☑ Diabetes mellitus

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

CBA 1

En las personas incluidas en el servicio constará la clasificación según el porcentaje de riesgo cardiovascular a los 10 años, calculado mediante las tablas SCORE de bajo riesgo.

Aclaraciones:
Se clasifica al paciente según el grado de riesgo que presente en

- Bajo riesgo de muerte cardiovascular: personas que no presentan factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia).
- Moderado riesgo de muerte cardiovascular: personas con uno o varios factores de riesgo que le confieren un riesgo global actual (o extrapolado a los 60 años) inferior a un 5% de desarrollar
- Alto riesgo de muerte cardiovascular a los 10 años, personas con:
  - Varios factores de riesgo cardiovascular que les confieren un riesgo global actual (o extrapolado a los 60 años) > 5% de desarrollar un evento cardiovascular mortal a lo largo de 10 años (según SCORE).
  - Elevación acusada de un solo factor de riesgo:
    - > Colesterol total > 320 mg/dl
    - > Colesterol-LDL > 240 mg/dl
    - > Tensión arterial > 180/110 mm Hg.
    - > Diabetes tipo 1 con microalbuminuria o diabetes tipo 2.

CBA 2

En las personas con bajo riesgo constará cada 5 años, o al diagnóstico de un nuevo factor, el porcentaje de riesgo cardiovascular a los 10 años calculado mediante las tablas SCORE de bajo riesgo.

CBA 3

En las personas con moderado riesgo constará cada 2 años, o al diagnóstico de un nuevo factor, el porcentaje de riesgo cardiovascular a los 10 años calculado mediante las tablas SCORE de bajo riesgo.

CBA 4

En las personas con alto riesgo constará cada año el porcentaje de riesgo cardiovascular a los 10 años calculado mediante las tablas SCORE de bajo riesgo.

*** La numeración pertenece a los servicios de la Cartera de Servicios Estandarizada del SERMAS, Comunidad de Madrid, revisión 2009.**

8.4 CSE 406: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

INDICADOR de COBERTURA
Nº de personas mayores de 14 años que cumplen el criterio de inclusión20% de personas mayores de 14 años

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Se contarán las personas mayores de 14 años que cumplan uno de los siguientes criterios:

- ☑ Haber sido diagnosticado mediante 3 tomas de TA separadas en un periodo máximo de 3 meses, cuyo promedio sea TAS ≥140 y/o TAD ≥90 mm Hg.
- ☑ Pacientes con HTA severa: TAS ≥180 y/o TAD ≥110 mm Hg en una toma. Se incluirán también a los pacientes con diagnóstico previo de HTA con informe de un servicio sanitario que lo acredite o en tratamiento con fármacos antihipertensivos

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

En las personas incluidas en el servicio constará:

CBA 1

Valoración inicial de

- ☑ Antecedentes personales: diabetes, dislipemias y enfermedad cardiovascular.
- ☑ Antecedentes personales: Consumo de tabaco y alcohol.
- ☑ Anamnesis o valoración funcional de la percepción de la salud, nutrición ejercicio que incluya, al menos, presencia/ausencia de interés y conocimiento de conductas saludables, nº comidas diarias, consumo diario de frutas, verduras, grasas y azúcares, tipo e intensidad de ejercicio.
- ☑ Clasificación según niveles de tensión arterial (TA) y fase de repercusión visceral.

Aclaración:
Se considera cumplido el criterio de clasificación de HTA según el grado de repercusión visceral, si consta dicha fase o los diagnósticos correspondientes.

Excepción:
- ☑ Clasificación de HTA en el momento del diagnóstico o en el año previo en pacientes con diagnóstico previo de HTA.

CBA 2

Una exploración física en los dos últimos años que incluya al menos:

- ☑ IMC.
- ☑ Auscultación cardíaca.
- ☑ Presencia/ausencia de edemas en miembros inferiores.

Excepción:
- ☑ IMC en pacientes inmovilizados en domicilio.

CBA 3

Tener realizado, al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad o en el año previo, y con la periodicidad que en cada caso se especifica, las siguientes pruebas complementarias:

Cada 2 años:
- ☑ Glucemia.
- ☑ Creatinina.

- ☑ Perfil lipídico (colesterol total, c-LDL, c-HDL, triglicéridos).
- ☑ Sodio y potasio.
- ☑ Ácido úrico.
- ☑ Sistemático de orina.

Cada 5 años:

- ☑ Electrocardiograma (ECG) informado.

Excepciones:

- ☑ Analítica y ECG en el momento del diagnóstico o en el año previo en pacientes con diagnóstico previo de HTA.
- ☑ ECG en pacientes inmovilizados.

CBA 4

Al menos dos veces al año, un control que incluya:

- ☑ Medición de tensión arterial.
- ☑ Valoración de la adherencia al plan terapéutico.
- ☑ Revisión del tratamiento farmacológico.
- ☑ Revisión del plan de cuidados.
- ☑ Consejo/Información sobre consumo de tabaco y de alcohol.

Aclaración:

La adherencia al plan terapéutico incluye la valoración del cumplimiento del paciente del plan de cuidados y del tratamiento farmacológico pautado.

* La numeración pertenece a los servicios de la Cartera de Servicios Estandarizada del SERMAS, Comunidad de Madrid, revisión 2009.

8.5 CSE 407: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS

INDICADOR de COBERTURA
Nº de personas mayores de 14 años que cumplen el criterio de inclusión 6% de personas mayores de 14 años

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Se contarán las personas mayores de 14 años que hayan sido diagnosticadas con uno de los siguientes criterios:

- ☑ Glucemia al azar igual o superior a 200 mg/dl más signos y síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso).
- ☑ Glucemia basal plasmática igual o superior a 126 mg/dl en dos o más ocasiones (120 mg/dl en sangre venosa o capilar).
- ☑ Glucemia a las dos horas de la sobrecarga oral con 75 gr. de glucosa igual o superior a 200 mg/dl en dos o más ocasiones. Se incluirán también a los pacientes con diagnóstico previo de diabetes mellitus con informe de un servicio sanitario que lo acredite o en tratamiento con fármacos antidiabéticos

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

En las personas incluidas en el servicio constará:

CBA 1

Valoración inicial de:

- ☑ Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz: infarto de miocardio o muerte súbita en progenitores o familiares de primer grado varones <55 años y/o mujeres < 65 años.
- ☑ Antecedentes personales de: HTA, dislipemia y enfermedad cardiovascular.
- ☑ Consumo de tabaco y alcohol.
- ☑ Anamnesis o valoración funcional de la percepción de la salud, nutrición, eliminación y ejercicio que incluya, al menos, presencia/ausencia de interés y conocimiento de conductas saludables, nº comidas diarias, consumo diario de frutas, verduras, grasas y azúcares, tipo e intensidad de ejercicio y ritmo intestinal.
- ☑ Edad de inicio o fecha de diagnóstico.
- ☑ Tipo de diabetes.

CBA 2

Una exploración física, al menos una vez al año, que incluya:

- ☑ IMC.
- ☑ Medición de tensión arterial.
- ☑ Índice tobillo/brazo.
- ☑ Presencia/ausencia de edemas en miembros inferiores.
- ☑ Reflejos osteo-tendinosos.
- ☑ Sensibilidad.
- ☑ Examen de los pies.

Excepción:

- ☑ IMC en pacientes inmovilizados en domicilio.

CBA 3
Tener realizado, al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad o en el año previo, y con la periodicidad que en cada caso se especifica, las siguientes pruebas complementarias:

- ☑ Hemoglobina glicosilada trimestral si 8% y semestral si inferior a 8%.
- ☑ Estudio analítico básico anual, que incluya:
- ☑ Glucosa.
- ☑ Perfil lipídico (colesterol total, c-LDL, c-HDL y triglicéridos).
- ☑ Creatinina.
- ☑ Índice albúmina/creatinina.
- ☑ Fondo de ojo informado cada 2 años.
- ☑ ECG informado cada 5 años.

Excepciones:
- ☑ Analítica, fondo de ojo y ECG en el momento del diagnóstico en los pacientes con diagnóstico previo de diabetes mellitus (DM).
- ☑ ECG en pacientes inmovilizados.
- ☑ En los pacientes con DM tipo 1, se admite que el fondo de ojo no se realice hasta pasados 5 años del diagnóstico.

CBA 4
Al menos un control (cada dos meses en los pacientes tratados con insulina, cada tres meses, si lo está con antidiabéticos orales, y cada seis, si el tratamiento es exclusivamente dieta) que incluya:

- ☑ Peso.
- ☑ Síntomas de hipoglucemia.
- ☑ Valoración de la adherencia al plan terapéutico.
- ☑ Revisión del tratamiento farmacológico.
- ☑ Revisión del plan de cuidados.
- ☑ Consejo/Información sobre consumo de tabaco y de alcohol.

Aclaración:
La adherencia al plan terapéutico incluye la valoración del cumplimiento del paciente del plan de cuidados y del tratamiento farmacológico pautado.

* La numeración pertenece a los servicios de la Cartera de Servicios Estandarizada del SERMAS, Comunidad de Madrid, revisión 2009.

8.6 CSE 408: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA

INDICADOR DE COBERTURA

Nº de personas mayores de 14 años que cumplen el criterio de inclusión 20% de personas mayores de 14 años

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Se contarán las personas mayores de 14 años que hayan sido diagnosticadas mediante dos determinaciones de colesterol total en un periodo máximo de tres meses, con niveles:

- ☑ Superiores o iguales a 250 mg/dl.
- ☑ Superiores o iguales a 200 mg /dl en personas con porcentaje de riesgo cardiovascular global mayor o igual a 5 calculado con las tablas SCORE de bajo riesgo, enfermedad cardiovascular establecida o diabetes.
- ☑ Se incluirán también a los pacientes con diagnóstico previo de hipercolesterolemia con informe de un servicio sanitario que lo acredite o en tratamiento con fármacos para la hipercolesterolemia.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

En las personas incluidas en el servicio constará:

CBA 1

Valoración inicial de:

- ☑ Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz: infarto de miocardio o muerte súbita en progenitores o familiares de primer grado varones < 55 años y/o mujeres < 65 años.
- ☑ Antecedentes personales de: hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular.
- ☑ Consumo de tabaco y alcohol.
- ☑ Anamnesis o valoración funcional de la percepción de la salud, nutrición y ejercicio que incluya, al menos, presencia/ausencia de interés y conocimiento de conductas saludables, nº comidas diarias, consumo diario de frutas, verduras, grasas y azúcares, tipo e intensidad de ejercicio.

CBA 2

Tener realizado, al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad o en el año previo, las siguientes determinaciones:

- ☑ IMC.
- ☑ Tensión arterial.
- ☑ Glucemia.
- ☑ Perfil lipídico (colesterol total, c-LDL, c-HDL, triglicéridos).

CBA 3

Al menos una vez en el último año, un control que incluya:

- ☑ Perfil lipídico (colesterol total, c-LDL, c-HDL, triglicéridos).
- ☑ Valoración de la adherencia al plan terapéutico.
- ☑ Revisión del tratamiento farmacológico.
- ☑ Revisión del plan de cuidados.
- ☑ Consejo/Información sobre consumo de tabaco y de alcohol.

Aclaración:

La adherencia al plan terapéutico incluye la valoración del cumplimiento del paciente del plan de cuidados y del tratamiento farmacológico pautado.

*** La numeración pertenece a los servicios de la Cartera de Servicios Estandarizada del SERMAS, Comunidad de Madrid, revisión 2009.**

8.7 CSE 409: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD

INDICADOR de COBERTURA
Global Nº de personas mayores de 14 años que cumplen el criterio de inclusión 12% de personas mayores de 14 años

Debe constar específicamente la fase en que se encuentra:

- ☑ Precontemplativa: no ha pensado adelgazar en los próximos 6 meses.
- ☑ Contemplativa: piensa cambiar en los próximos 6 meses.
- ☑ Preparación: pequeños cambios. Dispuesto a adelgazar en un mes.
- ☑ Acción: desde el momento que empieza la dieta hasta pasados 6 meses.
- ☑ Mantenimiento: desde los 6 meses hasta el año.

INDICADOR de COBERTURA
1. Nº de obesos > 14 años en que está identificada la fase Nº de obesos > 14 años

INDICADOR de COBERTURA
2. Nº de obesos > 14 años en fase de acción+mantenimiento Nº de obesos > 14 años en fases de preparación+acción+mantenimiento

CRITERIO DE INCLUSIÓN
Se contarán las personas mayores de 14 años con Índice de Masa Corporal (IMC=peso/talla2) superior a 30.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN
En las personas incluidas en el servicio constará:

CBA 1
Valoración inicial de:

- ☑ Antecedente familiar de obesidad hasta 2º grado de consanguinidad.
- ☑ Antecedentes personales de: hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia.
- ☑ Consumo de tabaco y alcohol.
- ☑ Anamnesis o Valoración funcional de la percepción de la salud, nutrición, ejercicio, eliminación y autoconcepto, que incluya, al menos, presencia/ausencia de interés conocimiento de conductas saludables, nº comidas diarias, consumo diario de frutas, verduras, grasas y azúcares, tipo e intensidad de ejercicio, ritmo intestinal, presencia/ausencia de problemas de imagen corporal y presencia/ausencia de problemas de autoestima.

CBA 2
Tener realizada, al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad o en el año previo, una exploración física que incluya:

- ☑ Perímetro cintura abdominal e índice cintura/cadera.
- ☑ Tensión arterial.

CBA 3
Tener realizado un estudio analítico básico desde el diagnóstico de la enfermedad o en el año previo que incluya:

- ☑ Glucemia.
- ☑ Perfil lipídico (colesterol total, c-LDL, c-HDL y triglicéridos).

En las personas en fase de acción o mantenimiento:

CBA 4
Debe constar fecha de inicio del plan terapéutico.

CBA 5
Se realizará, al menos, un control al año, que incluya:

- ☑ Peso.
- ☑ Valoración de la adherencia al plan terapéutico.
- ☑ Revisión del plan de cuidados.

Aclaración:
La adherencia al plan terapéutico incluye la valoración del cumplimiento del paciente del plan de cuidados y del tratamiento farmacológico pautado.

Excepción:
Pacientes inmovilizados para el peso.

* La numeración pertenece a los servicios de la Cartera de Servicios Estandarizada del SERMAS, Comunidad de Madrid, revisión 2009.

8.8 CSE 415: ATENCIÓN AL CONSUMO DE TABACO EN EL ADULTO

INDICADOR de COBERTURA
N° de fumadores > 14 años 25% de las personas > 14 años

CRITERIO DE INCLUSIÓN
Se contarán las personas mayores de 14 años fumadoras, es decir, con consumo de al menos un cigarrillo al día en el último mes (OMS) o su cuantificación.

1. Criterio de Inclusión
Se contarán las personas mayores de 14 años fumadoras con registro de la cuantificación del hábito tabáquico en los 2 últimos años en paquetes/año y en los que se registra la fase de abordaje identificada en el último año.

2. Criterio de Inclusión
Se contarán las personas > de 14 años fumadoras en las que se haya cuantificado el hábito tabáquico en los últimos 2 años y que en el último año se encuentran en fase de acción, mantenimiento o finalización.

FASES:

- ☑ Precontemplativa: no ha pensado en dejar de fumar en los próximos 6 meses.
- ☑ Contemplativa: piensa cambiar en los próximos 6 meses.
- ☑ Preparación: pequeños cambios.
- ☑ Dispuesto a dejarlo en un mes.
- ☑ Acción: desde el momento que deja el tabaco hasta pasados 6 meses
- ☑ Mantenimiento: desde los 6 meses hasta el año.
- ☑ Finalización: a partir del año de dejarlo.
- ☑ Recaída.

INDICADOR de COBERTURA
N° de fumadores > 14 años que cumplen CI (2) N° de fumadores > 14 años

INDICADOR de COBERTURA
N° de fumadores > 14 años que cumplan CI (3)N° de fumadores > 14 años con cuantificación hábito en fase de preparación+acción+mantenimiento + finalización

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN
En las personas incluidas en servicio constará:

CBA 1
Información sobre las características del hábito tabáquico: edad inicio, intentos previos de abandono del hábito tabáquico y motivos de recaídas.
Excepción motivos de recaídas: Si no ha habido recaídas

CBA 2
Valoración del grado de dependencia física a la nicotina según el Test de Fagerström reducido.
Aclaración:
El test de Fagerström es un test cuantitativo de dependencia física. Los números de la tercera columna correspondientes a las respuestas del fumador se suman para obtener una escala del 0 (baja dependencia) al 6 (alta dependencia).
¿Cuántos cigarrillos diarios fuma habitualmente? (Escriba el número en el recuadro y ponga un círculo alrededor de una respuesta)

- ☑ 10 o menos
- ☑ 11-20

- ☑ 21-30
- ☑ 31 o más
- ☑ 0
- ☑ 1
- ☑ 2
- ☑ 3

¿Cuánto tiempo transcurre desde que se despierta hasta que se fuma el primer cigarrillo? (Ponga un círculo alrededor de una respuesta)

- ☑ 5 minutos
- ☑ 6-30 minutos
- ☑ 31 o más
- ☑ 3
- ☑ 2
- ☑ 0

Se suma la puntuación de las dos preguntas y el resultado se valora así: de 5 a 6 corresponde a dependencia alta; de 3 a 4 a dependencia moderada, y de 0 a 2 dependencia baja.

CBA 3
Consejo sobre el abandono del hábito y oferta del servicio de deshabituación al menos una vez en el último año.
Aclaración:
El consejo/ información está orientado a:

- Proceso relacionado con el abandono del consumo (síndrome de abstinencia).
- Beneficios relacionados con el abandono del consumo de tabaco.
- Habilidades para afrontar la deshabituación.
- Hábitos alimentarios y ejercicio físico.
- Información sobre alternativas de tratamiento farmacológico.

En las personas incluidas en servicio que estén en fase de acción o mantenimiento:

CBA 4
Debe constar fecha de abandono.

CBA 5
Se realizarán, al menos, dos intervenciones de seguimiento en el primer año desde la fecha de abandono, siendo una de ellas en el primer mes, abordando los siguientes aspectos:

- ☑ Valoración de la adherencia al plan terapéutico: Presencia/ausencia del síndrome de abstinencia.
- ☑ Valoración de la adherencia al plan terapéutico: Dificultades y su abordaje
- ☑ Valoración de la adherencia al plan terapéutico: Recaídas y causas
- ☑ Revisión del tratamiento farmacológico para el abandono del hábito tabáquico (sustitutivos de la nicotina y/o bupropión).
- ☑ Valoración de posibles efectos adversos del tratamiento farmacológico en la primera intervención de seguimiento.

Excepciones:

- ☑ Personas con menos de un mes desde la fecha de abandono en el momento de la evaluación para la valoración de la adherencia.
- ☑ Personas con menos de un año desde la fecha de abandono en el momento de la evaluación para la revisión del tratamiento farmacológico.
- ☑ Para la revisión y valoración de efectos adversos del tratamiento: Personas en fase de acción que no utilizan tratamiento farmacológico.
- ☑ Para la revisión de las recaídas: personas que no hayan tenido recaídas.

* La numeración pertenece a los servicios de la Cartera de Servicios Estandarizada del SERMAS, Comunidad de Madrid, revisión 2009.

8.9 CSE 416: ATENCIÓN AL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL ADULTO

INDICADOR DE COBERTURA
Nº personas >18 años que cumplen el criterio de inclusión. 3,6% de Personal mayores de 18 años ambos incluidos

CRITERIO DE INCLUSIÓN
Se contarán las personas mayores de 18 años, en que la cuantificación del consumo de alcohol sea:

- ☑ Superior a 40 gr/día (5 unidades) o 280 gr. /semana (35 unidades) en varones.
- ☑ Superior a 24 gr. /día (3 unidades) o 168 gr./semana (21 unidades) en mujeres.
- ☑ Bebedor de más de 40 gr. (5 unidades) al menos una vez al mes.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN
A las personas incluidas en el servicio:

CBA 1
Se realizará un Test de Identificación de Trastornos con el Uso de Alcohol, cuestionario AUDIT normalizado (Anexo 1), para valorar su dependencia del alcohol.

CBA 2
Si la puntuación obtenida en el AUDIT es > 8 en hombres, > 6 en mujeres y en los mayores de 60 años, constará información sobre:

- ☑ Presencia/ausencia de síntomas de neuropatía y hepatopatía crónica.
- ☑ Presencia/ausencia de signos de neuropatía y hepatopatía crónica.
- ☑ Una analítica que incluirá hemograma, GOT, GPT y GGT y VCM.

CB3
Se realizará intervención mediante consejo acerca de la necesidad y estrategia de suspender el consumo de alcohol o reducirlo a valores inferiores a los definidos como excesivos en el criterio de inclusión.

Aclaraciones:

El consejo incluirá:

- ☑ Información sobre riesgos del consumo de alcohol.
- ☑ Estimación de la ingesta y comparación con el consumo medio y hábito en Familiares y amigos.
- ☑ Información sobre los síntomas de abstinencia, motivación y dependencia.
- ☑ Pactar el consumo y mantener visitas de seguimiento.
- ☑ Ofrecer consejos para facilitar la reducción: cambio de hábitos, ejercicio, evitar ciertas compañías, cambios en el modelo de consumo y de ingesta.
- ☑ Información sobre terapias de apoyo y grupos de autoayuda.

* La numeración pertenece a los servicios de la Cartera de Servicios Estandarizada del SERMAS, Comunidad de Madrid, revisión 2009.

8.10 CSE 504: EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON GRUPOS

INDICADOR de COBERTURA
= nº de proyectos de EPS desarrollados con grupos de personas

CRITERIO DE INCLUSIÓN
Se considera proyecto al documento que contiene el desarrollo de acciones educativas sobre temas de salud con metodología grupal dirigidas a la población que incluya, al menos:

La población diana a quien va dirigido.
El área temática de la salud o contenido que se abordan y tipología de EPS.
Cronograma con fechas de inicio y fin.

Se considera incluidos los proyectos acabados o en desarrollo (al menos una sesión realizada) durante el periodo evaluado.

Grupo: Conjunto de al menos 6 y no más de 12 personas con un interés común sobre un tema de salud que se reúnen para realizar un proceso de aprendizaje.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

CBA 1
El proyecto educativo incluirá:

- ☑ Justificación.
- ☑ Análisis de situación.
- ☑ Objetivos con delimitación de, al menos, el área de conocimientos y otra de las áreas del aprendizaje (Área de actitudes o Área de habilidades).
- ☑ Listado de contenidos.
- ☑ Metodología: número de sesiones educativas (al menos tres sesiones), duración, actividades y técnicas, reuniones de coordinación.
- ☑ Características y número de la población al que va dirigido.
- ☑ Sistema de evaluación.

CBA 2
El proyecto educativo deberá tener una memoria final que contenga una evaluación cualicuantitativa de estructura, proceso y resultado.

Excepción:

- ☑ Que el proyecto no esté terminado cuando se efectúe la evaluación

*** La numeración pertenece a los servicios de la Cartera de Servicios Estandarizada del SERMAS, Comunidad de Madrid, revisión 2009.**

9. Plan de actuación de Enfermería

9.1 DIAGNÓSTICOS PERCEPCIÓN / CONTROL SALUD.

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos. Describe la reducción de factores de riesgo Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad Expresa mínimas dificultades con los tratamientos prescritos No hay una aceleración inesperada de los síntomas de la enfermedad.	• Peso: masa corporal.	• Tasa perímetro abdominal mujeres • Tasa perímetro abdominal hombres. • Porcentaje de masa corporal IMC	• Ayuda para dejar de fumar • Enseñanza: dieta prescrita • Ayuda para disminuir el peso. • Enseñanza: actividad/ejerció prescrito. • Fomento del ejercicio. • Potenciación de la disposición del aprendizaje. • Enseñanza grupo. • Educación sanitaria.
	• Control del riesgo: salud cardiovascular	• Reconoce el riesgo de enfermedad cardiovascular • Reconoce la capacidad de cambiar de conducta. • Evita el consumo de cigarrillos • Controla tensión arterial. • Utiliza estrategias para control del estrés. • Sigue estrategias para el control del peso. • Utiliza la medicación como está prescrita. • Participa en el ejercicio regular.	
	• Control de riesgo: consumo de tabaco	• Desarrolla estrategias efectivas para eliminar el consumo de tabaco. • Sigue las estrategias seleccionadas de control del consumo de tabaco • Elimina el consumo de tabaco.	
	• Conducta de fomento de salud	• Busca un equilibrio entre ejercicio, trabajo, ocio, descano y nutrición. • Utiliza conductas efectivas de disminución del stress. • Sigue una dieta sana. • Utiliza un programa de ejercicios eficaz.	

Gestión ineficaz de la propia salud (00078)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria. Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo. En su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos en salud. **R/C** Complejidad del sistema de cuidados de salud Complejidad del régimen terapéutico Conflicto de decisiones Dificultades económicas Patrones familiares de cuidado de la salud Déficit de conocimientos Percepción de barreras Déficit de soporte social Percepción de beneficios Percepción de gravedad Deficit de soporte social	• Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (utilizar en HTA e hipercolesterolemia)	• Cumple el régimen terapéutico recomendado • Cumple los tratamientos prescritos • Evita conductas que potencian la patología	• Modificación de la conducta • Enseñanza proceso de enfermedad • Enseñanza: medicamentos prescritos • Enseñanza: dieta prescrita • Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito • Manejo de la hiperglucemia (en DM, además de todos los anteriores) • Manejo de la hipoglucemia (en DM, además de todos los anteriores) • Facilitar la autorresponsabilidad • Potenciación de la disposición del aprendizaje • Enseñanza: proceso de la enfermedad. • Ayuda para dejar de fumar enseñanza: automedicion presión arterial (AMPA) intervención sugerida no NIC. • Enseñanza: autoanálisis glucemia capilar. Intervención sugerida no NIC • Enseñanza: grupo.
	• Conocimiento: régimen terapéutico (utilizar en hta e hipercolesterolemia).	• Descripción de la dieta prescrita • Descripción de la medicación • Descripción de la actividad prescrita • Descripción de la justificación del régimen terapéutico • Descripción de los efectos esperados del tratamiento. • Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad	
	• Control de síntomas.	• Reconoce la variación de síntoma. • Refiere control, de los síntomas.	
	• Autocontrol de la diabetes en dm utilizar solo este.	• Sigue practicas preventivas de los cuidados de los pies • Informa de las lesiones de la piel que no se curan. • Realiza el régimen de tratamiento según este prescrito. • Demuestra el procedimiento correcto para el control de la glucosa en sangre. • Controla el nivel de glucosa en sangre. •Trata los síntomas de la hiperglucemia. • Trata los síntomas de hipoglucemia • Informa de síntomas de complicaciones. • Utiliza mediadas para prevenir complicaciones. • Busca asistencia sanitaria si los niveles de glucosa fluctúan fuera	

		de los para metros recomendados. • Sigue la dieta recomendada. • Sigue el nivel de actividad recomendado.	
	• Conducta de cumplimiento.	• Comunica seguir la pauta prescrita. La medición de este indicador se puede complementar con el test de Haynes-Sackett y/o el test de Morisky Green. • Automedición de PA: AMPA (resultado sugerido no NOC) demuestra el procedimiento correcto para automedición de la presión arterial. Indicador sugerido no noc. Se medirá con la misma escala que el indicador	
	• Motivación	• Acepta las responsabilidades de las acciones. • Autoinicia conductas dirigidas a objetivos.	
	• Conocimiento: conducta sanitaria	• Descripción de las técnicas efectivas de control del stress • Descripción de los efectos sobre la salud del consumo de tabaco • Descripción de los efectos sobre la salud del consumo de alcohol.	

Disposición para mejorar la nutrición (00163)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: La actitud hacia el acto de beber es congruente con los objetivos en salud. La actitud hacia el acto de comer es congruente con los objetivos en salud. Aporte adecuado de líquidos Aporte adecuado de alimentos Ingestas regulares Manifestación de conocimientos sobre elecciones saludables de líquidos Manifestación de conocimientos sobre elecciones saludables de alimentos Expresa deseo de mejorar nutrición Seguimiento de un estándar apropiado para los aportes (pe: dieta baja en sal, hipolipemiante…)	• Conocimiento dieta	• Descripción de la dieta recomendada • Explicación de las relaciones entre dieta, ejercicicio y peso corporal • Desarrolllo estrategias para cambiar los hábitos alimentarios	• Manejo de la nutrición • Ayuda con el autocuidado: alimentación. • Identificación de riesgos • Educación sanitaria • Enseñanza grupo • Enseñanza dieta prescrita
	• Control del riesgo: salud cardiovascularr	• Reconoce el riesgo de enfermedad cardiovascular • Reconoce la capacidad de cambiar la conducta	

9.2 DIAGNÓSTICOS COGNITIVO/PERCEPTIVO

Disposición para mejorar la toma de decisiones (00184)	NOC	Indicadores NOC	NIC
R/c Valores o creencias personales poco claros Percepción de amenaza a los valores personales Falta de experiencia o interferencia en la toma de decisiones Falta de información relevante Sistema de soporte deficitario. Fuentes de informaciones múltiples o divergentes **Características definitorias:** Expresiones de incertidumbre sobre las elecciones. Expresiones de consecuencias no deseadas de las acciones alternativas a considerar. Vacilación entre elecciones alternativas Retraso en la toma de decisiones Egocentrismo	• Toma de decisiones	• Identifica alternativas • Escoge entre varias alternativas	• Identificación de riesgos • Apoyo en la toma de decisiones
	• Control del riesgo: salud cardiovascular.	• Reconoce el riesgo de enfermedad cardiovascular • Reconoce la capacidad de cambiar la conducta	

Conocimientos deficientes (00126)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: Verbalización del problema Seguimiento inexacto de la instrucción Rendimiento inadecuado de la prueba Exposición de concepto erróneo. Petición de información. Comportamientos exagerados o inapropiados **R/c** Falta de exposición Incapacidad para recordar Interpretación erróneas de la información Limitación cognoscitiva Falta de interés en el aprendizaje Petición por parte del pa-	• Conocimiento: proceso de la enfermedad (utilizar en HTA e hipercolesterolemia)	• Descripción de la enfermedad. • Descripción de las causas o factores contribuyentes. • Descripción de los efectos de la enfermedad • Descripción signos-síntomas (sólo para HTA). • Descripción posibles complicaciones (signos y síntomas). • Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones.	• Enseñanza: proceso de la enfermedad • Enseñanza: dieta prescrita • Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito • Enseñanza: medicamentosprescritos • Educación Sanitaria • Manejo de la hiperglucemia (utilizar en DM) • Manejo de la hipoglucemia (utilizar en DM) presión arterial(AMPA) intervención sugerida, no NIC. Enseñanza: autoanálisis glucemia capilar. Intervención sugerida no NIC. • Cuidado de los pies (utilizar en DM) • Identificación de riesgos • Potenciación de la disposición del aprendizaje. • Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: tabaco y alcohol.
	• Conocimiento: medicación(utilizar en HTA e hipercolesterolemia)	• Descripción de las acciones de la medicación. • Descripción de los efectos indeseables de	

ciente de no ser informado. Poca familiaridad con los recursos para obtener la informacion		la medicación. • Descripción de la administración correcta de la medicación. • Reconocimiento de la necesidad de informar al profesional sanitario de toda la medicación que esta consumiendo. • Descripción del almacenamiento adecuado de la medicación. • Descripción de la eliminación adecuada de las medicaciones no utilizadas	• Enseñanza: automedicion • Enseñanza: grupo.
	• Conocimiento: conductas sanitarias(utilizar en HTA e hipercolesterolemia)	• Descripción de las prácticas nutricionales saludables. • Descripción de los beneficios de la actividad y el ejercicio. • Descripción de las técnicas efectivas de control de estrés. • Descripción de los efectos sobre la salud del consumo de tabaco. • Descripción de los efectos sobre la salud del consumo de alcohol. • Descripción sobre los fármacos sin prescripción facultativa	
	• Conocimiento: control de la diabetes (utilizar en DM)	• Descripción del plan de comidas prescrito. • Descripción del papel del ejercicio en el control de la glucemia. • Descripción de la prevención de hiperglucemia. • Descripción de la prevención de hipoglucemia. • Descripción del procedimiento correcto para el análisis de glucemia. • Descripción de la técnica adecuada para preparar y administrar insulina. 182020. Descripción del régimen de hipoglucemiantes orales prescrito. • Descripción de prác-	

		ticas de cuidados de los pies. • Descripción de los beneficios de controlar la diabetes, de consultar por las lesiones de la piel que no se curan.	
	• Control del riesgo: consumo de alcohol	• Control del riesgo: consumo de alcohol	
	• Control del riesgo: consumo de tabaco	• Se compromete con estrategias de control del consumo de tabaco. • Control del riesgo: salud cardiovascular. • Reconoce el riesgo de enfermedad cardiovascular. • Reconoce la capacidad de cambiar la conducta.	
	• Conocimiento: dieta	• Descripción de la dieta recomendada. • Explicaciones de las relaciones entre dieta, ejercicio y peso corporal. • Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimentarios.	
	• Conocimiento: actividad prescrita.	• Descripción de un programa de ejercicios realista. • Automedición de PA: AMPA (resultado sugerido no NOC) • Demuestra el procedimiento correcto para automedicion de la presión arterial. Indicador sugerido no noc. Se medirá con la misma escala que el indicador	
	• Autocontrol de la diabetes	• Demuestra el procedimiento correcto para el control de la glucosa en sangre. • Trata los síntomas de la hipoglucemia. • Trata los síntomas de la hipoglucemia.	

9.3 DIAGNÓSTICOS NUTRICIONAL - METABÓLICO

(00001) Desequilibrio nutricional. Ingesta superior a las necesidades.	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: • IMC mayor de 30. • Perímetro abdominal mayor de 88 en mujeres y 102 en hombres • Comer en respuesta a claves externas. • Comer en respuesta a claves internas distintas al hambre. • Sedentarismo. • Concentrar la toma de alimentos al final del día. **R/c** • Aporte excesivo en relación a las necesidades metabólicas.	• PESO: Masa corporal	• Tasa perímetro abdominal (mujeres) • Tasa perímetro abdominal (hombres) • Porcentaje de masa corporal. IMC.	• Enseñanza: Dieta prescrita. • Ayuda para disminuir el peso • Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito. • Fomento del ejercicio
	• Control de peso	• Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica. • Mantiene un patrón alimentario recomendado	

9.4 DIAGNÓSTICOS ACTIVIDAD - EJERCICIO

(00168) Sedentarismo	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: • Elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física. • Muestra falta de forma física. **R/c** • Desconocimiento de los beneficios que para la salud conlleva la realización de ejercicio físico. • Falta de entrenamiento en la realización de ejercicio físico. Carencia de motivación	• Conocimiento: Actividad prescrita	• Explicación del propósito de la actividad • Descripción de un programa de ejercicios realista	• Enseñanza grupo. • Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito. • Enseñanza: grupo.
	• Ambular.	• Caminata con marcha eficaz (3-6 METS)	

Déficit de actividades recreativas (0097)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: • Afirmaciones del paciente de que se aburre • Los pasatiempos habituales no se pueden realizar R/C • Entorno desprovisto de actividades recreativas • Falta de motivación • Alteración del estado emocional • Inmovilidad: consecuencias • Dificultad participar en actividades • Habilidades sociales deficientes	• PESO: Masa corporal1209 Motivación • Implicación social • Participación en juegos • Participación en actividades de ocio • Entorno físico familiar • Habilidades de interacción social • Bienestar personal	• Expresión de satisfacción con las actividades de ocio • Identificación de actividades recreativas • Refiere descanso con las actividades de ocio • Participación en juegos • Interacción con los miembros dela familia • Interacción con amigos íntimos	• Potenciación de la socialización • Entrenamiento de la asertividad • Terapia de entretenimiento • Potenciación de la autoestima • Facilitar la responsabilidad • Acuerdo con el paciente

9.5 DIAGNÓSTICOS AUTOPERCEPCIÓN

Riesgo de baja autoestima situacional (00153)	NOC	Indicadores NOC	NIC
R/c • Cambios de desarrollo • Alteración de la imagen corporal • Pérdida • Enfermedad física • Cambios en el rol social	• 1205: autoestima	• Verbalización de autoaceptación • Nivel de confianza	• Potenciación de la autoestima • Potenciación de la imagen corporal • Apoyo emocional • Aumentar los sistemas de apoyo
	• Toma de decisiones	• Identifica alternativas • Identifica recursos necesarios para apoyar cada alternativa	
	• Adaptación psicosocial: cambio de vida	• Identifiación de múltiples estrategias de superación • Uso de estrategias de superación efectivas	

Transtorno de la imagen corporal (00118)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: • Conductas de evitación, reconocimiento y control del propio cuerpo • Conducta no verbal a cambios corporales reales y percibidos • Verbalización de sentimientos y percepciones que reflejan una visión alterada de la apariencia corporal **OBJETIVAS**: • Cambios reales en el funcionamiento o estructura • Cambios en la implicación social • Ocultamiento/sobreexposición intencionado/no intencionado de una parte del cuerpo • No mirar o tocar una parte del cuerpo **SUBJETIVAS**: • Despersonalización de partes del cuerpo mediante pronombres im-	• Imagen corporal • Afrontamiento de problemas	• Imagen interna de sí mismo • Satisfacción con el aspecto corporal • Voluntad para utilizar estrategias que mejoren ese aspecto • Voluntad de usad estrategias para mejorar la función • Identifica patrones de superación eficaces • Identifica patrones de superación ineficaces • Adopta conductas para reducir el estrés • Utiliza estrategias de superación efectivas	• Aumentar el afrontamiento • Asesoramiento • Disminución de la ansiedad • Potenciación de la imagen corporal

personales • Énfasis en las capacidades restantes • Temor a la reacción de otros • Centrar la atención en el aspecto ,funcionamiento y fortalezas anteriores • Exagerar los logros • Sentimientos negativos sobre el cuerpo • Verbalización del cambio en el estilo de vida **R/C** • Trastornos Biofísicos • Trastornos Cognitivos • Cambios culturales • Enfermedad • Cambios perceptuales • Cambios psicosociales o espirituales • Cirugía			

9.6 DIAGNÓSTICOS ADAPTACIÓN AL ESTRÉS

Ansiedad (00146)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: • Conductuales • Afectivas • Fisiológicas • Cognitivas **R/c** Crisis de maduración o situacionales • Amenaza de cambio en el estado de salud	• Control de la ansiedad	• Utiliza estrategias de superación efectivas • Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	• Aumentar el afrontamiento • Disminución de la ansiedad • Técnica de relajación • Asesoramiento
	• Control de impulsos	• Verbaliza control de los impulsos • Identifica sistemas de apoyo social	
	• Superación de problemas	• Identifica patrones de superación eficaces • Modifica el estilo de vida cuando se requiere • Utiliza estrategias de superación efectivas	
	• Aceptación: estado de salud	• Reconocimiento de la realidad de la situación de salud • Toma de decisiones relacionadas con la salud	

Temor (00148)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: • Informes de: - Alarma - Aprensión - Sentirse asustado - Reducción de la seguridad en sí mismo - Pavor - Intranquilidad - Aumento de la tensión - Inquietud - Pánico - Terror **COGNITIVAS:** • Identifica el objeto del miedo • Los estímulos se consideran una amenaza	• Autocontrol del miedo • Autocontrol de la ansiedad • Conocimiento: cuidados en la enfermedad • Afrontamiento de problemas	• Supervisa la intensidad del miedo • Elimina los factores precursores del miedo • Busca información para reducir el miedo • Planea estrategias para superar las situaciones temibles • Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo	• Aumentar el afrontamiento • Asesoramiento • Potenciación de la seguridad • Enseñanza: proceso de enfermedad • Disminución de la ansiedad • Grupo de apoyo • Disminución de la ansiedad

CONDUCTUALES: • Conductas de ataque • Conductas de evitación • Impulsividad • Aumento de la alerta • Focalización limitada a la fuente de temor **FISIOLÓGICAS:** • Anorexia • Diarrea • Sequedad bucal • Disnea • Fatiga • Aumento de la transpiración • Aumento del pulso • Aumento de la frecuencia respiratoria • Aumento de la presión arterial • Tirantez muscular • Náuseas • Palidez • Dilatación pupilar • Vómitos **R/C** • Origen innato (p.ej ruido súbito, dolor, altura) • Desencadenantes innatos • Barreras idiomáticas • Respuesta aprendida • Estímulos fóbicos			

Afrontamiento ineficaz (00069)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: Falta de conductas orientadas al logro de objetivos o a la resolución de problemas, incluyendo incapacidad para tratar la dificultad para organizar la información • Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa • Percepción de un nivel inadecuado de control **R/c** Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación	• Control del riesgo: salud cardiovascular	• Reconoce el riesgo de enfermedad cardiovascular • Reconoce a capacidad de cambiar la conducta	• 6610:identificación de riesgos • Apoyo en toma de decisiones • Aumentar el afrontamiento • Aumentar los sistemas de apoyo
	• Ejecución del rol	• Capacidad para cumplir las expectativas del rol	
	• Superación de problemas	• Identifica patrones de superación eficaces • Modifica el estilo de vida cuando se requiere • Utiliza estrategias de superación efectivas	

• Inadecuación de los recursos disponibles	• Toma de decisiones	• Identifica alternativas • Identifica recursos necesarios para apoyar cada alternativa	
	• Aceptación: estado de salud	• Reconocimiento de la realidad de la situación de salud • Toma de decisiones relacionadas con la salud	

Afrontamiento defensivo (00071)	NOC	Indicadores NOC	NIC
R/c • Negación de problemas o debilidades evidentes • Proyección de culpa o responsabilidad • Falta de seguimiento o participación en la terapia o tratamiento	• Superación de problemas	• Identifica patrones de superación eficaces • Modifica el estilo de vida cuando se requiere • Utiliza estrategias de superación efectivas	• Potenciación de la conciencia de sí mismo • Acuerdo con el paciente
	• Adaptación psicosocial: cambio de vida	• Identifiación de múltiples estrategias de superación	
	• Conducta de búsqueda de la salud	• Describe estrategias para eliminar la conducta insana • Realiza la conducta sanitaria prescrita cuando es necesario	
	• Aceptación: estado de salud	• Reconocimiento de la realidad de la situación de salud • Toma de decisiones relacionadas con la salud	
	• Afrontamiento de problemas		

9.7 DIAGNÓSTICOS ROL-RELACIONES

Desempeño inefectivo del rol (00055)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: Cambio en la autopercepción del rol • Negación del rol • Inadecuación de las competencias y habilidades para el desempeño del rol • Conocimientos inadecuados **R/c** • Sociales • Conocimientos • Fisiológicos	• Adaptación psicosocial: cambio de vida	• Identifiación de múltiples estrategias de superación	• Potenciación de roles • Aumentar el afrontamiento
	• Ambiente de la familia: interno	• Participa en actividades conjuntas • Se apoyan unos a otros • Participa en el proceso de toma de decisiones	
	• Estado de salud de la familia	• Acceso a recursos adecuados • Uso de los recursos sanitarios	

Interrupción en los procesos familiares (00060)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: Cambios en las tareas asignadas • Cambios la participación en la toma de decisiones **R/c** Cambio de los roles familiares • Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia • Situaciones de transición o crisis	• Autoestima	• Verbalización de autoaceptación • Nivel de confianza	• Estimulación de la integridad familiar • Mantenimiento en procesos familiares • Asesoramiento • Apoyo emocional
	• Imagen corporal	• Adaptación a cambios en el aspecto físico • Adaptación a cambios en la función corporal • Adaptación a cambios en el estado de salud	
	• adaptación psicosocial: cambio de vida	• Identifiación de múltiples estrategias de superación	

9.8 DIAGNÓSTICOS SEXUALIDAD

Disfunción sexual (00059)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: Conflicto de valores • Incapacidad para lograr el nivel deseado de satisfacción • Verbalización del problema • Limitaciones reales o percibidas impuestas por la enfermedad o la terapia **R/c** Conceptos erróneos o falta de conocimientos • Alteración de la estructura o función corporales.	• Funcionamiento sexual	• Expresa autoestima • Expresa conocimiento de las capacidades sexuales personales	• Asesoramiento sexual • Disminución de la ansiedad • Potenciación de la autoestima • Potenciación de la imagen corporal
	• Autoestima	• Verbalización de autoaceptación • Nivel de confianza	

Patrón sexual ineficaz (00065)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: Manifestación de dificultad, limitaciones o cambios en los comportamientos o actividades sexuales **R/c** Déficit de conocimientos o habilidades sobre respuestas alternativas a transiciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporales, enfermedad o tratamiento médico.	• Funcionamiento sexual	• Adapta la técnica sexual cuando es necesario • Expresa autoestima • Expresa conocimiento de las capacidades sexuales personales	• Asesoramiento sexual • Potenciación de la imagen corporal
	• Autoestima	• Verbalización de autoaceptación • Nivel de confianza	
	• Adaptación psicosocial: cambio de vida	• Identifiación de múltiples estrategias de superación	

9.9 DIAGNÓSTICOS CREENCIAS Y VALORES

Conflicto de decisiones (00083)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: • Cuestionamiento de las creencias personales mientras se intenta tomar una decisión • Verbaliza incertidumbre frente a las decisiones • Verbaliza las consecuencias no deseadas de las acciones alternativas a considerar • Verbaliza sentimientos de distress mientras se intenta tomar una decisión **R/c** • Fuentes de información divergentes • Falta de experiencia en la toma de decisiones. • Múltiples fuentes de información • Déficits de sistemas de soporte • Creencias personales poco claras • Valores personales poco claros	• Toma de decisiones	• Identifica alternativas • Escoge entre varias alternativas	• Enseñanza: proceso de la enfermedad • Enseñanza: dieta prescrita • Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito • Enseñanza: medicamentos prescritos • Educación Sanitaria
	• Control del riesgo: salud cardiovascular.	• Reconoce el riesgo de enfermedad cardiovascular • Reconoce la capacidad de cambiar la conducta	
	• Conocimiento: proceso de la enfermedad (utilizar en HTA e hipercolesterolemia	• Descripción de la enfermedad. • Descripción de las causas o factores contribuyentes. • Descripción de los efectos de la enfermedad • Descripción signos-síntomas (sólo para HTA). • Descripción posibles complicaciones (signos y síntomas). • Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones.	

9.10 DIAGNÓSTICOS SUEÑO Y DESCANSO

Trastorno del patrón del sueño (00198)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: • Quejas de dificultad para conciliar el sueño. • Desvelo antes o después de lo deseado. • Sueño interrumpido. • Cambios de comportamiento y rendimiento. • Irritabilidad. • Desorientación. • Bostezos frecuentes. • en la postura R/c • Alteraciones sensoriales. • Estrés psicológico. • Factores externos. • Cambios sociales	• Descanso	• Calidad del descanso. • Descansado mentalmente. • Descansado emocionalmente	• Manejo ambiental: confort: • Mejorar el sueño
	• Sueño	• Patrón de sueño. • Calidad del sueño	

9.11 DIAGNÓSTICOS ELIMINACIÓN

Deterioro de la eliminación urinaria (00016)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: • Disuria • Frecuencia • Vacilación • Incontinencia • Nicturia • Retención • Urgencia **R/c:** • Obstrucción anatómica • Multicausalidad • Nicturia • Retención • Urgencia	• Continencia urinaria	• Reconoce la urgencia miccional • Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de orina. • Vacía la vejiga completamente • Capaz de usar el inodoro de forma independiente • Identificar la medicación que interfiere en el control urinario	• Manejo de líquidos 0570 Entrenamiento de vejiga urinaria • Manejo de la eliminación urinaria • Entrenamiento en el hábito urinario • Cuidados de la incontinencia urinaria

Diarrea (00013)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: • Dolor abdominal. • Retortijones. • Frecuencia aumentada de los movimientos intestinales. • Frecuencia aumentada de sonidos intestinales. • Heces sueltas líquidas. • Urgencia. • Cambios en el color. **R/c** • Estrés y ansiedad. • Ingesta dietética. • Medicamentos. • Inflamación , irritación o mala absorción intestinal • Toxinas. • Contaminantes. • Radiación	• Eliminación intestinal		• Manejo diarrea • Manejo de líquidos y electrolitos

Estreñimiento (00011)	NOC	Indicadores NOC	NIC
Características definitorias: • Frecuencia inferior al patrón habitual. • Heces duras. • Masa palpable. • Esfuerzo para defecar. • Disminución de los sonidos intestinales. • Sensación de plenitud o presión abdominal o rectal. • Cantidad de heces menor a la habitual. • Náuseas. **R/c** • Ingesta insuficiente de agua y alimentos. • Actividad física disminuida. • Hábitos personales. • Medicación. • Lesiones obstructivas gastrointestinales • Uso crónico de laxantes. • Dolor con la defecación. • Falta de intimidad. • Embarazo • Musculatura • Abdominal débil • Trastornos emocionales	• Eliminación intestinal	• Cantidad de heces en relacion con la dieta • Ausencia de estreñimiento • Ingestion de liquidos adecuada • Ingestion de fibra adecuada • Cantidad de ejercicio adecuada	• Gestión de la eliminación intestinal • Adiestramiento intestinal • Gestión del estreñimiento / impactación • Afrontamiento de problemas

10. Anexos

10.1 CONTRATO SIMBÓLICO MOTIVACIONAL

CONTRATO PARA CUIDAR MI CORAZÓN

Yo ..... me COMPROMETO y me RESPONSABILIZO a CUIDARME en el control y prevención cardiovascular y a ACUDIR a la mayoría de las Consultas de Enfermería para realizar de forma continuada mis autocuidados cardiovasculares durante 2 años, asistiendo tanto a consultas individuales, familiares y de grupo, hasta el final del Programa.

Fecha de Inicio del Programa en Cuidados Cardiovasculares Integrales (CCvI):.....

Testigo.....

Firma (paciente y testigo)

10.2 CÁLCULO DE RCV CON TABLA SCORE DE BAJO RIESGO

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO: Aunque los individuos de alto riesgo son los que mas posibilidades tienen de de obtener un beneficio clínico con las intervenciones preventivas, la mayoría de los casos de EV se dan en sujetos con riesgo bajo o intermedio, por ser esta población mucho mas numerosa. Se recomienda la valoración del RCV como una herramienta clave para orientar el manejo del paciente, ya que debe tratarse el RCV global del individuo en lugar de los factores de riesgo individualmente cuya acción puede ser muy distinta. Es difícil establecer el umbral a partir del cual debe iniciarse una intervención. Las tablas de riesgo pueden ser útiles no solo para estimar el RCV sino también para evaluar la forma de reducir el riesgo global abordando diferentes FR.

- Tabla SCORE de bajo riesgo
- No es necesario calcular el riesgo a pacientes que han padecido una ECV, presentan DM tipo ", DM tipo 1 con microalbuminuria o niveles muy altos de uno o mas factores de riesgo que implican por si mismos un RCV elevado y requieren tratamiento y control intensivo.
- Resto de la población la tabla Score es útil para estimar el RCV siempre que este indicado de acuerdo a los algoritmos de estas guías, es importante realizarlo porque existen casos con elevación moderada de varios factores de riesgo que superan en conjunto el umbral de riesgo alto.
- El riesgo absoluto en personas jóvenes difícilmente alcanzara un nivel del 5% a pesar de tener muy elevados factores de riesgo. En estas edades es importante calcular además del riesgo absoluto mediante tablas score, el riesgo relativo, para mostrar la necesidad de cambios en el estilo de vida.
- Las personas mayores con 60 o más años alcanzan un rcv del 5% o superior en la mayoría de los casos independientemente de los valores de los fr. Esto puede conducir a un exceso de indicación de tratamiento farmacológico. Además de un riesgo alto deben existir pruebas científicas claras de la eficacia del tratamiento farmacológico en estas edades.
- Utilización tabla: se debe localizar la casilla más cercana a la edad de la persona, el colesterol y la presión arterial sistólica. Considerar que el riesgo se incrementara si la edad el colesterol o los valores de la PA se aproximan a la casilla superior. El valor obtenido indica el riesgo absoluto de ECV mortal a 10 años.
- Es necesario considerar individualmente los denominados modificadores de riesgo es decir aquellas circunstancias que indican un riesgo mayor al obtenido por la tabla y que por lo tanto permiten corregir la puntuación obtenida en función de su presencia:

  - ☑ Sedentarismo y obesidad, especialmente obesidad central.
  - ☑ Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura.
  - ☑ Nivel socioeconómico bajo.
  - ☑ El riesgo en diabéticos comparados con no diabéticos puede ser 5 veces superior en mujeres y 3 en varones.
  - ☑ HDL bajo o triglicéridos elevados.
  - ☑ Personas asintomáticos con pruebas de arterioesclerosis preclínica: índice tobillo brazo reducido o evidencias obtenidas mediante imagen: ultrasonografía carótida, TC o resonancia magnética.

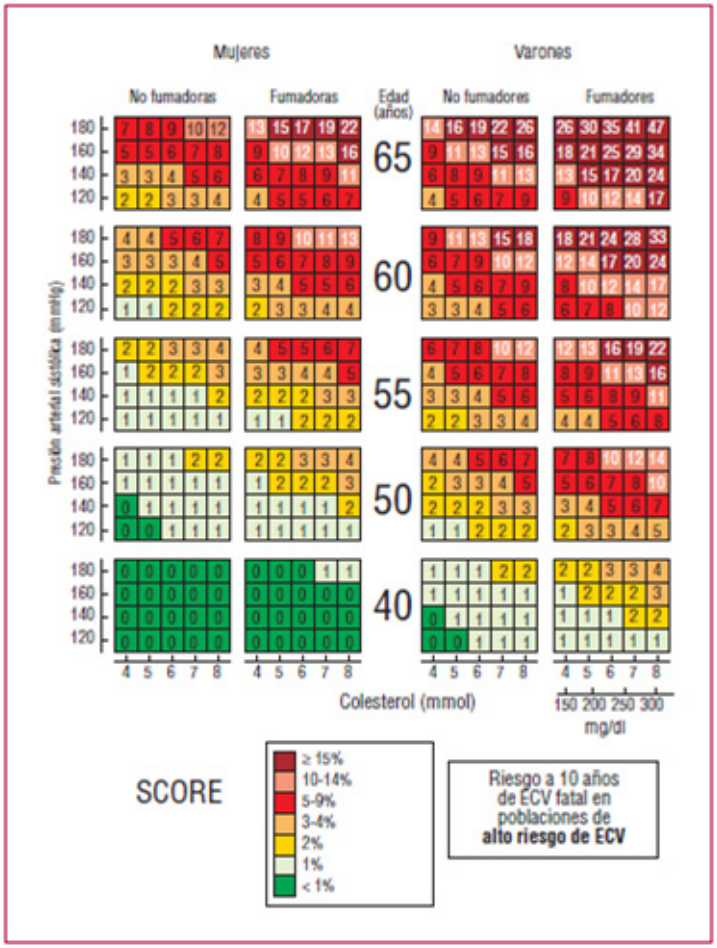


Tabla SCORE: riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular (ECV) fatal en poblaciones con bajo riesgo de ECV, según los siguientes factores de riesgo: edad, sexo, tabaquismo, presión arterial sistólica y colesterol total. © The European Society of Cardiology

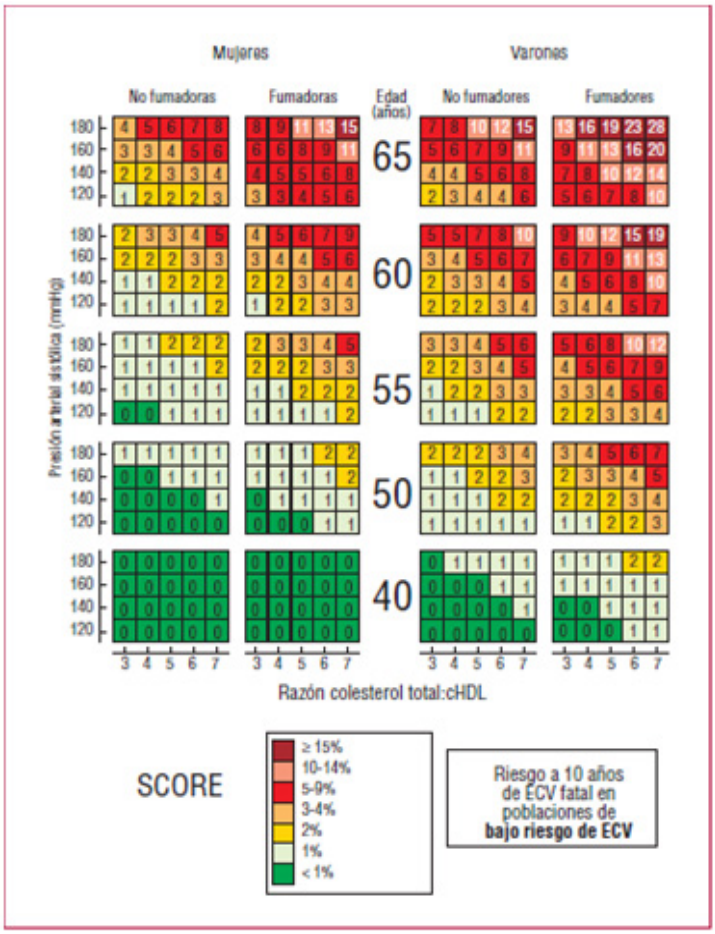
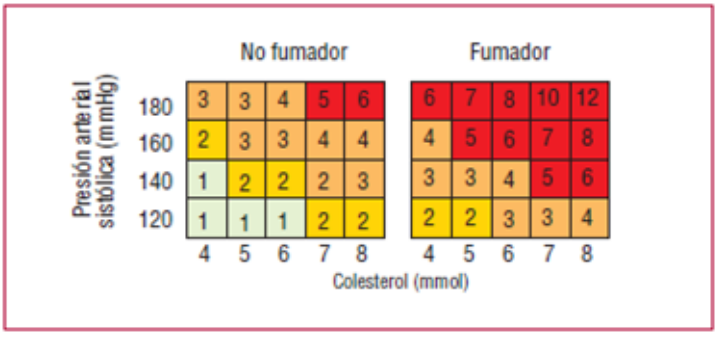


Tabla SCORE: riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular (ECV) fatal en poblaciones con bajo riesgo de ECV, según los siguientes factores de riesgo: edad, sexo, tabaquismo, presión arterial sistólica y razón colesterol total:colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (cHDL). © The European Society of Cardiology.



10.3 7-DAY PHYSICAL ACTIVITY RECALL

1. ¿Ha trabajado en los últimos siete días? 0. No 1. Sí
2. ¿Cuántos días ha trabajado la última semana? ..... Días
3. ¿Cuántas horas en total ha trabajado en los últimos siete días? ..... Horas
4. ¿Qué dos días considera Ud. que son sus días de descanso?..... y .....

HOJA DE REGISTRO

		DÍAS						
	DORMIR	1	2	3	4	5	6	7
MAÑANA	MODERADO (MIN)							
	VIGOROSA							
	MUY VIGOROSA							
TARDE	MODERADO							
	VIGOROSA							
	MUY VIGOROSA							
NOCHE	MODERADO							
	VIGOROSA							
	MUY VIGOROSA							
TOTAL MINUTOS	FUERZA							
	FLEXIBILIDAD							

5. Comparado con tu nivel de actividad física que ha realizado en estos últimos 3 meses, la actividad realizada en estos últimos siete días ha sido:

a) Mayor b) Igual c) Menor

* Preguntar sobre la actividad física realizada en cada uno de los segmentos del día para cada uno de los siete días de la semana
* Empezar con el día anterior, e ir registrando los días hacia atrás hasta completar 7 días (una semana)
  - a. Establecer el segmento del día ayudando mediante un recuerdo general del día
  - b. Registrar separadamente la mañana, la tarde y la noche
  - c. Preguntar si se le olvida alguna actividad
* Antes de terminar el registro de un día, no olvides preguntar sobre ejercicios de fuerza o flexibilidad y sobre posibles actividades olvidadas
* Registrar todo en la hoja de registro
* Registrar el tiempo y la intensidad de cada actividad, asegurándote que lo haces en el segmento del día y la categoría de intensidad adecuados. Recuerda que para ser contada, una actividad debe haber sido realizada con una duración superior a 10 minutos, dentro de un segmento del día.
* Completa la entrevista PAR realizando la última pregunta sobre la comparación de la actividad reportada y la actividad realizada en los últimos 3 meses
* Registra las incidencias de la entrevista o cualquier duda en la parte de atrás de la hoja de registro
* No hay problema en que el participante quiera cambiar o añadir algo en lo reportado

La principal medida de resultados será el incremento en el nivel de actividad física, entre la medición basal y la realizada a los 3, 6, 12 y 24 meses, medida con el 7-day Physical Activity Recall. Se medirá también la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) y la forma física. Se considerarán las variables predictoras y de confusión, como el sexo, la edad, la comorbilidad, la clase social, etc

10.4 CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
¿ESTA SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBE DE SU FAMILIA CUANDO TIENE UN PROBLEMA?			
¿DISCUTE CON SU PAREJA LOS POBLEMAS QUE TIENEN EN EL HOGAR?			
¿LAS DECISIONES IMPORTANTES LAS TOMAN EN CONJUNTO?			
¿ESTA SATISFECHA CON EL TIEMPO QUE PERMANECEN JUNTOS?			
¿SIENTE QUE SU FAMILIA LE QUIERE?			

Puntuación:

Cada pregunta se puntúa de 0 a 2.

0: "Nunca"
1: "A veces"
2: "Siempre".

- igual o superior a 7: familia normofuncionante.
- entre 4 y 6: disfunción familiar leve.
- igual o inferior a 3: disfunción familia

10.5 CUESTIONARIO DUKE-UNC

Apoyo social percibido.
En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

1: Mucho menos de lo que deseo.
2: Menos de lo que deseo.
3: Ni mucho ni poco.
4: Casi como deseo.
5: Tanto como deseo.

1. Recibo visitas de mis amigos y familiares.
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.
5. Recibo amor y afecto.
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.
11 Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Cuanta menor puntuación, menor apoyo En la validación española se opto por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación <32, para dividir a los sujetos en dos grupos (apoyo normal o bajo)

10.6 CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente
2 Muy buena
3 Buena
4 Regular
5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año
2 Algo mejor ahora que hace un año
3 Más o menos igual que hace un año
4 Algo peor ahora que hace un año
5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES
O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí
2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí
2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí
2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí
2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso?

1 Sí
2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí
2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí
2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada
2 Un poco
3 Regular
4 Bastante
5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno
2 Sí, muy poco
3 Sí, un poco
4 Sí, moderado
5 Sí, mucho
6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada
2 Un poco
3 Regular
4 Bastante
5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.
EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre
2 Casi siempre
3 Algunas veces
4 Sólo alguna vez
5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre
2 Casi siempre
3 Algunas veces
4 Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre
2 Casi siempre
3 Algunas veces
4 Sólo alguna vez
5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
1 Totalmente cierta
2 Bastante cierta
3 No lo sé
4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.
1 Totalmente cierta
2 Bastante cierta
3 No lo sé
4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.
1 Totalmente cierta
2 Bastante cierta
3 No lo sé
4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.
1 Totalmente cierta
2 Bastante cierta
3 No lo sé
4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

Asignación de puntaje.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntean 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntean 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100.Luego, los puntajes de items de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.
Los items no respondidos no se consideran.

10.7 CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DIABETES 39

Las siguientes preguntas se relacionan con el grado de afectación que la diabetes le ocasionó en su calidad de vida durante el último mes.
1 indica falta de afectación y, al avanzar la numeración, aumenta el grado de afectación en forma progresiva hasta llegar al máximo, que es el número 7, que indica afectación extrema.
Deberá responder ***todas las preguntas.***

Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?

1. El horario de los medicamentos para su diabetes
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

2. Preocupaciones por problemas económicos
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

3. Limitación en su nivel de energía
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

4. Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

6. Estar preocupado(a) por su futuro
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

7. Otros problemas de salud aparte de la diabetes
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

8. Tensiones o presiones en su vida
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

9. Sensación de debilidad
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

10. Restricciones sobre la distancia que puede caminar
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

11. Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

12. Visión borrosa o pérdida de la visión
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

13. No poder hacer lo que quisiera
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

14. Tener diabetes
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

15. El descontrol de su azúcar en sangre
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

16. Otras enfermedades aparte de la diabetes
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

17. Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

18. El tiempo requerido para controlar su diabetes
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

19. Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

20. La vergüenza producida por tener diabetes
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

21. La interferencia de su diabetes en su vida sexual
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

22. Sentirse triste o deprimido
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

23. Problemas con respecto a su capacidad sexual
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

24. Tener bien controlada su diabetes
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

25. Complicaciones debidas a su diabetes
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

26. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

29. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

30. Menor interés en su vida sexual
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

32. Tener que descansar a menudo
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

33. Problemas al subir escaleras
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

34. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

35. Tener el sueño intranquilo
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

36. Andar más despacio que otras personas
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

37. Ser identificado como diabético
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

38. Interferencia de la diabetes con su vida familiar
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

39. La diabetes en general
Nada afectada en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 Sumamente afectada

Calificación global

1. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique la calificación de su calidad de vida
Mínima calidad 1 2 3 4 5 6 7 Máxima calidad

2. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique lo que usted piensa de la gravedad de su diabetes
Ninguna gravedad 1 2 3 4 5 6 7 Extremadamente grave

El cuestionario contiene 39 ítemes cerrados que se agrupan en cinco secciones:
Energía-Movilidad (15 ítemes: 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35 y 36),
Control de la diabetes (12 ítemes: 1, 4, 5, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 31 y 39);
Ansiedad-preocupación (cuatro ítemes: 2, 6, 8 y 22),
Carga social (cinco ítemes: 19, 20, 26, 37 y 38) y
Funcionamiento sexual (tres ítemes: 21, 23 y 30), cuya escala de valores es el número 1 para nada afectado en lo absoluto y el 7 a sumamente afectado en la calidad de vida.
El primer ítem permite medir la percepción que el paciente tiene de su calidad de vida como un todo y determinar si existe correlación entre ésta y la calificación global de la calidad de vida obtenida con el instrumento.
El instrumento no contiene una definición de calidad de vida, por lo que el paciente contesta de acuerdo con lo que significa este concepto en su percepción individual. El segundo ítem mide la percepción que el paciente tiene sobre la severidad de su diabetes y permite identificar si hay congruencia de este valor con la calificación de su calidad de vida.

La puntuación varía entre 39 y 273; se interpreta que a mayor puntaje, mejor calidad de vida.

10.8 ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre del paciente:.....

Fecha de evaluación ..... Ficha clínica: .....

1 Ansiedad	**Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.**		Puntuación
	0	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej.: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
2 Tensión	**Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.**		Puntuación
	0	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	

3 Miedo	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siento alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.		Puntuación
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	
4 Insomnio	Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.		Puntuación
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (Ej.: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5 Dificultades en la concentración y la memoria	Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.		Puntuación
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej.: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	

6 Animo deprimido	**Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.**		**Puntuación**
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej.: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
7 Síntomas somáticos generales (musculares)	**Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej.: dolor mandibular o del cuello.**		**Puntuación**
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	
8 Síntomas somáticos generales (sensoriales)	**Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.**		**Puntuación**
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

9 Síntomas cardiovasculares	Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.		Puntuación
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10 Síntomas respiratorios	Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa...		Puntuación
	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
11 Síntomas gastrointestinales	Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.		Puntuación
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

12 Síntomas genito urinarios	**Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.**		**Puntuación**
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
13 Síntomas autonómicos	**Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.**		**Puntuación**
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
14 Conducta durante la entrevista	**IIncluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, pálido, hiperventilando o transpirando**		**Puntuación**
	0	El paciente no parece ansioso	
	1	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	2	El paciente está moderadamente ansioso	
	3	El paciente está claramente ansioso	
	4	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

10.9 CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL (MINICHAL)

PROPÓSITO

El objetivo del cuestionario MINICHAL es evaluar la calidad de vida en personas que padecen Hipertensión Arterial (HTA) y el impacto del tratamiento antihipertensivo de forma factible en la práctica clínica habitual (Badia y cols., 2002).

DESCRIPCIÓN

El MINICHAL está formado por 16 ítmes de los cuales 10 corresponden a la dimensión "Estado de Ánimo" (EA) y 6 a la dimensión "Manifestaciones Somáticas" (MS).
Las preguntas hacen referencia a los "últimos 7 días" con cuatro posibles opciones de respuesta:

0 = No,en absoluto;
1 = Sí, algo;
2 = Sí bastante;
3 = Sí, mucho.

El rango de puntuación va de 0 (mejor nivel de salud) a 30 (peor nivel de salud) en la primera dimensión y de 0 a 18 en la segunda.
Es un cuestionario pensado para ser autoadministrado y la media de cumplimentación es de 7,2 minutos.

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL (MINICHAL)

En los últimos 7 días...

1. ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?
2. ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?
3. ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?
4. ¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?
5. ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?
6. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
7. ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?
8. ¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día?
9. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?
10. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?5
11. ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?
12. ¿Se le han hinchado los tobillos?
13. ¿Ha notado que orina más a menudo?
14. ¿Ha notado sequedad de boca?
15. ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?
16. ¿Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?

¿Diría usted que su hipertensión y el tratamiento de la misma afecta a su calidad de vida?
Opciones de respuesta de los ítemes:

No, en absoluto
Sí, algo
Sí, bastante
Sí, mucho

10.10 TEST DE BATALLA

Analiza el conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad y dirigido esencialmente a HTA y dislipemia.

Una repuesta incorrecta de las 3 siguientes conlleva falta de adherencia.

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con la dieta y/o mediación?
3. Cite dos o más órganos que pueden lesiones por tener la presión arterial elevada.

10.11 ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG

SUBESCALA DE ANSIEDAD

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

TOTAL ANSIEDAD: > 4

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: > 3

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

10. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
11. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
12. ¿Se ha sentido muy irritable?
13. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
14. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
15. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
16. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomasvegetativos)
17. ¿Ha estado preocupado por su salud?
18. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: > 4

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

10. ¿Se ha sentido con poca energía?
11. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
12. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
13. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
14. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
15. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
16. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
17. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
18. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: > 3

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.

Los puntos de corte se sitúan en 4 o más para la subescala de ansiedad y en 2 o más en la de depresión, con puntuaciones tanto más altas cuanto más severo sea el problema (siendo el máximo posible de 9 en cada una de las subescalas).

10.12 TEST DE BARBER

1. ¿Vive solo?
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?
3. ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?
4. ¿Necesita de alguien que le ayude a menudo?
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

Cada respuesta afirmativa vale 1 punto. Un punto o más sugieren situación de riesgo.

Puntos.....

10.13 TEST DE CAGE

TEST DE CAGE

1. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándoles su forma de beber?
2. ¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?

PUNTUACIÓN: 1 punto por respuesta afirmativa.
CORRECCIÓN: 1 punto o más indica problemas con el alcohol; 2 puntos se considera dependencia.

Versión original: Mayfield D. (1974).
Versión española: Rodriguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez R. (1986)

TEST DE CAGE CAMUFLADO

1. ¿Piensa usted que come demasiados dulces?
Si No
2. ¿Le han ofrecido alguna vez un "porro" o una dosis de cocaína?
Si No
3. ¿Le ha molestado alguna vez la gente que le critica su forma de beber?
Si No
4. ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio con carácter semanal?
Si No
5. ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día?
Si No
6. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
Si No
7. ¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar?
Si No
8. ¿Le han comentado alguna vez que debería comer más frutas y verduras?
Si No
9. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
Si No
10. ¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos?
Si No
11. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?
Si No
12. ¿Se ha planteado en alguna ocasión cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación?
Si No

PUNTUACIÓN TOTAL

10.14 TEST DE GLOVER-NILSSON (VERSIÓN DE 11 ÍTEMS)

¿Cuánto valora lo siguiente? (Preguntas 1 a 2)

Por favor, seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado
0 = nada en absoluto; 1 = algo; 2 = moderadamente; 3 = mucho; 4 = muchísimo

1. Mi hábito de fumar es muy importante para mí.
0 1 2 3 4

2. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar.
0 1 2 3 4

¿Cuánto valora lo siguiente? (Preguntas 3 a 11)

Por favor, seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado
0 = nunca; 1 = raramente; 2 = a veces; 3 = a menudo; 4 = siempre

3. ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?
0 1 2 3 4

4. ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?
0 1 2 3 4

5. Cuando no tiene tabaco, ¿le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?
0 1 2 3 4

6. Cuando se halla en un lugar en el que está prohibido fumar, ¿juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?
0 1 2 3 4

7. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, el sofá, la habitación, el coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?
0 1 2 3 4

8. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?
0 1 2 3 4

9. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y las chupas para relajarse del estrés, la tensión, la frustración, etc.?
0 1 2 3 4

10. ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?
0 1 2 3 4

11. Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., ¿se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?
0 1 2 3 4

10.15 TEST DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR (TEST DE RICHMOND)

Mide nivel de MOTIVACIÓN para dejar de fumar (0 a 10)

CUESTIONARIO	RESPUESTA	PUNTOS
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?		
	NO	0
	SÍ	1
2. ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?		
	Nada	0
	Algo	1
	Bastante	2
	Mucho	3
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas 2 semanas?		
	Definitivamente NO	0
	Quizás	1
	SÍ	2
	Definitivamente SÍ	3
4. ¿Cabe la posibilidad de que sea un "No fumador" en los próximos seis meses?		
	Definitivamente NO	0
	Quizás	1
	SÍ	2
	Definitivamente SÍ	3

Menor o igual a 4: Motivación Baja
Entre 5 y 6: Motivación Media
Más de 7: Motivación Alta

10.16 TEST DE MORINSKY-GREEN

En este test se considera cumplidor a aquel hipertenso que responde de forma correcta a las siguientes 4 preguntas realizadas, entremezcladas de forma cordial, durante una conversación sobre su enfermedad:

- ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para su hipertensión?
- ¿Los toma a la hora indicada?
- ¿Deja de tomar su medicación cuando se encuentra bien?
- ¿Deja usted de tomarlos si alguna vez le sientan mal?

10.17 TEST DEL CUMPLIMIENTO AUTOCOMUNICADO O TEST HAYNES-SACKETT

Este test consta de dos partes.

1. La primera consiste en evitar una pregunta directa al paciente sobre la toma de la medicación, ya que directamente contestaría que sí se la toma; para esto, en el entorno de una amable conversación, le haríamos ver la dificultad que los pacientes tienen para tomar su medicación introduciendo la siguiente frase: "La mayoría de los pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos."
2. Posteriormente, y como segunda parte del test, se le haría la siguiente pregunta:

   "¿Tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?"

En caso de respuesta afirmativa, se pregunta sobre los comprimidos tomados en el último mes. Se considera cumplidor aquel hipertenso cuyo porcentaje de cumplimiento autocomunicado se sitúa en el 80-110%.

10.18 TEST DE ROSEMBERG

1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.

- **A.** Muy de acuerdo 4 puntos
- **B.** De acuerdo 3 puntos
- **C.** En desacuerdo 2 puntos
- **D.** Muy en desacuerdo 1 punto

2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.

- **A.** Muy de acuerdo 4 puntos
- **B.** De acuerdo 3 puntos
- **C.** En desacuerdo 2 puntos
- **D.** Muy en desacuerdo 1 punto

3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.

- **A.** Muy de acuerdo 4 puntos
- **B.** De acuerdo 3 puntos
- **C.** En desacuerdo 2 puntos
- **D.** Muy en desacuerdo 1 punto

4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.

- **A.** Muy de acuerdo 4 puntos
- **B.** De acuerdo 3 puntos
- **C.** En desacuerdo 2 puntos
- **D.** Muy en desacuerdo 1 punto

5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.

- **A.** Muy de acuerdo 4 puntos
- **B.** De acuerdo 3 puntos
- **C.** En desacuerdo 2 puntos
- **D.** Muy en desacuerdo 1 punto

6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.

- **A.** Muy de acuerdo 1 punto
- **B.** De acuerdo 2 puntos
- **C.** En desacuerdo 3 puntos
- **D.** Muy en desacuerdo 4 puntos

7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.

A. Muy de acuerdo 1 punto
B. De acuerdo 2 puntos
C. En desacuerdo 3 puntos
D. Muy en desacuerdo 4 puntos

8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.

A. Muy de acuerdo 1 punto
B. De acuerdo 2 puntos
C. En desacuerdo 3 puntos
D. Muy en desacuerdo 4 puntos

9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.

A. Muy de acuerdo 1 punto
B. De acuerdo 2 puntos
C. En desacuerdo 3 puntos
D. Muy en desacuerdo 4 puntos

10. A menudo creo que no soy una buena persona.

A. Muy de acuerdo 1 punto
B. De acuerdo 2 puntos
C. En desacuerdo 3 puntos
D. Muy en desacuerdo 4 puntos

SOLUCIONES AL TEST:

Puntuación entre 0 y 25: Tu autoestima es baja. Piensa que al sentirte de esta manera estás poniéndote trabas a ti mismo, lo que no te ayudará a conseguir tus metas. Intenta ver tu lado positivo y recuerda que el primer paso para que los demás te valoren, es que tú encuentres atractiva tu forma de ser.

Puntuación entre 26 y 29: Tu autoestima es normal. El resultado indica que tienes suficiente confianza en ti mismo. Eso te permitirá afrontar la vida con cierto equilibrio, imprescindible para asumir las dificultades del camino. No cambies, sigue así.

Puntuación entre 30 y 40: Tu autoestima es buena, incluso excesiva. Crees plenamente en ti y en tu trabajo; esto te da bastante fuerza. Sin embargo, ten cuidado, quererte excesivamente a ti mismo y poco a los demás puede resultar contraproducente, ya que puede conducirte a tener conflictos y ser rechazado. Intenta ser humilde de vez en cuando, haciendo un esfuerzo por ver la parte positiva de ellos sin sentir envidia, eso te ayudará a mejorar aún más para desarrollar mejor tus propias capacidades y la de la gente que te acompaña.

10.19 SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE TEXAS PAR ULCERAS EN PIE DIABÉTICO

	0	I	II	III
A	Lesión pre o post ulcerosa completamente epitelizada	Herida superficial que no afecta a tendón , cápsula o hueso	Herida que penetra a tendón o cápsula	Herida que penetra a hueso o articulación
B	Lesión pre o post ulcerosa completamente epitelizada con infección	Herida superficial que no afecta a tendón , capsula o hueso con infección	Herida que penetra a tendón o capsula con infección	Herida que penetra a hueso o articulación con infección
C	Lesión pre o post ulcerosa completamente epitelizada con isquemia	Herida superficial que no afecta a tendón , capsula o hueso con infección	Herida que penetra a tendón o capsula con infección	Herida que penetra a hueso o articulación con infección
D	Lesión pre o post ulcerosa completamente epitelizada con infección e isquemia	Herida superficial que no afecta a tendón , capsula o hueso con infección e isquemia	Herida que penetra a tendón o capsula con infección e isquemia	Herida que penetra a hueso o articulación con infección e isquemia

10.20 CUESTIONARIO DE DOLOR ESPAÑOL – CDE

Población diana: Población general con dolor agudo y crónico. Se trata de un cuestionario autoadministrado. El cuestionario presenta varias dimensiones tal y como se presenta en la tabla siguiente:

CLASES	SENSORIAL	AFECTIVA	EVALUATIVA
SUBCLASES	Temporal 1	Temor	Temporal 2
	Térmica	Autonómica / vegetativa	Intensidad
	Presión constrictiva	Castigo	
	Presión puntiforme / incisiva	Tensión / cansancio	
	Presión de tracción gravativa	Cólera / disgusto	
	Espacial	Pena / ansiedad	
	Viveza.		

El cuestionario obtiene tres resultados: Valor de intensidad total, valor de intensidad actual y Escala visual analógica.

- El valor de intensidad total se obtiene de la suma de los valores de cada clase: valor de intensidad de dolor sensorial, afectiva y evaluativa. El valor de cada clase se valora marcando los descriptores que se encuentran dentro de sus subclases, donde el paciente debe marcar uno o ningún descriptor. Si marca uno puntúa 1 y si no marca ninguno puntúa 0. El valor de intensidad sensorial se obtiene sumando y estará, por tanto, entre 0 y 7. El valor de intensidad afectivo oscila entre 0 y 6. El valor de intensidad evaluativo será 0 o 1. De la suma de estas tres dimensiones se obtiene la puntuación del valor de intensidad total, que se comprenderá entre 0 y 14.

- El valor de intensidad actual se obtiene de una escala tipo Likert de 0 a 5

- El valor de la Escala Visual Analógica se puntúa de 0 a 10.

RESULTADOS	
Valor de intensidad sensorial	0/7
Valor de intensidad afectiva	0/6
Valor de intensidad evaluativa	0/1
Valor de intensidad total	0/14
Valor de intensidad actual	0/5
Escala visual analógica	0/10

VALOR DE INTENSIDAD SENSORIAL	VALOR DE INTENSIDAD AFECTIVA
Temporal 1	**Temor**
Como pulsaciones Como una sacudida Como un latigazo	Temible Espantoso Horrible
Térmica	**Autonómica / Vegetativa**
Frío Caliente Ardiente	Que marea Sofocante
Presión constrictiva	**Castigo**
Entumecimiento Como un pellizco Agarrotamiento Calambre Espasmo Retortijón Opresivo	Que atormenta Mortificante Violento
Presión puntiforme / incisiva	**Tensión / Cansancio**
Pinchazo Punzante Penetrante Agudo	Extenuante Agotador Incapacitante
Presión de tracción gravativa	**Cólera / Disgusto**
Pesado Tirante Como un desgarro Tenso	Incómodo Que irrita Que consume
Espacial	**Pena / Ansiedad**
Superficial Difuso Que se irradia Fijo Interno Profundo	Deprimente Agobiante Que angustia Que obsesiona Desesperante
	VALOR DE INTENSIDAD EVALUATIVA
Viveza	**Temporal 2**
Adormecido Picor Hormigueo Como agujetas Escozor Como una corriente	Momentáneo Intermitente Creciente Constante Persistente
VALOR DE INTENSIDAD ACTUAL	
Intensidad	
Sin dolor Leve Molesto Intenso Fuerte Insoportable	

ESCALA VISUAL ANALOGICA

SIN DOLOR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ DOLOR INSOPORTABLE

10.21 TEST DE FAGERSTRÖM

PREGUNTA / RESPUESTA	PUNTUACIÓN
1. ¿Cuanto tiempo transcurre desde que se levanta hasta el primer cigarrillo?	
Menos de 30 minutos	1
Más de 30 minutos	0
2. ¿Tiene problemas para no fumar en lugares prohibidos (hospitales, cines)?	
SÍ	1
NO	0
3. ¿Que cigarrillo le costará más suprimir?	
El primero de la mañana	1
Cualquier otro	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
15 o menos	0
16 a 25	1
26 o más	2
5. ¿Fuma más durante las primeras horas del día que el resto del día?	
SÍ	1
NO	0
6. ¿Fuma cuando esta enfermo en la cama?	
SÍ	1
NO	0
7. ¿Cual es el nivel de nicotina de su marca de cigarrillos?	
0,9 mg o menos	0
1,0-1,2 mg	1
1,3 mg o más	2
8. ¿Inhala el humo?	
Nunca	0
A veces	1
Siempre	2

RESULTADOS

Menos de 7: Bajo nivel de dependencia a la nicotina

Más de 7: Alto nivel de dependencia a la nicotina

11: Máximo nivel de dependencia a la nicotina

10.22 TEST DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (IIEF-5)

El término de disfunción eréctil (abreviado DE), designa las dificultades continuas que los hombres tienen para lograr y mantener una erección suficiente para completar el acto sexual. Se utiliza a menudo el término la impotencia. La disfunción eréctil masculina es una de las disfunciones sexuales más comunes. Las estimaciones indican que hasta la mitad de todos los hombres, al pasar los cuarenta años de edad sufre de algunos de sus grados. La disfunción eréctil puede ser tratada con bastante éxito. Los medicamentos más conocidos son el Viagra, Cialis y Levitra.

Este es el cuestionario internacional de la salud sexual del hombre IIEF-5. Hay que evaluar el periodo de los últimos seis meses.

- ¿Cuál es su confianza en lograr y mantener una erección?

  Muy baja

  Baja

  Mediana

  Alta

  Absoluta

- ¿Con qué frecuencia tiene una erección suficiente para poder realizar un acto sexual?

  Nunca o casi nunca

  En pocas veces (en menos de la mitad de los casos)

  A veces (aproximadamente en la mitad de los casos)

  En mayoría de los casos (mas que la mitad)

  Siempre o casi siempre

- ¿Es capaz de mantener la erección después de la introducción del pene en la vagina?

  Nunca o casi nunca

  En pocas veces (en menos de la mitad de los casos)

  A veces (aproximadamente en la mitad de los casos)

  En mayoría de los casos (mas que la mitad)

  Siempre o casi siempre

- ¿Le resulta difícil durante la relación sexual mantener la erección hasta el orgasmo (eyaculación)?

  Extremamente difícil

  Muy difícil

  Difícil

  No muy difícil

  Fácil

- ¿Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales satisfactorias?

  Nunca o casi nunca

  En pocas veces (en menos de la mitad de los casos)

  A veces (aproximadamente en la mitad de los casos)

  En mayoría de los casos (mas que la mitad)

  Siempre o casi siempre

Número de puntos: .....

Resultado del test según el número de puntos

22 - 25	Sin disfunción eréctil
17 - 21	Disfunción eréctil ligera
12 - 16	Disfunción eréctil ligera hasta media
8 - 11	Disfunción eréctil media
5 - 7	Disfunción eréctil grave

10.23 TEST DE SALUD SEXUAL*

Este breve cuestionario ha sido diseñado para ayudarte a conocer mejor tu salud sexual. El test te permitirá saber si puedes tener disfunción eréctil. La orientación de tu médico será fundamental para confirmar el diagnóstico y encontrar la opción de tratamiento que mejor se adapte a tu caso.

Consta de cinco preguntas. A cada una de ellas se le otorga una puntuación de hasta 5 puntos. Por favor, intenta reflejar tu actividad de los últimos seis meses. Señala una opción por pregunta, la que mejor describa cómo te sientes:

Si tu puntuación es igual o inferior a 21, es recomendable que acudas al especialista.

*Test basado en SHIM: Sexual Health Inventory for Men

A. ¿Cómo clasificarías tu confianza en poder conseguir y mantener una erección?

- Muy baja (1)
- Baja (2)
- Moderada (3)
- Alta (4)
- Muy alta (5)

B. Cuando tienes erecciones con estimulación sexual ¿con qué frecuencia tu erección es suficiente para la penetración?

- No tengo actividad sexual (0)
- Casi nunca / Nunca (1)
- Pocas veces (menos del 50%) (2)
- A veces (50%) (3)
- La mayoría de las veces (más del 50%) (4)
- Casi siempre / Siempre (5)

C. Durante el acto sexual, ¿con qué frecuencia eres capaz de mantener la erección después de haber penetrado a tu pareja?

- No intento el acto sexual (0)
- Casi nunca / Nunca (1)
- Pocas veces (menos del 50%) (2)
- A veces (50%) (3)
- La mayoría de las veces (más del 50%) (4)
- Casi siempre / Siempre (5)

D. Durante el acto sexual, ¿qué grado de dificultad tienes para mantener la erección hasta el final del acto sexual?

- No intento el acto sexual (0)
- Extremadamente difícil (1)
- Muy difícil (2)
- Difícil (3)
- Ligeramente difícil (4)
- Sin dificultad (5)

E. Cuando has intentado el acto sexual, ¿con qué frecuencia te ha resultado satisfactorio?

- No intento el acto sexual (0)
- Casi nunca / Nunca (1)
- Pocas veces (menos del 50%) (2)
- A veces (50%) (3)
- La mayoría de las veces (más del 50%) (4)
- Casi siempre / siempre (5

10.24 RECOMENDACIONES AMPA

Las recomendaciones para la AMPA no difieren de las establecidas para la medida de la PA en la clínica pero se necesita poner énfasis en algunos puntos. El procedimiento debe realizarse bajo la supervisión de un profesional sanitario; antes de cada medida es necesario un periodo de reposo; deben utilizarse aparatos que ocluyan la arteria braquial.
En la fase inicial de valoración o cuando el tratamiento se ha iniciado, se recomiendan dos medidas por la mañana y dos medidas por la tarde cada día durante una semana.
Para el seguimiento, una vez controlado el paciente, esta rutina puede ser reducida a una semana al trimestre.

Recomendaciones para realizar una toma correcta de PA. EHS y SPPAHA (2005)

RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE UNA CORRECTA AUTOMEDIDA DE LA PA DOMICILIARIA (AMPA)

Algunos pacientes pueden tener cifras altas de Presión Arterial en el consultorio y al tomársela en otros lugares como la propia casa o en la farmacia resulta que la tensión está completamente normal.
En estos pacientes es conveniente que realicen la automedida de la presión en su propio domicilio.
Las recomendaciones para la AMPA no difieren de las establecidas para la medida de la PA en la clínica pero se necesita poner énfasis en algunos puntos.

Le indicaremos seguir las siguientes recomendaciones:

1.- Usar un aparato de brazo automático o semiautomático validado. Puede consultar el listado en Internet (hhtp://www.dableducational.com, www.bhsoc.org y www.sehlelha.org). Estos listados incluyen aparatos de las siguientes compañías: OMRON, A&D, Angelini yMicrolife.
2.- No usar aparatos de muñeca ni de dedo.
3.- Los aparatos deben de revisarse al menos una vez al año, o al menos comprobar directamente con aparatos fiables (en su centro de salud o farmacia) que funcionan correctamente aunque se recomienda que la calibración la efectúen los servicios técnicos recomendados por los fabricantes.

ANTES DE LA COMENZAR LA MEDIDA:

1) Reposar, sentado, al menos cinco minutos antes de la medición.
2) Evitar consumo de café, alcohol o tabaco 30 minutos antes de la toma.
3) No realizar la medición después de comer o realizar ejercicio físico intenso
4) Vaciar la vejiga
5) Elegir un ambiente tranquilo, sin ruidos, y con temperatura agradable.

PARA REALIZAR LA MEDIDA:

1) Adoptar una postura correcta; con la espalda apoyada y evitando cruzar las piernas, el brazo debe estar apoyado sobre la mesa sin ropas que lo compriman. Indicar el brazo que debe utilizar.

2) Usar un manguito de tamaño adecuado al perímetro de su brazo. Indicar cuál debe utilizar: 17-22 cms (Manguito de adulto pequeño) , 22-32 cms (Manguito de adulto normal); 32-42 cms (Manguito de adulto grande)

3) Colocar el manguito, 1 ó 2 centímetros por encima del codo.

4) Ajustar el manguito a la altura del corazón

5) Si se le indica que use un aparato de muñeca, explicar su correcta colocación.

6) No hablar ni mover el brazo mientras se realiza la medición.

7) Realizar 2 ó 3 medidas, dejando pasar 2 o 3 minutos entre cada una de ellas.

8) Leer correctamente las cifras que aparezcan en la pantalla y apuntar los tres valores que correspondan a la presión máxima (sistólica), a la mínima(diastólica) y las pulsaciones por minuto (frecuencia cardiaca).

9) Registrar los datos anteriores junto con fecha y hora de medición.

CUANDO REALIZAR LA MEDIDA:

1) La medida de la presión en su domicilio se debe hacer:

- **a.** Mañana: Antes del desayuno y de tomar los medicamentos. Entre las 6 y 9 de la mañana
- **b.** Noche: Antes de cenar y de tomar los medicamentos. Entre las 18 y 21 horas

2) No tomar la tensión solo cuando se encuentra mal, puesto que en esas condiciones, la presión tiende a ser más alta. Por tanto es preferible fijar de antemano el día en que se hará las medidas.

3) Indicar la frecuencia de las medidas:

- **a**. Diagnóstico o valoración terapéutica:
  - **i.** 5 días laborables: Por la mañana entre las 6 y 9 horas .Por la tarde entre las 18 y 21 horas. 3 medidas con un intervalo de 2 ó 3 minutos
- **b**. Seguimiento de pacientes estables y controlados:
  - **i.** 1 día laboral: Por la mañana entre las 6 y 9 horas. Por la tarde entre las 18 y 21 horas
  - **ii.** 3 medidas con un intervalo de 2 ó 3 minutos. Cada 7 días.

10.25 MEDICIÓN ÍNDICE TOBILLO-BRAZO

MATERIAL NECESARIO	• Doppler continuo portátil • Esfingomanómetro de tensión arterial con manguito de 12 x 40 cm
TÉCNICA	• Decúbito supino. • Reposo de 20 minutos. • Manguito supramaleolar/brazo - Anchura > 20% extremidad - Punto medio arteria explorada • Posición sonda 45º - 60º • Pedia y tibial posterior • Humeral (codo) • Inflar 20-30 mmHg por encima de la señal del Doppler • Desinflar de 2-4 mmHg por segundo • Repeticiones: desinflar un minuto
CALCULO	• 20 minutos de reposo en decúbito supino • Calcular la PAS con el Doppler en ambas arterias braquiales (encima del codo) y seleccionar la mayor. • Calcular la PAS en ambas arterias pedias y tibiales posteriores y seleccionar la mayor de cada pierna. • Dividir el valor mayor de los tobillos entre el valor mayor de los brazos
INTERPRETACION	• ITB= 0.8 – 1.3. Alteración arterial muy ligera. • ITB= 0.6 – 0.8 Enfermedad arterial. • ITB<0.6 Enfermedad arterial severa. • ITB>1.3 Derivar a consulta vascular.
LIMITACIONES	• No localiza la lesión arterial • Resultados falsamente disminuidos: - Insuficiencia cardiaca crónica tras el ejercicio • Resultados falsamente aumentados - Insuficiencia renal crónica - Diabetes - Calcificaciones

10.26 MEDICIÓN PERÍMETRO ABDOMINAL

Perímetro abdominal

El perímetro abdominal es una medida antropométrica que permite determinar la grasa acumulada en el cuerpo. En la mujer es 88 centímetros y en el hombre, 102 centímetros (normal).

¿Cómo medir el perímetro abdominal?

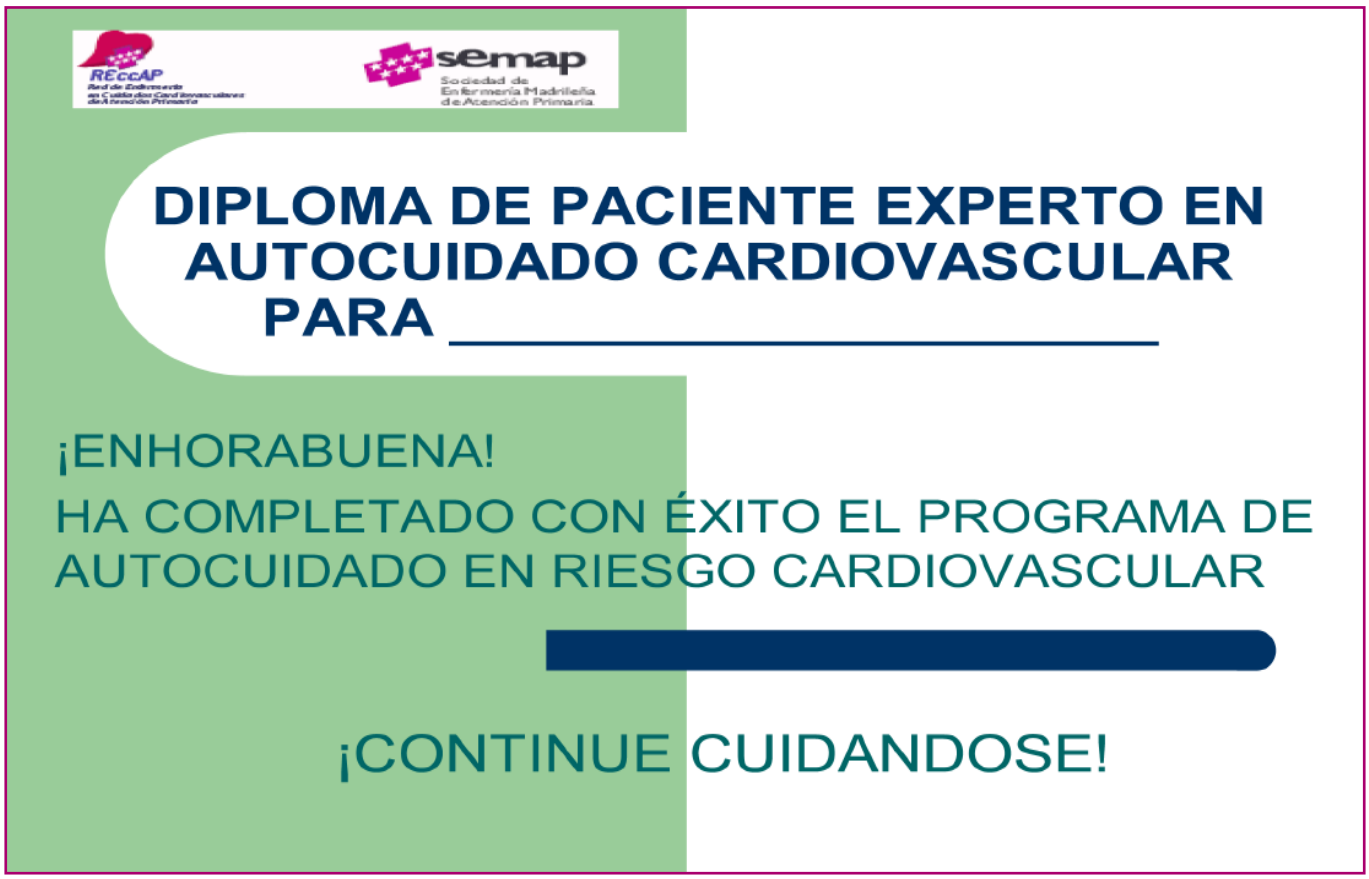
La persona debe estar de pie, y después de haber expulsado el aire, debe rodear su abdomen con la cinta métrica a la altura del ombligo

10.27 MEDICIÓN FC MÁXIMA

Frecuencia Máxima.
Es la frecuencia máxima (teórica) que se puede alcanzar en un ejercicio de esfuerzo sin poner en riesgo la salud, siempre y cuando existan condiciones físicas óptimas.

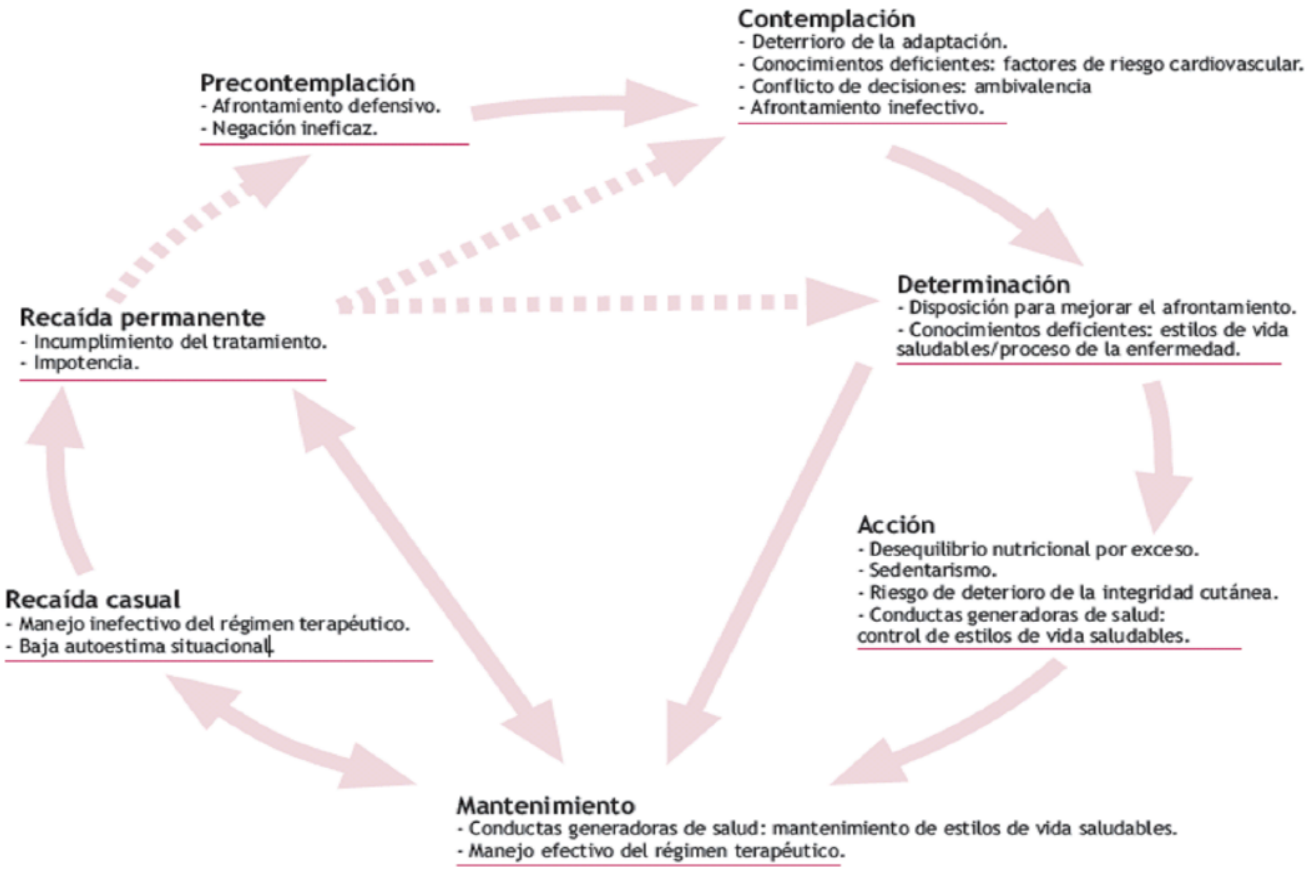
A través de la llamada "fórmula por edad".
Calculo de FC máxima
FCmáx:=220-edad (para hombres)
FCmáx:226-edad (para mujeres)
Formula de FOX y Haskell

10.28 DIPLOMA DE PACIENTE EXPERTO/A



10.29 FASES DE CAMBIO MOTIVACIONAL

ETAPAS DE LA MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO



10.30 RECOMENDACIONES PARA SESIÓN DE EPS GRUPAL

EPS GRUPAL:

Incluir:

- Justificación
- Análisis de situación.
- Objetivos
- La población diana a quien va dirigido: y/o

    1. Pacientes con enfermedad CvAteroesclerótica.
    2. Pacientes asintomáticos con Rcv elevado.
    3. Pacientes asintomáticos sin FR conocido.

- El área temática de la salud o contenido que se abordan y tipología de EPS: Cuidados Cardiovasculares Integrales.

- Listado de contenidos: Os facilitamos posibles temas…

    - Hábitos saludables para el control de la salud. Factores de riesgo: tabaquismo, hipertensión, diabetes, hiperlipemias, Estress…
    - Dieta adecuada.
    - Ejercicio, Fcmáxima.
    - Implicación de la familia. Asistencia de las familias a las sesiones.
    - Control del estrés. Inteligencia emocional. Resolución de conflictos. Asertividad. Relajación.
    - Sexualidad
    - Patrón adecuado de sueño y descanso...

- Cronograma con fechas de inicio y fin: Será determinada según las necesidades del Centro de Trabajo. Pero siempre se deben de ajustar a las estandarizaciones de EPS grupal.

- Metodología: número de sesiones educativas (al menos tres sesiones), duración, actividades y técnicas, reuniones de coordinación.

- Grupo: Conjunto de al menos 6 y no más de 12 personas con un interés común sobre un tema de salud que se reúnen para realizar un proceso de aprendizaje.

- Entregar al finalizar EPS grupal el Cuaderno del paciente - Diploma de experto. Contar que se le entregaría a los dos años. Estos usuarios pueden ser los docentes en próximos grupos.

- Enunciar el Sistema de evaluación que se va a utilizar.

- El proyecto educativo deberá tener una memoria final que contenga una evaluación cualicuantitativa de estructura, proceso y resultado.

11. Bibliografía

- Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.

- Lobos JM et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC 2008 by representatives of nine societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2007;28:2375-414.

- Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular: versión resumida. Rev Esp Cardiol. 2008;61: 82.e1-49.

- Lobos JM, Brotons C. Nuevas estrategias en prevención cardiovascular. Atención Primaria. 2004;34:389-91.

- Villar F, Banegas JR, De Mata Donado J, Rodríguez Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2007. Sociedad Española de Arteriosclerosis.

- Estrategia NAOS: Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

- Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al, on behalf of EUROACTION Study Group. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2008;371:1999-2012.

- Villlar Alvarez F, Maiques Galan A, Brotons Cuixart C, Torcal Laguna J, Banegas Banegas JR, Lorenzo Piqueras A. Recomendaciones preventivas cardiovasculares en atención primaria. Actualización PAPPS 2005. Atención Primaria 2005; 36 (extraordinario 2): 11-26.

- Maiques Galán A, Villar Alvarez F, Brotons Cuixart C, Torcal Laguna J, Orozco Beltrán D, Navarro Pérez J, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2007. Aten Primaria. 2007; 39 (extraordinario 3): 15-26.

- Clasificación de diagnósticos de enfermería .Nanda.

- Clasificación de resultados de enfermería. 4ª edición NOC.

- Clasificación de las intervenciones de enfermería. 5ª EDICIÓN. NIC.

- Sermas. Área 9:
  - Programa de atención del adulto.2009.
  - Protocolo de valoración del riesgo cardiovascular. 2009.
  - Protocolo de diabetes. 2009.
  - Protocolo de hipercolesterolemia.2009.
  - Protocolo de hipertensión.2009.
  - Protocolo de atención al fumador. 2003. Reactualizado 2009.

- Apéndices. Área 9:
  - Apéndice I Ejercicio.2009.
  - Apéndice II. Pautas de alimentación y dieta.2009.
  - Apéndice III .Promoción de la salud.2009.

- Plan de Salud Cardiovascular. Documentos Técnicos de Salud Pública nº112. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. 2007. Evaluación 2007. Atención Primaria Área 9.

- Guía de valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular. Guía basada en la evidencia. Edición resumida. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud (2008).

- Documentos técnicos de Salud Pública. Guía de Actuación para el Abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria del Área 3. INSTITUTO MADRILEÑO DE LA SALUD. Madrid (2003).

- Manual de intervención de enfermería en hipertensión y riesgo cardiovascular. Ehrica. Grupo de enfermería de hipertensión y riesgo cardiovascular (2003).

- Guía de actuación de enfermería en hipertensión arterial y riesgos cardiovasculares asociados. Grupo Ehrica. Grupo de enfermería de hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. (2006).

- Guía de apoyo para el abordaje del tabaquismo. Instituto de Salud Pública (2005). Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo en la Comunidad de Madrid.

- Johnson, M; Bulechek, G; Butcher, H et al. Interrelaciones Nanda, Noc y Nic .Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones.Elsevier Mosby (2006).

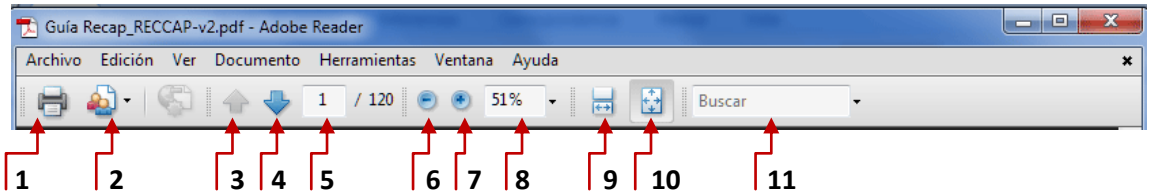
- Lunney,M. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011.Elsevier Mosby.2009.

- Cartera de Servicios Estandarizada de la Comunidad de Madrid. Revisión 2009.

Cómo utilizar la **Guía de Abordaje Enfermero en CCvI**

La guía está realizada en un **archivo PDF** por lo que podrá consultarla en cualquier lector que admita ese formato. El más popular es *Acrobat Reader* que viene preinstalado en la mayoría de los ordenadores. De cualquier forma, sin no lo tiene instalado en su ordenador puede descargárselo pinchando aquí.

Principales controles de *Acrobat Reader*:

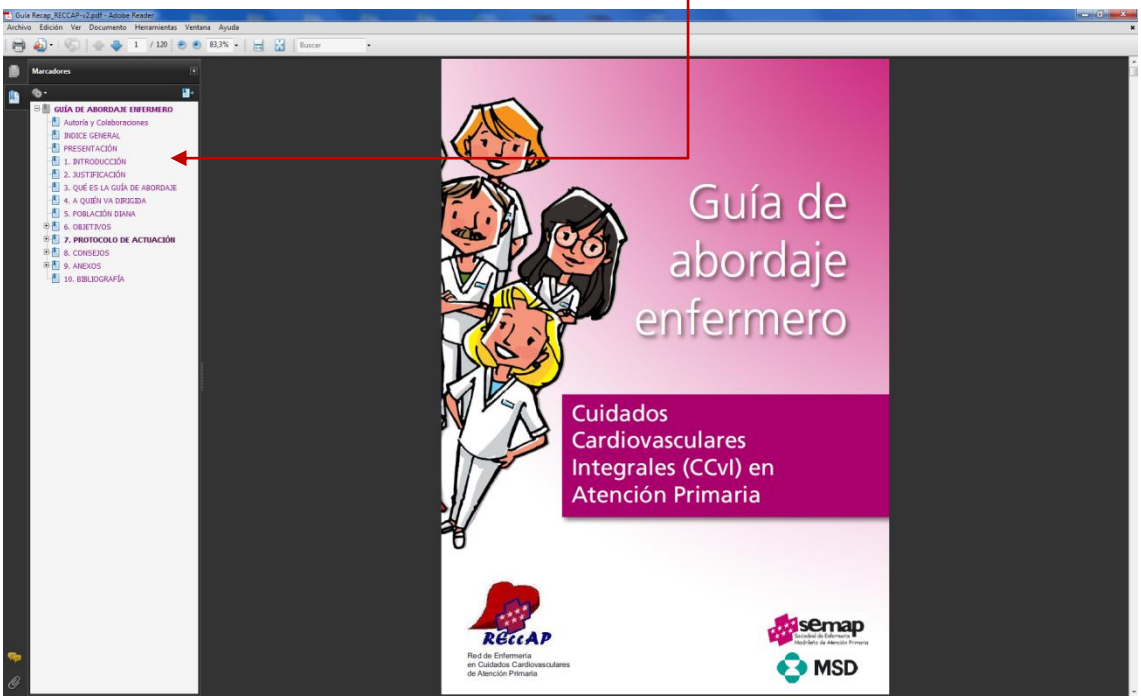


1. Permite imprimir el documento o parte de él.
2. Compartir documentos a través de la web.
3. Retroceder una página (también puede hacerse mediante la barra espaciadora, la tecla "**intro**", la rueda del ratón o las flechas de dirección).
4. Avanzar una página (también puede hacerse mediante la rueda del ratón o las flechas de dirección).
5. Escribiendo el número de página se accede directamente a ella.
6. Reduce el tamaño de la página.
7. Amplía el tamaño de la página.
8. Establece el porcentaje de ampliación deseado manualmente o los preestablecidos desplegando el menú de opción.
9. Ajusta la lectura de página al ancho de la ventana.
10. Ajusta la lectura a una página completa en la ventana.
11. Escriba el texto que desee buscar y pulse la tecla "**intro**" o "**retorno**".

- A través del menú "**Ventana**" podrá seleccionar la opción "**Pantalla completa**", que le permitirá ver el documento sin mostrar los controles. Para salir del modo "**Pantalla completa**" pulse la tecla "**Esc**".

Al abrir el documento

Al abrir el documento encontrará en la parte izquierda **una ventana con los marcadores** de todos los contenidos de la guía. Puede consultarla como si fuera un libro tradicional o pinchar en cada uno de los marcadores de capítulo (que se despliegan si tienen más contenidos) para acceder directamente a ellos.



En el "**INDICE GENERAL**" (páginas 4 y 5 del documento) encontrará también una relación de todos los capítulos de la guía y sus desarrollos. Puede acceder a cada contenido directamente pinchando sobre el texto.

Dentro del texto

Dentro del texto de la guía, encontrará algunas palabras enlazadas a otros contenidos del mismo documento. Ello le permitirá consultar los documentos a los que se hace referencia. Distinguirá los enlaces gracias a que están **subrayados y en negrita** y a

que al situar el cursor sobre ellos, el icono cambiará a uno que representa una mano con el dedo índice señalando, como la imagen de la muestra.

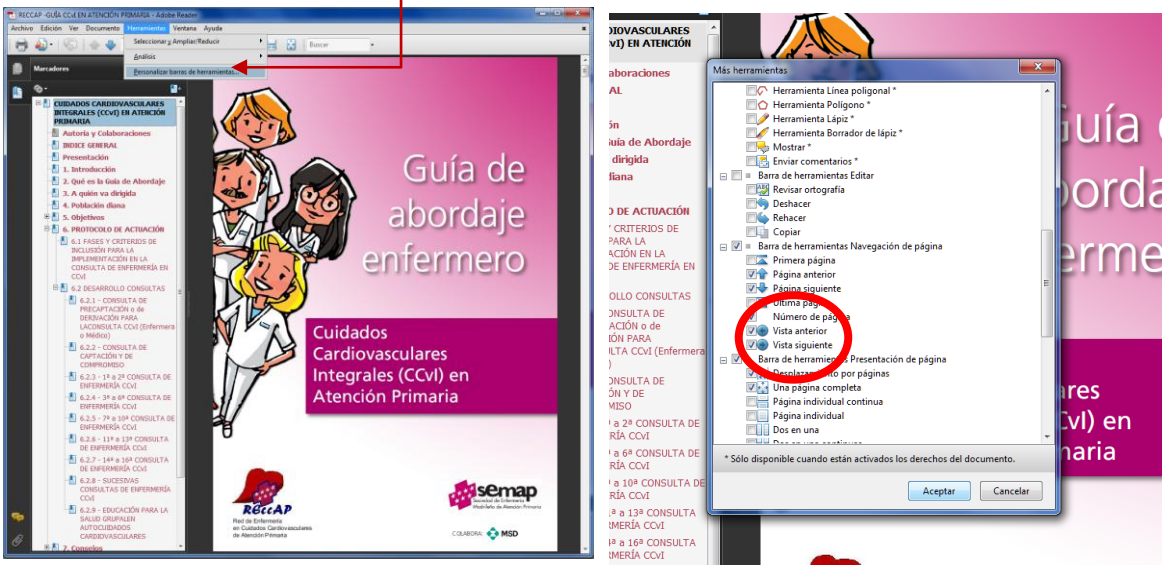
Cambios

Al ser un documento en formato PDF cerrado, no podrá realizar cambios en el mismo, aunque sí guardar una copia del archivo en su ordenador.

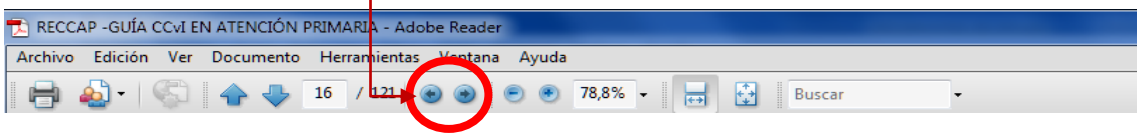
Navegar por el documento

Para navegar por el documento de forma similar a como se hace desde un explorador de Internet, debe habilitar los botones "*Vista anterior*" y "*Vista siguiente*" que funcionan exactamente igual que los "*Atrás*" y "*Adelante*" de los navegadores estándar.

Los botones "*Atrás*" y "*Adelante*" se agregan a la barra de herramientas de Adobe Reader al seleccionar en el menú superior "*Herramientas*" > "*Personalizar barra de herramientas*" y en el apartado "*Barra de herramientas – navegación de página*" habilitando las opciones "*Vista anterior*" y "*Vista siguiente*". Una vez agregados, el mecanismo es exactamente igual que el de Internet Explorer.



Una vez habilitados, aparecen dos botones con dos flechas (derecha e izquierda) que permiten ir adelante y atrás y permanecen habilitados para todos los documentos que se abran.



De esta forma, tras pinchar en un enlace desde una parte determinada del texto, podrá volver al punto de inicio pulsando el botón "*Vista anterior*" o avanzar a la página desde la que haya retrocedido pulsando "*Vista siguiente*".

Otra opción para retroceder o avanzar tras pinchar un enlace es utilizar las teclas "alt"+ flecha izquierda ("*Vista anterior*") o "alt"+ flecha derecha ("*Vista siguiente*").