

## Plan de cuidados para un paciente cardiovascular en atención primaria

**Natalia López García**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda Complutense s/n. 28040 Madrid  
[nlgarcia.90@gmail.com](mailto:nlgarcia.90@gmail.com)

**Tutora**

**M<sup>a</sup> Carmen Hidalgo García**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda Complutense s/n. 28040 Madrid  
[carmenhg64@superbanda.net](mailto:carmenhg64@superbanda.net)

**Resumen:** la Cardiopatía Isquémica es la que más número de muertes produce dentro de las Enfermedades Cardiovasculares. Es una estenosis en los vasos sanguíneos, cuya causa más frecuente es la aterosclerosis de las arterias coronarias. Tiene origen multifactorial y es importante manejar los factores de riesgo cardiovascular modificables. Suelen presentarse asociados y potenciarse entre sí, por lo que hay que valorarlos y abordarlos conjuntamente. En pacientes que han sufrido una CI, es importante trabajar sobre la modificación de los factores de riesgo, para evitar nuevos eventos y complicaciones. La enfermería va a encargarse de hacer partícipe al paciente en el aprendizaje de nuevos hábitos, para conseguir mejor calidad de vida. Con este plan de cuidados, para un paciente que ha sufrido un IAM, se busca aumentar su autonomía en relación con la enfermedad, y la adquisición duradera de hábitos de vida saludables y adecuados a su situación.

**Palabras clave:** Enfermedad coronaria - Cuidados. Enfermedad coronaria – Factores de riesgo.

**Abstract:** Ischemic heart disease is the most number of deaths occurring within the Cardiovascular Disease. It is a stenosis in blood vessels, which is usually caused by atherosclerosis of the coronary arteries. Has a multifactorial origin and it is important to manage modifiable cardiovascular risk factors. They usually occur in association and empower each other, so you need to evaluate and address them together. In patients who have had an IC, it is important to work on modifying risk factors to prevent new events and complications. The nurse will undertake to engage the patient in learning new habits to achieve better quality of life. With this nurse care plan for a patient who has suffered an AMI, it seeks to increase its autonomy in relation to the disease, and the lasting acquisition of healthy lifestyles and appropriate to your situation.

**Keywords:** Coronary heart – Disease. Coronary heart – Risk factors.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) suponen tanto en España como en el mundo occidental, la primera causa de muerte<sup>(1)</sup>. Además, en España, constituyen la tercera causa de años potenciales de vida perdidos (APVP), que son un importante indicador del impacto demográfico de una enfermedad<sup>(2)</sup>.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2008 las ECV provocaron el 31,7% de todas las defunciones. Por otro lado, el número de personas afectadas por estas enfermedades aumenta de manera considerable debido al envejecimiento de la población. El deterioro del consumo máximo de oxígeno y de la tolerancia al ejercicio así como la disminución de los valores de frecuencia cardíaca y fracción de eyección, son algunos de los cambios cardiovasculares más frecuentes provocados por el envejecimiento. Se unen a ellos otros como el aumento de la masa miocárdica, la reducción de la relajación diastólica y la deficiencia de la angiogénesis, que parecen ser los responsables de que las personas de la tercera edad sean más susceptibles a complicaciones después de tener un episodio cardiovascular<sup>(1)</sup>.

Dentro de las enfermedades cardiovasculares, la cardiopatía isquémica provoca el mayor número de muertes. El infarto agudo de miocardio (IAM) es la manifestación más significativa de la cardiopatía isquémica<sup>(3)</sup>, con un 64% de las defunciones. Suele ser más común en la población masculina, con un 67%, que en las mujeres, con un 60%<sup>(4)</sup>, aunque en los últimos años se está aumentando la incidencia en ellas, ya que están más expuestas a los factores de riesgo cardiovascular<sup>(5)</sup>. Cabe destacar que el 83,58% de todas las muertes relacionadas con el infarto agudo de miocardio se dan en pacientes mayores de 65 años<sup>(1)</sup>.

### Fisiopatología

La cardiopatía isquémica hace referencia a una alteración de los vasos, que se traduce en estenosis. Puede originarse por: arteriosclerosis, trombosis o espasmo de la capa muscular del vaso. Es una alteración del músculo cardíaco que se presenta secundariamente al insuficiente riego a través de la circulación coronaria, como consecuencia del desequilibrio entre la oferta y la demanda del oxígeno miocárdico y aparición de isquemia.

La causa más frecuente de la isquemia miocárdica es la aterosclerosis de arterias coronarias. La aterogénesis conlleva la formación de placas de ateroma estables, que dan lugar a síndromes coronarios crónicos, e inestables, que provocan síndromes coronarios agudos. Tiene una evolución lenta y progresiva<sup>(6)</sup>.

Según el grado de estenosis de la arteria coronaria, podemos clasificar la cardiopatía isquémica en:

- **Angina de pecho:** se produce una isquemia cuando no llega el oxígeno suficiente para responder a la demanda del miocardio. Se manifiesta con dolor torácico paroxístico.
  - ✓ Angina estable: el dolor aparece con situaciones de estrés físico o emocional, dura pocos minutos y cede con reposo o con administración de nitroglicerina.
  - ✓ Angina inestable: puede preceder a un infarto. Se provoca por un ejercicio mínimo o en reposo, acompañada de dolor más intenso y de cortejo vegetativo.
  - ✓ Angina de Prinzmetal: su origen es un espasmo en la arteria y puede acompañarse de un infarto de miocardio. No es necesario que el paciente tenga factores de riesgo asociados.
- **Infarto agudo de miocardio:** consiste en la necrosis de una zona de la pared del miocardio que ha sufrido una isquemia. Se acompaña de dolor que se inicia bruscamente y no cede<sup>(7)</sup>.

Las enfermedades cardiovasculares tienen un origen de carácter multifactorial, y por su gran importancia, debemos hacer alusión a los factores de riesgo cardiovascular (FRCV)<sup>(8)</sup>. Antes de hablar de ellos, se van a diferenciar los conceptos de “riesgo cardiovascular” y “factor de riesgo cardiovascular”.

El riesgo cardiovascular se relaciona con el concepto de incidencia, y constituye “el número de nuevos acontecimientos cardiovasculares que aparecen en una población durante un período determinado en el contexto de un estudio prospectivo o de seguimiento”<sup>(9)</sup>.

Mientras que los factores de riesgo cardiovascular son, “una característica biológica o una conducta que aumenta la probabilidad de padecer o morir por una enfermedad cardiovascular en los individuos que la presentan”<sup>(10)</sup>.

Dentro de los factores de riesgo podemos diferenciar entre:

- Factores de riesgo no modificables: como son la edad, sexo, factores genéticos y antecedentes familiares.
- Factores de riesgo modificables: entre los que se encuentran el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la hipercolesterolemia, la obesidad, el sedentarismo y los factores psicosociales<sup>(8)</sup>.

En los pacientes cardiopatas hay una elevada prevalencia de factores de riesgo modificables. Según el estudio Interheart, más del 90% de pacientes que han sufrido un IAM, presentaban uno o más factores de riesgo que podrían haberse modificado<sup>(11)</sup>. Además todos ellos, excepto el colesterol HDL, aumentan con la edad. Esto nos hace ver que conociéndolos podemos diseñar y llevar a cabo estrategias de prevención.

Los factores de riesgo cardiovascular se potencian entre sí y se suelen presentar asociados. Esto quiere decir que tiene mayor importancia tener varios factores de riesgo conviviendo simultáneamente en pequeña medida, que uno sólo de forma elevada<sup>(12)</sup> (Fig. 1)<sup>(13)</sup>.

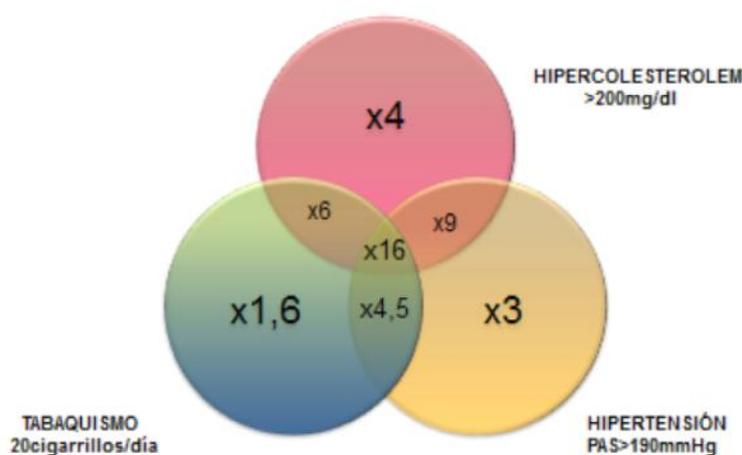


Figura 1. Potenciación de los factores de riesgo cardiovascular.

Por ello, el abordaje más correcto de la prevención cardiovascular requiere una valoración conjunta de todos ellos. Los tres factores de riesgo cardiovascular modificables más importantes son el consumo de tabaco, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia<sup>(14)</sup>.

El control de estos factores, sigue teniendo gran importancia una vez que se ha producido un evento coronario, ya que controlándolos se puede reducir la muerte por causa cardiovascular en un 20-40%, en pacientes que ya han tenido un IAM<sup>(15)</sup>. Por ello, ha surgido la puesta en marcha de estrategias dirigidas a prevenir y rehabilitar enfermos cardiacos.

Se ha reflejado la efectividad a largo plazo de las consultas de rehabilitación cardiaca, ya que en ellas se realiza una educación continuada al paciente<sup>(16)</sup>. Según la American Heart Association (2005), la rehabilitación cardiaca constituye un “conjunto de intervenciones multifactoriales realizadas para la optimización de la salud física y psíquica del cardiopata y para facilitar su integración social. También están destinadas a estabilizar, enlentecer y lograr la regresión de la ateromatosis, consiguiendo así reducir la morbi-mortalidad de los pacientes”. Más tarde, en 2007, establecieron junto con la American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, que la

rehabilitación cardíaca, debía comprender aspectos como la evaluación del paciente, control de todos sus factores de riesgo cardiovascular, intervención psicosocial y recomendaciones dietéticas y sobre el ejercicio y la actividad física<sup>(17)</sup>. Todo esto, requiere de una actuación multidisciplinaria, de la cual además de obtener los beneficios ya mencionados, se consiguen también de tipo económico, ya que estas enfermedades suponen un importante consumo de recursos<sup>(18)</sup>.

En los pacientes que ya han sufrido un evento coronario, es indispensable mantener una serie de cuidados una vez reciban el alta hospitalaria, llevados a cabo en atención primaria. Es por ello, que la continuidad de cuidados, es un objetivo asistencial que garantiza que, por medio de otros profesionales sanitarios, se mantengan los mismos objetivos a conseguir. Los diagnósticos enfermeros que, según el informe de enfermería al alta que nos llega del hospital, necesitan continuidad de cuidados, van a constituir la base de las intervenciones en la consulta de atención primaria. La continuidad asistencial garantiza una asistencia sanitaria de calidad<sup>(19)</sup>.

Cuando regresan al domicilio, los pacientes tienen que afrontar muchos cambios en su forma de vida. El seguimiento por parte de su enfermera ha demostrado que les ayuda a conseguir mayor adhesión a los nuevos hábitos si el nivel de información y educación que se les da a los pacientes y a sus familias es mayor y está planificado<sup>(20,21)</sup>. La enfermera, es el profesional sanitario que está más preparado para realizar educación sanitaria<sup>(22)</sup>, y la combinación de la información verbal y escrita, sobre los cuidados de la salud, proporcionan un mejor conocimiento y aumento de la satisfacción, tanto de los pacientes como de sus familias<sup>(19)</sup>.

Las personas que han sufrido un evento cardiovascular, deben llevar a cabo un tratamiento farmacológico y no farmacológico duradero y continuado. Se corre el riesgo de vulnerar esta adhesión, según la evidencia de diversos estudios. Esto es porque durante la fase aguda de la enfermedad, los pacientes se comprometen y se ven capaces de modificar sus hábitos de vida y seguir sus tratamientos farmacológicos, y además están muy protegidos por su familia y asustados por la gravedad del evento. Sin embargo, con el paso del tiempo, pueden abandonar los hábitos saludables por diversos factores. Por ello, se debe establecer un control de estos pacientes mantenido en el tiempo, e incidiendo en los momentos de menor motivación<sup>(18)</sup>.

Podemos concluir por tanto, que es de suma importancia para el paciente que ha sufrido un episodio coronario, la realización de una prevención tanto secundaria como primaria, para evitar la aparición de factores de riesgo que no existían, junto con rehabilitación cardíaca, incidiendo en modificación de hábitos y estilos de vida.

La ayuda del profesional de enfermería, es fundamental para estimular la motivación del paciente para cambiar y para mantener estos cambios a largo plazo.

Se debe incluir en las intervenciones al núcleo familiar de los pacientes, ya que son una población de apoyo fundamental para conseguir los objetivos.

## DESARROLLO DEL TRABAJO

Se va a desarrollar un plan de cuidados en Atención Primaria para un paciente cardiovascular en concreto. Tomando como referencia la “Guía de Cuidados Cardiovasculares Integrales en Atención Primaria”<sup>(22)</sup>, se va a realizar la valoración del paciente en diferentes consultas, ya que desde Atención Primaria no es posible realizar una valoración completa en una misma consulta.

### Presentación del caso clínico

- **Primera consulta**

El paciente, un varón de 55 años, acude a la consulta de Atención Primaria tras haber sufrido hace 30 días un IAM.

En el informe de alta de enfermería podemos ver que ha sido un Infarto Inferoposterior y que no presenta ni signos ni síntomas de insuficiencia cardiaca. Durante su estancia en UCI y posteriormente en la unidad de cardiología, tuvo una buena evolución.

En esta primera consulta, se va a establecer una toma de contacto con el paciente para valorar su situación. Se le va a explicar que nuestro objetivo es conseguir que sea una persona capacitada para realizar unos comportamientos cardiosaludables, con nuestra ayuda y, por supuesto, la de su familia. Por el hecho de haber sufrido un evento isquémico, le vamos a incluir directamente en el grupo de alto riesgo, ya que no es necesario calcular su riesgo con tablas de estratificación<sup>(24)</sup>.

Procedemos a realizar la entrevista al paciente, de la que obtendremos los datos necesarios para poner en marcha una prevención secundaria y terciaria adecuada a su enfermedad.

Vamos a recoger sus antecedentes familiares, donde debemos destacar que su padre sufrió un infarto agudo de miocardio a los 52 años, por lo que lo consideramos como una enfermedad cardiovascular precoz. El resto de familiares no tiene antecedentes relevantes.

En sus antecedentes personales incluimos que es fumador desde hace 35 años, de aprox. 35 cigarrillos diarios, presenta dislipemia no diagnosticada hasta el sufrir el IAM, obesidad (con un índice de masa corporal de 32), personalidad tipo A, estrés, sedentarismo y el reciente infarto de miocardio. No tiene alergias medicamentosas conocidas.

En todo momento el paciente acude acompañado d su esposa, a la que vamos a integrar, en el aprendizaje de los nuevos hábitos de vida.

Realizamos la exploración física y obtenemos los siguientes datos:

#### Medidas antropométricas

Talla: 1.75m

Peso: 98Kg

IMC: 32

Perímetro abdominal: 109 cm

Presión Arterial: 115/70 mmHg.

#### Parámetros clínicos/bioquímicos

##### Perfil lipídico:

Colesterol total: 260 mg/dl.

LDL: 182 mg/dl.

HDL: 34 mg/dl.

TG: 520 mg/dl.

##### Perfil glucémico:

Glucemia basal: 87mg/dl.

A continuación, pedimos a nuestro paciente que nos detalle cómo es un día normal en su vida cotidiana, desde el momento que se levanta hasta que se acuesta. La información obtenida la vamos a recoger según los patrones funcionales de Marjory Gordon<sup>(23, 25,26)</sup>.

Según la información recogida, y de cara a la rehabilitación cardiaca de nuestro paciente, vamos a establecer un plan de cuidados con el que buscamos conseguir una disminución del riesgo cardiovascular para dotarle así de una mejor calidad de vida. También buscamos reducir la incidencia de eventos recurrentes y hacer partícipe al paciente del cuidado de su salud, sobre todo en el control de los factores de riesgo<sup>(23)</sup>.

### Valoración por patrones

- **Primera consulta**

En esta primera consulta, vamos a iniciar también la valoración del paciente. Comenzaremos por conocer el control y percepción sobre su propia salud, junto con su estado cognitivo.

- ✓ **Patrón 1 Percepción-Manejo de la Salud**

El paciente refiere encontrarse bien aunque asustado por el evento sufrido. Es consciente de su problema actual y teme cómo vaya a repercutir en su rutina.

En referencia a sus hábitos tóxicos, le hemos realizado la escala de Fagerström para valorar su dependencia al tabaco. Ha obtenido una puntuación de 6, que indica que presenta una dependencia moderada<sup>(27)</sup>.

En cuanto al consumo de alcohol, toma un vaso de vino diario y en ocasiones puntuales realiza un consumo de otras bebidas alcohólicas, aunque no excesivo.

Presenta sentimiento de culpabilidad por su episodio, afirma que debería haber cuidado más su salud, ya que previamente al IAM no llevaba controles periódicos.

Presenta una buena adhesión al tratamiento farmacológico pautado al alta hospitalaria y se muestra receptivo a modificar sus hábitos de vida para prevenir nuevos eventos.

✓ **Patrón 6 Cognitivo- Perceptual.**

Capacidades sensoriales normales. No presenta problemas de memoria.

Actualmente no refiere dolor torácico, pero será conveniente asesorarle sobre cómo actuar si aparece.  
Nivel de estudios medio.

Con lo obtenido en esta valoración, el abordaje principal se va a centrar en intervenciones para la mejora de su salud.

• **Segunda consulta**

En esta consulta, vamos a valorar sus hábitos dietéticos y su patrón de ejercicio. Son dos aspectos en los que debemos trabajar para disminuir la obesidad, la dislipemia y el sedentarismo.

✓ **Patrón 2 Nutricional-Metabólico**

Realiza tres comidas al día. Su dieta es rica en grasas animales. Acompaña las comidas de un vaso de vino y de pan. Refiere que tiene muy buen apetito.

Ingiere, aproximadamente, una cantidad de agua diaria de 1 litro, que calculamos que llega al 1.5 litros de líquido diarios con las otras bebidas (café, vino, etc.).

Realiza las comidas siempre en casa, menos situaciones puntuales.

No presenta ningún problema gastrointestinal ni intolerancias dietéticas.

Tiene un buen estado de la piel, está hidratada y con muy buen color.

Afrontaremos este patrón de cara a la adquisición por parte del paciente de unos hábitos dietéticos más saludables, incluyendo en el aprendizaje a su unidad familiar.

#### ✓ **Patrón 4 Actividad-Ejercicio**

Lo primero hemos valorado su situación laboral: es trabajador, regenta una pequeña empresa de construcción. Actualmente, le está suponiendo mucho estrés y preocupación porque está teniendo problemas económicos. Todavía no se ha reincorporado al trabajo, aspecto que le provoca ansiedad.

En este punto, hemos valorado que su situación laboral le está provocando mucho estrés y que es importante que actuemos para conseguir disminuirlo.

En relación con el ejercicio físico, es una persona sedentaria. No practica ningún tipo de actividad física de forma regular. Su falta de hábito en este aspecto la respalda en que tiene poco tiempo libre y lo prefiere dedicar a otras cosas.

Es preciso instaurar un programa de ejercicios físicos adecuados a su situación actual.

Se le toman las constantes vitales y el resultado es:

TA: 115/70 mmHg

FC: 72lpm

#### ✓ **Patrón 5 Sueño-Descanso**

Normalmente no ha presentado alteraciones en este patrón. Sin embargo, refiere haber notado alteraciones en el sueño los dos meses anteriores al evento coronario.

Presentaba dificultad para conciliar el sueño, y en ocasiones se despertaba durante la noche. No ha requerido la utilización de tratamiento farmacológico.

Actualmente, sigue con esta dificultad.

- **Tercera consulta**

Vamos a valorar la percepción que tiene el paciente sobre sí mismo, sus relaciones sociales y con su familia y cómo actúa ante situaciones de estrés.

- ✓ **Patrón 7 Autopercepción-Autoconcepto**

Se siente mucho más susceptible a cualquier cambio o esfuerzo que realice y siente miedo en hacer muchas cosas. Se ve como una persona más delicada y dependiente, a pesar de ser autónomo para todas sus actividades.

- ✓ **Patrón 8 Rol-Relaciones**

Tiene buenas relaciones sociales.

En la esfera familiar, está casado y tiene tres hijos. Mantienen una buena relación. Han estado muy preocupados por su salud y le han mostrado gran apoyo y cariño en todo momento.

En el ámbito laboral, desempeña un rol que va acompañado de mucha responsabilidad. En la familia, sólo trabaja él.

- ✓ **Patrón 9 Sexualidad-Reproducción**

Tras el evento coronario, no han mantenido ninguna relación sexual. En el hospital les dieron alguna pauta sobre como ir reanudando su actividad sexual, pero siguen manteniendo algunas dudas al respecto. Ambos sienten cierto miedo a volver a tener relaciones sexuales por el hecho de que requiere un esfuerzo importante.

Se les facilitará más información sobre este aspecto.

Los pacientes que han sufrido una cardiopatía isquémica, suelen generar ansiedad en relación con la práctica sexual. Temen que pueda desencadenarse de nuevo otro evento coronario. Desde enfermería, debemos tratar estos miedos e inseguridades, tanto del paciente como de su pareja, y asesorarles, mediante información y educación, sobre el reinicio de sus actividades sexuales<sup>(28)</sup>.

- ✓ **Patrón 10 Afrontamiento-Tolerancia al estrés**

Refiere haberse encontrado con más tensión de lo habitual durante los últimos meses, debido principalmente a sus problemas laborales. No ha precisado en ninguna de las ocasiones recurrir a fármacos para aliviarla.

Los patrones funcionales que no están indicados, no presentan ningún tipo de alteración.

### **Plan de cuidados de enfermería**

Desde enfermería, hemos identificado los principales Diagnósticos a los que debemos hacer frente. Es necesario priorizar y dedicarnos primeramente a lo que va a repercutir más en el estilo de vida del paciente, por ello se ha realizado una selección de los Criterios de resultados enfermeros y de Intervenciones enfermeras que deben ser cubiertos por el paciente<sup>(23,26,29,30,31,32)</sup>.

- **Dominio 1: Promoción de la Salud**

Clase 2: Gestión de la salud

- ✓ 00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud

#### **Características Definitorias:**

Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos. (p. ej. Prevención o tratamiento).

Describe la reducción de factores de riesgo.

Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad (p. ej. tratamiento, prevención de secuelas).

#### **Criterios de resultado (NOC):**

**1914 Control del riesgo: salud cardiovascular.**

#### **Indicadores:**

Reconoce capacidad de cambiar de conducta.  
Evita el consumo de cigarrillos.

Utiliza técnicas para controlar el estrés.

Sigue estrategias de control de peso.

Sigue dieta recomendada.

Practica ejercicio regular.

Utiliza la medicación como está prescrita.

### **1906 Control del riesgo: consumo de tabaco.**

#### **Indicadores:**

Reconoce las consecuencias asociadas al consumo de tabaco.

Desarrolla estrategias efectivas para eliminar el consumo de tabaco.

Sigue las estrategias seleccionadas de control de consumo de tabaco.

Elimina el consumo de tabaco.

### **1602 Conducta fomento de la salud.**

#### **Indicadores:**

Busca un equilibrio entre ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición.

Utiliza conductas efectivas de disminución del estrés.

Sigue dieta sana.

Utiliza métodos eficaces de control de peso.

Utiliza programa de ejercicios eficaz.

Evita el uso del tabaco.

### **1209 Motivación.**

#### **Indicadores:**

Autoinicia conductas dirigidas a objetivos.

Expresa creencia en la capacidad para realizar la acción.

Expresa que la ejecución conducirá al resultado deseado.

Acepta las responsabilidades de las acciones.

### **1617 Autocontrol de la enfermedad cardiaca**

#### **Indicadores:**

Participa en el proceso de toma de decisiones de cuidados de su salud.

Participa en el programa de rehabilitación cardiaca prescrito.

**Intervenciones (NIC):**

**5240 Asesoramiento**

**Actividades:**

Establecer relación terapéutica basada en confianza y respeto.

Establecer metas.

Proporcionar información objetiva según sea necesario.

Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados.

Reforzar nuevas habilidades.

**4046 Cuidados cardiacos: rehabilitación.**

**Actividades:**

Comprobar tolerancia del paciente a la actividad.

Instruir al paciente y la familia sobre los fármacos adecuados, tanto prescritos como de libre adquisición.

Instruir al paciente y la familia sobre modificación de factores de riesgo.

Instruir al paciente sobre el posible dolor torácico.

Instruir al paciente y la familia sobre el régimen de ejercicio, incluyendo precalentamiento, la resistencia y la relajación.

**5510 Educación sanitaria.**

**Actividades:**

Identificar los factores de internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias.

Implicar al individuo y familia en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida o respecto de la salud.

Utilizar sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilo de vida o de la salud.

Utilizar estrategias y puntos de intervención variados en el programa educativo.

Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación a estilos de vida y conductas saludables.

#### **4490 Ayuda para dejar de fumar**

##### **Actividades:**

Registrar el estado actual y el historial de la actividad de fumar.

Controlar facilidad del paciente para intentar abandonar el tabaco.

Enseñar al paciente los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina.

Informarle sobre productos sustitutivos de la nicotina.

Ayudar al paciente a desarrollar un plan para dejar de fumar que se dirija a los aspectos que influyen en la conducta de fumar.

Remitir a programas de grupos o terapias individuales según resulte oportuno.

Ayudar al paciente a planificar las estrategias de enfrentamiento de problemas resultantes del hecho de dejar de fumar.

- **DOMINIO 2: NUTRICIÓN**

Clase 1: Ingestión

- ✓ 00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.

##### **Características definatorias:**

Factores biológicos: IMC 32, perímetro abdominal 109 cm, peso 98 Kg.

##### **Factores relacionados:**

Aporte excesivo en relación a las necesidades metabólicas.

### **Criterios de Resultado (NOC)**

#### **1612 Control del peso**

##### **Indicadores:**

Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica.

Mantiene un patrón alimentario recomendado.

##### **Intervenciones (NIC)**

#### **5246 Asesoramiento nutricional.**

##### **Actividades:**

Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.

Proporcionar información acerca de la necesidad de modificar la dieta por razones de salud: reducir peso, reducir colesterol...

Determinar el conocimiento por parte del paciente de los 4 grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesidad de modificar la dieta.

Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita.

#### **1100 Manejo de la nutrición.**

##### **Actividades:**

Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y al estilo de vida. Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente.

Pesar al paciente a intervalos adecuados.

#### **1260 Manejo del peso.**

##### **Actividades:**

Tratar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimento, el ejercicio y la pérdida de peso.

Tratar con el individuo los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso.

Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso.

Determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación.

Determinar el peso corporal ideal del individuo.

Desarrollar con el individuo un método para llevar un registro diario de ingesta, ejercicios y cambios en el peso corporal.

Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.

### **1280 Ayuda para disminuir el peso.**

Actividades:

Determinar con el paciente la pérdida de peso deseada.

Pesar al paciente semanalmente.

Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada, disminución de calorías y de grasas.

Recompensar al paciente cuando consiga los objetivos.

Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de ingesta de alimentos y el aumento del gasto de energía.

Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables.

Ayudar a ajustar la dieta al estilo de vida y al nivel de actividad.

Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente.

Ayudar en la selección de actividades de acuerdo con la cantidad de gasto energético deseada.

- **Dominio 4: Actividad-Reposo**

Clase 1: Sueño/Reposo

- ✓ 00198 Trastorno del patrón del sueño.

**Características Definitivas:**

Cambio en el patrón del sueño.

Informes de haberse despertado.

**Factores Relacionados:**

Falta de control del sueño.

**Criterios de Resultado (NOC):**

**0003 Descanso.**

Patrón del descanso.

Calidad del descanso.

**0004 Sueño.**

Patrón del sueño

Calidad del sueño

**Intervenciones (NIC):**

**1850 Mejorar el sueño.**

Actividades:

Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y psicológicas que interrumpen el sueño.

Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama, para determinar los productos que facilitan o entorpecen el sueño.

Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.

Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.

Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca a la vigilia.

## Clase 2: Actividad/Ejercicio

✓ 00168 Sedentarismo

### **Características Definitivas:**

Elige una rutina diaria con falta de ejercicio físico.

Muestra falta de forma física.

### **Factores Relacionados:**

Falta de motivación.

Conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud.

### **Criterios de Resultado (NOC):**

#### **2004 Forma física**

Indicadores:

Participación en actividades físicas.

Ejercicio habitual.

Índice de masa corporal.

Frecuencia cardiaca.

Presión arterial.

### **Intervenciones (NIC):**

#### **0200 Fomento del ejercicio.**

Actividades:

Informar al individuo acerca de los beneficios para su salud y efectos psicológicos del ejercicio.

Ayudarle a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.

Ayudarle a establecer metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.

Ayudarle a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.

Incluir a la familia en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.

Instruir al paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios.

Controlar el cumplimiento del programa de ejercicios.

- **DOMINIO 5: PERCEPCIÓN-COGNICIÓN**

Clase 4: Cognición.

✓ 00126 Conocimientos deficientes.

**Características Definitorias:**

Verbalización del problema.

**Factores Relacionados:**

Falta de exposición.

**Criterios de Resultados (NOC):**

**1830 Conocimiento: control de la enfermedad cardiaca.**

Indicadores:

Descripción de maneras de controlar factores de riesgo.

Descripción de los síntomas de la enfermedad.

**1811 Conocimiento: actividad prescrita.**

Indicadores:

Explicación del propósito de la actividad.

Descripción de la estrategia para el incremento gradual de la actividad.

Descripción de un programa de ejercicios realista.

Descripción de las restricciones de la actividad.

**1802 Conocimiento: dieta.**

Indicadores:

Selección de comidas recomendadas por la dieta.

Descripción de comidas que deben evitarse.

**1808 Conocimiento: medicación.**

Indicadores:

Descripción de las acciones de la medicación.

Descripción de la administración correcta de la medicación.

Descripción de los efectos indeseables de la medicación.

**Intervenciones (NIC):**

**Enseñanza: proceso de enfermedad.**

Actividades:

Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionados con el proceso de su enfermedad.

Proporcionar información acerca de la enfermedad.

Comentar los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso.

**5614 Enseñanza: dieta prescrita.**

Actividades:

Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.

Conocer los sentimientos/actitud del paciente/ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento esperado.

Explicar el propósito de la dieta.

Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.

Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas.

Incluir a la familia.

**5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.**

Actividades:

Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente y conocimiento sobre el programa de ejercicio prescrito.

Informar al paciente del propósito y beneficio de la actividad-ejercicio prescrito.

Enseñar al paciente cómo controlar la tolerancia a la actividad/ejercicio.

Ayudar al paciente a incorporar la actividad-ejercicio en la rutina diaria en su estilo de vida.

Incluir a la familia o un ser querido, si resulta apropiado.

**5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.**

Actividades:

Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.  
Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.

Instruir al paciente acerca de la administración de cada medicamento.

Instruir acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.

Revisar el conocimiento que el paciente tiene sobre las medicaciones.

Incluir a la familia.

- **Dominio 6: Auto percepción**

Clase 2: Autoconcepto

- ✓ 00153 Riesgo de baja autoestima situacional.

**Factores de Relacionados:**

Enfermedad física.

Cambios en el rol social.

**Criterios de Resultado (NOC):**

**1205 Autoestima.**

Indicadores:

Nivel de confianza.

Descripción de estar orgulloso.

Cumplimiento de los roles significativos personales.

**1209 Motivación.**

Indicadores:

Obtiene el apoyo necesario.

Acepta las responsabilidades de las acciones.

Expresa creencia en la capacidad para realizar la acción.

Autoinicia conductas dirigidas a objetivos.

Finaliza las tareas y actividades.

**0906 Toma de decisiones.**

Indicadores:

Identifica alternativas.

Identifica recursos necesarios para apoyar cada alternativa.

**1305 Modificación psicosocial: cambio de vida.**

Indicadores:

Mantenimiento de la autoestima.

Expresiones de optimismo sobre el presente.

Identificación de estrategias de superación.

**Intervenciones (NIC):**

**5250 Apoyo en la toma de decisiones.**

Actividades

Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.

Proporcionar la información solicitada por el paciente.

**5270 Apoyo emocional.**

Actividades:

Animar al paciente a reconocer y a expresar los sentimientos.

Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

Comentar la experiencia emocional con el paciente.

Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

**5440 Aumentar los sistemas de apoyo.**

Actividades:

Determinar el grado de apoyo familiar.

Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.

Implicar a la familia en los cuidados y la planificación.

- **Dominio 8: Sexualidad**

Clase 2: Función sexual

- ✓ 00065 Patrón sexual ineficaz.

**Características Definitorias:**

Manifestación de dificultad, limitaciones o cambios en los comportamientos o actividades sexuales.

**Factores Relacionados:**

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.

**Criterios de resultado (NOC):**

**0119 Funcionamiento sexual.**

Indicadores:

Adapta la técnica sexual cuando es necesario.

Expresa autoestima.

Expresa conocimiento de las capacidades sexuales personales.

**1205 Autoestima.**

Indicadores:

Nivel de confianza.

**Intervenciones (NIC):**

**Asesoramiento sexual:**

Actividades:

Discutir el efecto de la situación de enfermedad/salud sobre la sexualidad.

Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas.

Incluir a su esposa en el asesoramiento lo máximo posible.

Proporcionar intimidad y asegurar confidencialidad.

**Potenciación de la autoestima:**

Actividades:

Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.

- **Dominio 9: Afrontamiento-Tolerancia al Estrés.**

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

✓ 00146 Ansiedad.

**Características Definitivas:**

Conductuales: expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.

Afectivas: preocupación.

Parasimpáticas: trastornos del sueño.

**Factores Relacionados:**

Cambio en la situación económica y en el estado de salud.

Estrés.

**Criterios de Resultado (NOC):**

**1300 Aceptación: estado de salud.**

Indicadores:

Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.

Toma decisiones relacionadas con la salud.

**1402 Autocontrol de ansiedad.**

Indicadores:

Utiliza técnicas de superación efectivas.

Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.

**Intervenciones (NIC):**

**5820 Disminución de la ansiedad.**

Actividades:

Escuchar con atención.

Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

Proporcionar información objetiva sobre su enfermedad.

Crear un ambiente que facilite la confianza.

**5580 Técnica de relajación.**

Actividades:

Sentarse y hablar con el paciente.

Reafirmar al paciente en su seguridad personal.

Instruir al paciente sobre métodos que reduzcan la ansiedad, si procede.

**5230 Aumentar el afrontamiento.**

Actividades:

Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.

Evaluar la capacidad del paciente de la toma de decisiones.

Ayudarle a identificar los objetivos adecuados a corto y largo plazo.

Animar la implicación familiar.

Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.

## CONCLUSIÓN

Con el plan de cuidados que ha sido establecido para este paciente, se ha querido abordar aquellas situaciones que son prioritarias en su situación actual.

Se ha buscado que el paciente sea conocedor de su enfermedad y del proceso y tratamiento de ésta, de las razones por las que debe adoptar cambios en su estilo de vida, y que deben ser realizados de forma duradera. Todo ello se ha realizado contando con el asesoramiento y la educación sanitaria que el paciente ha precisado.

Con la creencia de la gran importancia de hacer partícipe de su salud al propio paciente y a su familia, se ha fomentado y ayudado al aprendizaje de nuevos hábitos para disminuir y hacer desaparecer los factores de riesgo cardiovascular que el paciente presentaba, y evitar la aparición de otros nuevos.

En la esfera psicológica, han tenido relevancia aspectos como saber reconocer y actuar ante momentos de ansiedad, fomentar su motivación para los cambios que va a realizar y la seguridad sobre sí mismo. En todo momento, se ha querido incluir en este proceso a su familia, ya que es un pilar muy importante para el paciente y, además, constituyen una población de apoyo que debemos utilizar de forma positiva.

Se ha tratado de abordar todas las esferas con intervenciones sencillas. Por ello, a pesar de que haya objetivos que para su consecución debamos emplear las mismas intervenciones, lo hemos simplificado reflejándolas solo en uno de los criterios de resultado.

El objetivo de este proceso, es conseguir que el paciente llegue a convertirse en un paciente experto en su enfermedad, que conozca sus riesgos y cómo actuar.

Es conveniente señalar que en todo este proceso los profesionales de enfermería tenemos un papel fundamental. No debemos limitarnos a dar instrucciones a los pacientes, sino a hacerles que formen parte de su proceso, marcarnos con ellos una serie de objetivos a corto y largo plazo por los que debemos trabajar con entusiasmo (Fig. 2)<sup>(33)</sup>.

<b>OBJETIVOS PARA UN PACIENTE POST IAM</b>	<b>TENSIÓN ARTERIAL</b> < 130/80 mmHg IMC <25 Kg/m <sup>2</sup> <b>PERÍMETRO ABDOMINAL:</b> <102 cm en hombres y <88cm en mujeres. <b>HEMOGLOBINA GLICOSILADA</b> < 6.5%
	<b>COLESTEROL TOTAL</b> <175mg/dl <b>LDL</b> < 100mg/dl <b>HDL</b> > 40 en hombre y >50 en mujeres <b>TRIGLICÉRIDOS</b> <150mg/dl
	<b>DIETA CARDIOSALUDABLE</b> <b>EJERCICIO FÍSICO</b> , al menos 30min de actividad moderada/día. <b>ABSTENCIÓN ABSOLUTA TABACO</b> <b>ADHERENCIA AL TTO. FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO.</b>

Figura 2. Control de los factores de riesgo en pacientes que han sufrido un IAM.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Balasch i Bernat M, López Bueno L, Rodríguez de Sanabria Gil R, Dueñas Moscardó L. Efectos de un programa de rehabilitación cardíaca fase III sobre los factores de riesgo hipertensión arterial y obesidad en personas mayores de 60 años con enfermedad cardiovascular. Fisioterapia. 2011;33(2):56-63.
2. Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Mata Donado C de, Rodríguez Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras [Internet]. Madrid: Visto Bueno; 2007 [citado 21 Dic 2011]. Disponible en: <http://www.ceipc.org/printdocpubli.php?IDpublicacion=11>
3. Aguilar Benavides J, Garabito Lizeca RD. Infarto agudo de miocardio. Rev Pacea Med Fam. 2008;5(8):102-114.
4. Lara Lara MD, Segura Saint Gerons C. Diagnósticos e Intervenciones de enfermería en el paciente ambulatorio con cardiopatía isquémica. Enferm Cardiol. 2010;XVII (49): 61-66.
5. Rayón Valpuesta E, García García A. El paciente con cardiopatía isquémica: angina e infarto agudo de miocardio. En: Rayón E, editora. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica II. Madrid: Síntesis; 2002. p.348-360
6. Salguero Bodes R, Sánchez Pérez I, Matía Francés R, Sáenz de la Calzada Campos C. Cardiopatía Isquémica. Concepto. Aspectos epidemiológicos. Etiopatogenia.

Clasificación biológica y clínica. Implicaciones en la calidad de vida. *Medicine*. 2005; 9(39): 2571-2579.

7. Sánchez Lozano Y. Cardiopatía isquémica. En: Fuente Ramos M de la, coordinadora. *Enfermería médico-quirúrgica I*. 2ªed. Madrid: DAE; 2009. p.578-581.
8. Baena Díez JM, Val García JL del, Tomás Pelegrina J, Martínez Martínez JL, Martín Peñacoba R, González Tejón I, et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58(4): 00-00.
9. Miguel García F, Maderuelo Fernández JA, García Ortiz A. Riesgo cardiovascular: concepto, estimación, usos y limitaciones. *AMF [Internet]*. 2008 [consultado 26 Dic 2011]; 4(8): 423-433. Disponible en: [http://pss17.files.wordpress.com/2009/01/rcv\\_amf2008.pdf](http://pss17.files.wordpress.com/2009/01/rcv_amf2008.pdf).
10. Fernández Oliver AL, Mgueraman Jilali R, Cruzado Álvarez C. ¡Cuídate corazón!: Campaña de prevención de factores de riesgo cardiovascular y educación para la salud. *Enferm Cardiol*. 2005; XII(36):35-39.
11. Cruzado Álvarez C, Flores Gordo S, Bru Torreblanca A, Ríos Pérez J de los, López Rodríguez B. Conocimiento del tratamiento farmacológico prescrito en pacientes cardíacos. *Enferm Cardiol*. 2010; XVII(49):57-60.
12. Gabriel R, Alonso M, Segura A, Tormo MJ, Artigao LM, Banegas JR, et al. Prevalencia, distribución y variabilidad geográfica de los principales factores de riesgo cardiovascular en España. Análisis agrupado de datos individuales de estudios epidemiológicos poblacionales: estudio ERICE. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(10):1030-1040.
13. Cortijo C, Fuentes Pila JM. Toxicidad derivada del consumo de tabaco. *Trastornos Adictivos*. 2004;6(2):89-94.
14. Brotons C. Control de los factores de riesgo cardiovascular en atención primaria. ¿Controlamos los factores o controlamos el riesgo?. *Med Clin. (Barc)*. 2005;124(11):415-416.
15. Brotons C, coordinador. Prevención secundaria del infarto de miocardio y calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clin. (Barc)*. 2002; 119(1):9-12.
16. González López JL, Capote Toledo ML. Educación continuada en la consulta de enfermería especializada: la herramienta para mantener los cambios en el estilo de vida del paciente coronario. *Enferm Cardiol*. 2005; 12(35):13-19.

17. Hernández Muñoz D, Arranz Rodríguez H. Prevención y rehabilitación cardiaca. Generalidades. En: Portuondo Maseda MT, Martínez Castellanos T, Delgado Pacheco J, García Hernández O, Gil Alonso D, Mora Pardo JA, et al, coordinadores. Manual de enfermería. Prevención y rehabilitación cardiaca. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2009. p.21-36.
18. Cazorla Roca M, Ortigosa Sasot L, Isla P, Vivas E, Gil D, Gómez Palomar MJ, et al. La percepción del paciente con cardiopatía isquémica a los dos años del primer evento coronario La percepción del paciente con cardiopatía isquémica a los dos años del primer evento coronario. *Enferm Cardiol.* 2004; 11(31):30-35.
19. Marín Santos M. Pasado, presente y futuro de la rehabilitación cardíaca. *Rehabilitación. (Madr).* 2006; 40(6):279-281.
20. Cazorla Roca M, Galán Fernández S, Corcoy Rigola R, Carrau Vidal E, Gusi Tragant G, Martínez Rubio A. Rehabilitación cardíaca. ¿Cómo mantener los cambios en el estilo de vida de nuestros pacientes?. *Enferm Cardiol.* 2004; 10(32-33):58-61.
21. Roig Tortajada C, Juncá Campdepadrós C, Merino Gómez O, Ortigosa Sasot L, Cazorla Roca M, Monegal Ferran M, et al. *Enferm Cardiol.* 2003; 10(29): 30-34.
22. Río Moro O del, Maldonado Vázquez A, Carmena Utrilla O, Davós Jiménez R, Garoz Martín B, Gutiérrez Noguera A, et al. Educación sanitaria a pacientes con cardiopatía isquémica. *Enferm Cardiol.* 2005; 12(35):24-27.
23. Lizcano Álvarez A, coordinador. Guía de abordaje Enfermero: cuidados cardiovasculares integrales (CCvi) en Atención Primaria. Madrid: Red de Enfermería en Cuidados Cardiovasculares de Atención Primaria.; 200-¿
24. Lobos JM, Royo Bordonada MA, Brotons C, Álvarez Sala L, Armano P, Maiques A, et al. Guía europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. *Clin Invest Arterioscl.* 2009; 21(3):124-150.
25. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 11ª ed. Madrid: McGraw Hill; 2007.
26. Delgado Pacheco J. Plan de cuidados al paciente cardíaco. En: Portuondo Maseda MT, Martínez Castellanos T, Delgado Pacheco J, García Hernández P, Gil Alonso D, Mora Pardo JA, et al, coordinadores. Manual de Enfermería. Prevención y rehabilitación cardiaca. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2009. p.21-26.
27. López Varela MV, Anido T, Rovida M, Goja B, Tubino M, Alfonso G, et al. Factores asociados con la abstinencia y eficacia de un programa de cesación de tabaquismo. *Rev Med Urug.* 2007; 23(1):25-33.

28. García Hernández P, Yudes Rodríguez E. Desempeño sexual en la cardiopatía isquémica. *Enferm Cardiol*. 2008; XV (44):25-28.
29. Herdman TH, editora. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
30. Moorehead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ªed. Madrid: Elsevier; 2005.
31. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editoras. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ªed. Madrid: Elsevier; 2009.
32. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorehead S, et al, editores. Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ªed. Madrid: Elsevier; 2007.
33. Oyanguren Artola J, Arce Arana V. Programas de prevención y rehabilitación cardíaca en atención primaria. En: Portuondo Maseda MT, Martínez Castellanos T, Delgado Pacheco J, García Hernández P, Gil Alonso D, Mora Pardo JA, et al, coordinadores. Manual de Enfermería. Prevención y rehabilitación cardíaca. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2009. p.263-286.

Recibido: 8 octubre 2012.

Aceptado: 13 octubre 2012.