

Cuidados de Enfermería a personas con Insuficiencia Cardíaca Crónica en Atención Primaria



asanec

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria

Diseño e Impresión:

PUBL&SER 619 76 15 38

Edita



Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC)

ISBN y Depósito legal
Solicitado



**Cuidados de Enfermería
a personas con
Insuficiencia Cardíaca Crónica
en Atención Primaria**

Relación de Autores
Prólogo
Índice

Cuidados de Enfermería a personas con Insuficiencia Cardíaca Crónica en Atención Primaria

COORDINADORES EDICIÓN

Yolanda Gómez Narváez. Presidenta ASANEC

Araceli Morales Rueda. Vicepresidencia 1 ASANEC

Francisco Peregrina Palomares. Vicepresidencia 2 ASANEC

COORDINADORA DOCENTE

Alejandra Adalid Ortega

Enfermera de familia. UGC Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce

AUTORES

Alejandra Adalid Ortega

Enfermera de familia. UGC Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Socia ASANEC

María Yolanda Sánchez Paule

Enfermera de Práctica Avanzada en Insuficiencia Cardíaca. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

María Isabel Fernández Vázquez

Enfermera Gestora de Casos. UGC Victoria. Distrito Sanitario Málaga Guadalhorce. Vocal ASANEC Málaga

Antonio J. Vázquez Luque

Subdirector Asistencial. Distrito Sanitario Málaga- Guadalhorce. Socio ASANEC

Gerardo Tirado Pedregosa

Enfermero Gestor de Casos. UGC Loja. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano

Antonio Hormigo Pozo.

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Puerta Blanca. Doctor por la Universidad de Málaga
Miembro del Grupo Nacional de Diabetes de SEMERGEN. Miembro de la Red GDPS

Isabel M^a Navarro Crespo.

Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Secretaria ASANEC.

Juan Alfonso Rodríguez Lagos

Enfermero de Familia. UGC Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga - Guadalhorce. Socio ASANEC

Máximo Juan Sánchez Ruiz

Enfermero Gestor de Casos. Granada. Tesorero ASANEC

Yolanda Gómez Narváez

Enfermera Gestora de Casos. UGC Trinidad Jesús Cautivo. Distrito Sanitario Málaga - Guadalhorce. Presidenta ASANEC

Araceli Morales Rueda

Enfermera de Familia. Distrito Sanitario Costa del Sol. Vicepresidencia ASANEC

Francisco Peregrina Palomares

Enfermero de Familia UGC Realejo. Distrito Sanitario Granada Metropolitano Vicepresidencia ASANEC

REVISORES EXTERNOS

Francisco Javier Martín Santos.

Director de Cuidados. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga. Socio de ASANEC.

Juan Carlos Morilla Herrera.

Diplomado Universitario en Enfermería. Doctor en Ciencias de la Salud. Director de Unidad de Residencias Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Vocal por ASANEC en la Comisión Asesora sobre Calidad y Eficiencia en la prestación farmacéutica ambulatoria del Servicio Andaluz de Salud.

Jose Miguel Morales Asencio.

Director del Departamento de Enfermería y Podología. Profesor de Metodología de Investigación y Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga

ENTIDADES COLABORADORAS REVISORAS

Plan Integral de Cuidados de Andalucía



Plan Integral de
Cuidados de
Andalucía



Prólogo

Desde ASANEC te presentamos la guía “**Cuidados de Enfermería en Insuficiencia Cardíaca**”, es para nosotros una gran satisfacción poner en tus manos este recurso para que durante tu labor asistencial puedas ofertar los mejores cuidados a la población y en especial a la afectada con ICC.

Agradecer a todos los profesionales implicados en la elaboración de esta guía y a las personas que desde otras Sociedades Científicas han revisado y aportado sus conocimientos ,para que hoy los profesionales de Enfermería que tenemos el documento entre nuestras manos podamos ser capaces de resolver los problemas y necesidades de estos usuarios.

Como sabéis la insuficiencia cardíaca es un problema que genera, dentro de las enfermedades crónicas, más ingresos hospitalarios en persona mayores de 65 años, consumiendo gran cantidad de recursos y donde los profesionales de enfermería tenemos un gran campo de acción, acompañando y guiando al usuario en su seguimiento, donde la educación terapéutica tiene gran importancia.

Como Sociedad Científica ASANEC sigue su línea de aportar a los profesionales de Enfermería andaluces recursos, formación y evidencias para poder ofertar a los usuarios del sistema sanitario unos cuidados eficaces y eficientes, siempre en el marco de la sostenibilidad del Sistema Sanitario Andaluz.

Reitero mi agradecimiento a los autores por su excelente trabajo y espero que esta guía sea útil en el trabajo diario de los Profesionales de Enfermería de Familia.

Francisco Manuel Peregrina Palomares
Vicepresidencia ASANEC

Índice

1. Introducción	1
2. Diagnóstico y Clasificación	3
3. Cuidados en el paciente con Insuficiencia Cardíaca Crónica	6
3.1 En consulta de Enfermería:	8
-Aceptación de su estado de Salud: aumentar el afrontamiento	9
-Control de la ansiedad	10
-Conocimiento: control de la enfermedad cardíaca	11
-Conocimiento del régimen terapéutico: manejo de la medicación	12
-Conducta de Cumplimiento. Conducta de Adhesión.	25
-Autocontrol de la Enfermedad Cardíaca: signos y síntomas de empeoramiento	27
-Manejo del peso y estado nutricional	28
-Nivel de fatiga, energía psicomotora: asesoramiento sexual.....	30
-Tolerancia a la actividad: manejo de la energía.	30
3.2 Cuidados en el domicilio	35
4. Bibliografía	38

Cuidados de Enfermería

a Personas con Insuficiencia Cardíaca Crónica en Atención Primaria

1. Introducción

Aunque no se disponen de datos epidemiológicos precisos que permitan dimensionar el impacto de la Insuficiencia Cardíaca (IC) en nuestro país, las cifras son en todo caso comparables a las de los países de nuestro entorno. La IC es un problema de salud pública de primer orden y se estima que afecta a 10 millones de personas en Europa ¹. La prevalencia estimada es elevada, en torno al 2% en el conjunto de la población, incrementándose exponencialmente con la edad, pues es inferior al 1% antes de los 50 años y posteriormente se duplica con cada década hasta superar el 10% entre los mayores de 70 años ². Del mismo modo, la prevalencia y los ingresos hospitalarios por IC han ido creciendo a lo largo de los años y se espera que estas incidencias sigan creciendo en el futuro en relación al envejecimiento de la población, la mejoría de la supervivencia tras un síndrome coronario agudo y a la disponibilidad de mejores tratamientos.

El pronóstico de la IC es peor que el de la mayoría de los cánceres. Un 40% de los pacientes ingresados fallece o reingresa durante el primer año, y un 50% ha fallecido a los 4 años de evolución de la enfermedad, constituyendo la primera causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años ^{3,4}.

La IC ocasiona un gran impacto en el Sistema Sanitario. Se estima que un 2% del gasto sanitario en países desarrollados se destina a la IC, y no parece que haya tendencia a la reducción de ingresos por IC en la última década. Sin embargo, la IC es muy “sensible” al cuidado cercano. Diversos programas específicos (disease management programs) de manejo extrahospitalario de la IC, en los que la Enfermería tiene un papel protagonista, han mostrado ser eficientes en la reducción de ingresos hospitalarios ⁵.

El tratamiento de la IC avanzada es complejo y supone un reto para el sistema sanitario público, requiriendo constantes modificaciones y reajustes terapéuticos, por lo que es necesario reorientar la atención hacia un modelo integrado que mejore la efectividad, garantice la continuidad asistencial, la diversificación de los servicios y la reorientación de éstos hacia la persona, priorizando el diagnóstico precoz y la puesta en marcha de modelos asistenciales dirigidos a fomentar el autocuidado y dentro de equipos de trabajo multidisciplinares y bien coordinados, capaces de garantizar la seguridad del paciente, el uso racional de medicamentos y medidas no farmacológicas, la integración de los cuidados enfermeros y el impulso del autocuidado ⁶.

El autocuidado se entiende como un proceso de toma de decisiones que permite un compromiso de la persona con comportamientos saludables y está ligado a una mejora en los resultados tanto de morbilidad como de calidad de vida de las personas con IC crónica [7,8](#). Como se recoge en la Guía Europea para la Insuficiencia Cardíaca 2012, los comportamientos de autocuidado incluyen: adherencia a la medicación, dieta y ejercicio, monitorización y manejo de los síntomas, control del peso para detectar la retención de líquidos y buscar asistencia sanitaria precoz cuando aparezcan los síntomas [9](#).

El nivel de autocuidado está influenciado por factores psicosociales que rodean a la persona afectada. La presencia de una red familiar consistente favorece el cumplimiento terapéutico y de las medidas higiénico dietéticas. Así mismo, en casos de pacientes con algún tipo de dependencia para las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, es indispensable la figura de un cuidador principal capacitado, para asegurar el cumplimiento de las medidas de tratamiento [9,10](#).

La intervención ideal en IC incluiría el seguimiento conjunto de los pacientes tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria, con programas de educación continua centrados en fomentar el autocuidado de estos pacientes, mejorando la capacidad de reconocer y responder a los signos de descompensación [11](#).

Las enfermeras son las principales proveedoras de la educación en cuidados, tanto en el ámbito hospitalario como en Atención Primaria, y por tanto uno de nuestros objetivos principales es la mejora del autocuidado de las personas con IC, ya que los pacientes que se implican en su cuidado y tratamiento y se adhieren a la medicación, mejoran su supervivencia y disminuyen los ingresos hospitalarios [13](#).

2. Diagnóstico y Clasificación

La IC se puede definir como una anomalía de la estructura o la función cardíacas que hace que el corazón no pueda suministrar oxígeno a una frecuencia acorde con las necesidades de los tejidos metabolizantes pese a presiones normales de llenado ¹.

El diagnóstico puede ser difícil, especialmente en las etapas iniciales ya que muchos de los síntomas de la IC (tabla 1) no son específicos y, por lo tanto, no ayudan a distinguir entre la IC y otros problemas.

Tabla 1.

SINTOMAS		SIGNOS	
Típicos		Específicos	
Disnea		Presión venosa yugular elevada	
Ortopnea		Reflujo hepatoyugular	
Disnea paroxística nocturna		Tercer sonido del corazón (ritmo galopante)	
Baja tolerancia al ejercicio		Impulso apical desplazado lateralmente	
Fatiga, cansancio, más tiempo de recuperación tras practicar ejercicio		Soplo cardíaco	
Inflamación de tobillos			
Menos típicos		Menos específicos	
Tos nocturna		Edema periférico (tobillos, del sacro, escrotal)	
Sibilancias		Crepitaciones pulmonares	
Aumento de peso (> 2 kg/semana)		Menor entrada de aire y matidez a la percusión en las bases pulmonares (efusión pleural)	
Pérdida de peso (IC avanzada)		Taquicardia	
Sensación de hinchazón		Pulso irregular	
Pérdida de apetito		Taquipnea (> 16 rpm)	
Confusión (especialmente en ancianos)		Ascitis	
Depresión		Pérdida de tejido (caquexia)	
Palpitaciones		Hepatomegalia	
Síncope			

Cerca de la mitad de las personas con síntomas de IC presentan una función sistólica del ventrículo izquierdo normal o escasamente afectada, por lo que el fallo cardíaco de estos pacientes es atribuido a una función diastólica anómala. Clásicamente se consideraba que la IC con fracción de eyección de VI preservada tenía un pronóstico ligeramente mejor que la IC sistólica, con una mortalidad entre el 5-8% en la primera y

del 10-15% en la segunda, aunque la morbilidad y la frecuencia de hospitalizaciones es muy similar en ambas. La IC diastólica se asocia con la edad avanzada, el sexo femenino, la HTA, la DM y la isquemia miocárdica. La definición y criterios diagnósticos en la disfunción diastólica no son fácilmente demostrables, por lo que se prefiere el término de IC con fracción de eyección preservada. Se considera normal o escasamente afectada la fracción de eyección del VI por encima del 45-50% ⁶.

El diagnóstico de IC debe incluir los siguientes elementos:

1. Diagnóstico sindrómico: Establece el diagnóstico clínico de IC
2. Diagnóstico fisiopatológico: Distingue entre fallo sistólico o diastólico (FE deprimido o preservado).
3. Diagnóstico etiológico: Identifica causa y factores precipitantes.
4. Diagnóstico funcional: establece la gravedad de la IC según la tolerancia al esfuerzo (clasificación funcional de la New York Heart Association- NYHA) (tabla 2)

Tabla 2.

CLASIFICACION FUNCIONAL DE LA NYHA

CLASE FUNCIONAL NYHA	TOLERANCIA AL ESFUERZO
CLASE FUNCIONAL I	Sin limitación. Actividades físicas habituales no causan disnea, cansancio ni palpitaciones.
CLASE FUNCIONAL II	Ligera limitación de la actividad física. Actividad física habitual produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.
CLASE FUNCIONAL III	Limitación marcada de la actividad física, Actividades menores producen síntomas.
CLASE FUNCIONAL IV	Incapacidad de realizar cualquier actividad sin síntomas. Aparecen síntomas incluso en reposo.

Los pacientes en clase I de la NYHA no presentan síntomas atribuibles a la cardiopatía; a veces se dice que los de las clases II, III y IV de la NYHA tienen síntomas de carácter leve, moderados y graves respectivamente.

Esta clasificación tiene un importante valor pronóstico y se utiliza como criterio decisivo en la elección de determinadas intervenciones terapéuticas, tanto médicas como quirúrgicas.

En todo individuo en el que se sospecha IC deben realizarse (Grado de recomendación I, Nivel de evidencia C) ⁶:

- Valoración clínica: Anamnesis (antecedentes y factores de riesgo cardiovascular) y exploración física con especial atención a signos de congestión y/o hipoperfusión.
- Exploraciones complementarias básicas: ECG (se debe registrar en HC ritmo cardiaco, FC, duración de QRS y QT, presencia de ondas q patológicas y de HVI y otras alteraciones); Rx de tórax, valorando índice cardiorácico y grado de hipertensión pulmonar; analítica de sangre, incluyendo glucemia, Sodio, Potasio, función hepatorenal, lipidograma hormonas tiroideas y considerar determinación de péptidos natriuréticos (NT, pro BNP, BNP).
- Valoración eco cardiográfica; permite confirmar diagnóstico y además valorar la función ventricular (diagnóstico fisiopatológico, identificar la etiología (diagnóstico etiológico) y detectar cardiopatías corregibles.

Como ayuda para establecer un criterio diagnóstico de sospecha de IC se pueden utilizar los criterios diagnósticos de **Framingham**:

Tabla 3.

CRITERIOS MAYORES	CRITERIOS MENORES
Disnea paroxística nocturna u ortópnea Ingurgitación yugular Crepitantes Cardiomegalia Edema agudo de pulmón Galope ventricular (R3) Presión venosa > 16 cm. H2O Tiempo circulatorio > 25 s. Reflujo hepatoyugular	Edema en tobillos Tos nocturna Disnea de esfuerzo Hepatomegalia Derrame pleural Capacidad vital reducida 1/3 Taquicardia > 120 l/m
Perdida de más de 4.5 kg. de peso tras 5 días de tratamiento	
DOS CRITERIOS MAYORES O 1 MAYOR Y 2 MENORES= DIAGNOSTICO DE I.C.	

El diagnóstico definitivo de IC se establece mediante la presencia de éstos síntomas (generalmente disnea o fatiga) y/o signos de retención hidrosalina (edema pulmonar o periférico), junto a anomalía estructural o funcional cardiaca objetivada en eco cardiograma u otra exploración complementaria. La respuesta terapéutica positiva también puede ser útil en casos dudosos ⁶.

La probabilidad de supervivencia en IC varía extraordinariamente de unos pacientes a otros, lo que hace imprescindible una estratificación pronóstica, pudiendo utilizar para la misma parámetros clínicos, analíticos, ECG, radiológicos, eco cardiográficos o hemodinámicas. Todos ellos presentan limitaciones usados aisladamente, por lo que se han desarrollado modelos predictivos o escores multivariados que toda-

vía no son ampliamente usados en la práctica clínica a pesar de haber demostrado su utilidad en diversos estudios. Algunos marcadores pronóstico son entre otros **6**:

- Clase funcional avanzada (III-IV) de la NYHA
- Presencia de síncope
- Etiología isquémica.
- Presencia de diabetes
- Pérdida progresiva de peso
- FC elevada en reposo
- FA crónica

3. Cuidados en el paciente con IC **6**:

Cuidados de Enfermería		
NOC	NANDA	NIC
1402 Control de la ansiedad	Ansiedad (00146) / Temor (00148)	5820 Disminución de la ansiedad
0300 Autocuidados: AVD	Intolerancia a la actividad (00092)	1800 Ayuda al autocuidado
0005 Tolerancia a la actividad		0180 Manejo de la energía
0007 Nivel de fatiga		
1308 Adaptación a la discapacidad física	Aislamiento social (00053)	5100 Potenciación de la socialización
0007 Nivel de fatiga	Disfunción sexual (00059)	0180 Manejo de la energía
0006 Energía psicomotora		5248 Asesoramiento sexual

1830 Conocimiento: control de la enfermedad cardiaca	Conocimientos Deficientes (00126)	5602 Enseñanza proceso enfermedad
1805 Conocimiento: conductas sanitarias		
1813 Conocimiento: Régimen terapéutico	Gestión ineficaz de la propia salud (00078)	5602 Enseñanza proceso enfermedad
1601 Conducta de cumplimiento		
1608 Control de síntomas	Gestión ineficaz de la propia salud (00078)	5602 Enseñanza proceso enfermedad 7400 Guías del Sistema Sanitario
1302 Conocimiento: recursos sanitarios		
0311-0312 Preparación del alta (desde el ingreso) con vida independiente o con apoyos		7120 Movilización familiar 5440 Aumentar los sistemas de apoyo

1300 Aceptación del estado de salud	Afrontamiento inefectivo (00069)	5230 Aumentar el afrontamiento
1302 Afrontamiento de problemas		
1606 Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria		5250 Apoyo en toma de decisiones
2208 Factores estresantes en el cuidador familiar	Afrontamiento familiar comprometido (00074)	7040 Apoyo al cuidador principal
2600 Afrontamiento de los problemas de la familia		7140 Apoyo a la familia 7110 Fomentar la implicación familiar 8100 Derivación a Enfermera Gestora Casos si cumple criterios
2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario		

1006 Peso: masa corporal 1004 Estado nutricional	Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001)	1260 Manejo del peso 5614 Enseñanza: dieta prescrita
		1280 Ayuda para disminuir peso
1009 Estado nutricional: ingestión de nutrientes	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002)	1100 Manejo de la nutrición

3.1 En Consulta de Enfermería:

Aunque se comienza a hablar de la necesaria coordinación de la Atención primaria-hospitalaria, estos modelos se centran en la coordinación médico de familia- cardiólogo, y se tiene poco en cuenta a las enfermeras comunitarias [14](#). Existen otras propuestas de coordinación interniveles basadas en Enfermería [15](#) y finalmente propuestas de nuevos modelos de atención centralizados en AP, en el que la colaboración de médicos y enfermeras de forma estructurada permite un seguimiento adecuado de estos pacientes [16,17](#).

El papel de la enfermera en la atención a los pacientes con IC se centra en:

- la información y la educación sanitaria orientada hacia el autocuidado
- la detección precoz de signos de descompensación y su abordaje
- el fomento de la adherencia terapéutica y la promoción de hábitos de vida adecuados (alimentación equilibrada, restricción salina, intervención antitabaco, si procede, etc.)
- la elaboración de planes de cuidados según las necesidades de cada individuo
- el asesoramiento ante dudas y dificultades del paciente y su familia
- el apoyo emocional para el mejor afrontamiento de la enfermedad y la posible pérdida de funcionalidad
- asegurar la continuidad asistencial mediante una adecuada coordinación con el médico de familia del paciente y con el segundo nivel

Tras el diagnóstico o alta hospitalaria se realizará una primera consulta antes de las 48-72 horas, y posteriormente se pueden establecer visitas de seguimiento a los 7-10 días,

al mes del alta hospitalaria y posteriormente cada 3 meses , siempre individualizando con cada paciente y ajustando a sus necesidades y buen o mal control.

Si la persona presenta mal control de los síntomas y no estabilización clínica se valorará por parte del médico de familia la posibilidad de remisión a atención hospitalaria, para valorar otras posibles opciones terapéuticas, farmacológicas o no farmacológicas ⁶.

Los criterios a tener en cuenta serán:

- Ante una progresión clínica de su estado funcional.
- Falta de respuesta al tratamiento.
- Dificultad para conseguir un tratamiento óptimo con dosis adecuadas de IECA, ARA-II, BB, o que presentan intolerancia o efectos secundarios graves con los mismos.
- Reajuste terapéutico si soporte familiar inadecuado.
- Alta sospecha de incumplimiento terapéutico reiterado.
- Sospecha de nueva cardiopatía.
- Descompensación hemodinámica sin factor claro desencadenante.
- Alteraciones bioquímicas graves (hiponatremia <30 meq/l, creatinina >1,3 mg/dl, hipokaliemia o hiperkaliemia).
- Para valorar posibles candidatos a opciones terapéuticas no farmacológicas: cateterismo, cirugía, rehabilitación cardíaca, resincronización, desfibrilación o trasplante cardíaco.

En esta fase estable los cuidados de Enfermería se orientarán a:

- [Aceptación de su estado de salud \(NOC 1300\)](#)
- [Aumentar el afrontamiento \(NIC 5230\)](#)

Recomendar al paciente que adopte una actitud positiva ante la enfermedad, eliminando el estrés, evitando la fatiga y asumiendo buenos hábitos. El compromiso del paciente es imprescindible para conseguir un resultado óptimo en los pacientes con IC. Una actitud positiva ante la enfermedad e implicación en el cuidado, asumiendo el autocuidado como una parte más del tratamiento van a mejorar siempre el resultado final.

El autocuidado es considerado la piedra angular para el éxito de la gestión de la IC ¹⁸.

Algunos estudios demuestran la gran eficacia de intervenciones sobre de la gestión del autocuidado, la formación del cuidador y la actuación de un equipo multidisciplinar, representando éstos tres puntos un punto crítico en el tratamiento de pacientes con IC [19, 20](#).

Sin embargo, a pesar de esta evidencia, de los pacientes diagnosticados de IC, tan solo un 60% cumplen con el tratamiento farmacológico prescrito, menos de la mitad de ellos se pesan rutinariamente y para la mayoría es difícil llevar una dieta restringida en sodio. Las investigaciones han documentado que poco más de la mitad de estos pacientes, tiene éxito en este aspecto del autocuidado [22](#).

Es por tanto, un gran desafío para los proveedores de cuidado de la salud, conseguir identificar a aquellos pacientes que corren el riesgo de descompensación de la enfermedad, para intervenir sobre ellos y conseguir aumentar su calidad de vida [21](#).

La evidencia que apoya la relación entre los autocuidados en IC y los resultados de salud es limitada, pero sí sugiere que un autocuidado adecuado se asocia con una mejoría en el estado de salud de la persona y una disminución en el número y duración de las hospitalizaciones. La mejoría del autocuidado debe ser uno de nuestros objetivos principales en la atención a los pacientes con IC ya que los pacientes que se implican en su cuidado y tratamiento y se adhieren a la medicación, mejoran su supervivencia y disminuyen los ingresos hospitalarios [22](#).

La Escala Europea de Autocuidado (Europea Heart Failure Self-Care Behavior Scale) ha demostrado su validez en numerosos estudios y países, entre ellos España, a la hora de medir el grado de autocuidado de los pacientes con IC. Así mismo, permite detectar cambios en este grado de autocuidado tras una intervención educativa. Es un cuestionario auto-administrado que consta de 12 ítems. Se trata de una escala tipo Likert que va de 1 (completamente de acuerdo) a 5 (completamente en desacuerdo). La puntuación obtenida oscila entre 12 y 60 puntos; puntuaciones más altas indican peor autocuidado [23,24,25](#). (Ver [Anexos](#))

Control de la ansiedad (NOC 1402)

NIC: 5820 Disminución de la ansiedad

La IC no sólo causa síntomas físicos que afectan al bienestar físico, sino que también provoca sentimientos y emociones, como ansiedad, tristeza o depresión. Es importante aprender a afrontar las emociones para tomar el control de la enfermedad, de hecho, el control de los sentimientos es un aspecto importante del tratamiento de la IC, junto con el uso de fármacos eficaces y la adopción de hábitos saludables.

Por ello, desde la perspectiva de Enfermería, debemos realizar una buena educación sanitaria que puede servir para ayudar a las personas a combatir las emociones negativas y mejorar la calidad de vida:

- Comunicación con el paciente: Transmitir optimismo y comprensión de su enfermedad. Crear empatía y una buena relación entre profesional-paciente para crear una actitud positiva ante la enfermedad y su tratamiento.
- Responder las preguntas y dudas del paciente.
- Promover la expresión de sentimientos, expectativas y temores.
- Determinar el impacto de la IC sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
- Animarle a que adopte un papel más activo en su plan de cuidados.
- Explicar la importancia de que siga estrictamente su plan de tratamiento y participe activamente en las decisiones terapéuticas.
- Animar a que participe en nuevas actividades que puedan divertirle y cambiar su actitud ante la vida.
- Informar sobre la posibilidad de unirse a un grupo de apoyo para personas con IC; puede ser útil comentar sus sentimientos y experiencia con otras personas que tienen problemas parecidos. A menudo, estos grupos tienen sesiones pedagógicas, en las que se incluyen pacientes expertos siendo una fuente útil de información para el paciente y su familia. (Información sobre asociaciones de pacientes. Ver [Recursos para pacientes](#))
- Hacer ejercicio con regularidad y aumentar su nivel de actividad; una mejor forma física también disminuye la depresión y la ansiedad.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas, interpersonales) que faciliten el alivio de la ansiedad: técnicas de relajación, técnicas de respiración,...
- [Conocimiento: control de la enfermedad cardíaca \(NOC 1830\).](#)

NIC: 5602 Enseñanza proceso enfermedad

El conocimiento de la enfermedad y todos sus componentes es básico para que el autocuidado sea eficaz. Un estudio llevado a cabo en el 2004 reveló que los pacientes con IC comúnmente perciben la enfermedad como aguda en lugar de crónica y consideran que están curados cuando los síntomas han desaparecido [26](#).

Las enfermeras deben de tener la habilidad para evaluar las necesidades individuales y comenzar el proceso de educación basándose en el nivel de percepción previo del paciente con relación a la enfermedad, nivel de escolaridad y función cognitiva [27](#).

Es importante proporcionarle al paciente conocimientos sobre 1:

- En qué consiste la enfermedad: origen, características, síntomas y signos.
- Saber cómo y cuando ponerse en contacto con los servicios sanitarios.
- Tratamiento farmacológico: indicación, dosis, efectos secundarios. Proporcionar folletos de información y revisar la dosis, horario de administración y efectos secundarios de la medicación. Remarcar la importancia de tomar las dosis a la hora prescrita. Sugerir una cajita de pastillas marcada con los días y horas de las dosis.
- Factores de riesgo asociados. Inmunización anual contra gripe y neumococo, según proceda.
- Importancia de las medidas higiénico-dietéticas: dieta, ejercicio,...etc. Explicar las razones de las restricciones dietéticas y de actividad. Evitar hábitos tóxicos.

Debe darse énfasis al hecho que la IC es un síndrome crónico y progresivo, en el cual el estilo de vida tiene un papel fundamental.

- [Conocimiento: Régimen terapéutico \(NOC 1813\)](#)

NIC 2380: Manejo de la medicación

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) recomiendan (Clase 1, Nivel de evidencia A) para pacientes de Insuficiencia Cardíaca sintomáticos con clasificación funcional (New York Heart Association) NYHA II-IV y Fracción de Eyección (FE) \leq 40%, salvo contraindicaciones, la administración de 6:

- a) Inhibidores del enzima conversor de la angiotensina (IECA)
- b) BetaBloqueantes (BB)
- c) Los Antagonistas de los receptores de la angiotensina (ARA II), en caso de intolerancia a IECA y
- d) Los Antagonistas de Receptores Mineralocorticoides (ARM) para pacientes de IC con FE \leq 35%, que persisten sintomáticos (NYHA II-IV) a pesar del tratamiento con IECA/ARA II y BB.

Estos grupos de fármacos, tratamiento básico de la IC con FE deprimida, tienen alta repercusión clínica, reduciendo las hospitalizaciones por IC y la muerte prematura, mejorando los síntomas y el pronóstico a largo plazo, e incrementando la calidad de vida.

Sin embargo, es necesario conseguir las dosis que han demostrado ser efectivas y para conseguirlo, es imprescindible titular el fármaco, mediante incrementos paulatinos en función de parámetros clínicos y analíticos. Esto implica un control y seguimiento es-

trecho del paciente, cuya dificultad, probablemente, es una de las causas principales de la no optimización del tratamiento farmacológico en la práctica clínica habitual.

Son muchos los medicamentos que se pueden tomar para la IC. Todos ellos pueden ayudar a controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Algunos tienen efectos secundarios, pero las ventajas suelen superar con mucho los inconvenientes.

No todas las personas con IC necesitan todos los medicamentos. Los medicamentos adecuados para cada persona dependen de los síntomas, el estado general de salud y los hábitos de vida.

Es muy importante tomar los medicamentos exactamente como se han prescrito y no dejar de tomarlos al notar mejoría de los síntomas, ya que ello garantizará que actúen de la manera correcta. Es probable que se necesite más de un fármaco a la vez.

La elaboración de una ficha o de una gráfica puede ayudar al paciente a llevar un control de sus medicamentos.

Tipos de medicamentos utilizados en la IC: 28, 29

Existen diversos medicamentos que pueden ayudar a mejorar los síntomas, calidad de vida y pronóstico, evitando nuevos episodios de IC.

1. Algunos de estos fármacos mejoran el pronóstico: IECA, ARA-II y Betabloqueantes.
 - La dosis de estos fármacos no se debe disminuir ni suprimir por el simple hecho de tener la tensión arterial normal o algo baja, siempre que el paciente se encuentre bien.
 - El máximo beneficio sobre el pronóstico se consigue con dosis altas del fármaco (tanto IECAs como ARA como betabloqueantes).

2. Otros medicamentos mejoran los síntomas, aunque no influyen en el pronóstico, son: diuréticos, digital, nitratos, anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios y estatinas.

FÁRMACOS QUE MEJORAN EL PRONÓSTICO EN LA IC:

	EFECTOS	SECUNDARIOS	VIGILAR
BETABLOQUEANTE	DISMINUYEN LA F.C. Y LA T.A.	MAREOS, INESTABILIDAD EN LA MARCHA, HIPOGLUCEMIA, DEPRESIÓN, DISFUNCIÓN ERÉCTIL, EMPEORAN LOS SÍNTOMAS DE LA IC	EN EL ECG: BRADICARDIA, BLOQUEOS, ENFERMEDAD DEL NODO A-V
IECA	DISMINUYEN LA T.A.	MAREOS, ERUPCIONES CUTÁNEAS, TOS	EN ANALÍTICA: AUMENTO DEL POTASIO SÉRICO Y EMPEORAMIENTO DE LA FX. RENAL (UREA, CREATININA Y FILTRACIÓN GLOMERULAR).
ARAI	DISMINUYEN LA T.A.	MAREOS	EN ANALÍTICA: AUMENTO DEL POTASIO SÉRICO Y EMPEORAMIENTO DE LA FX. RENAL (UREA, CREATININA Y FILTRACIÓN GLOMERULAR).

EN CASO DE F.C. POR DEBAJO DE 40 ppm. ó T.A. POR DEBAJO DE 80/50MMHG., HABRÍA QUE REDUCIR LAS DOSIS DE ESTOS MEDICAMENTOS Y REALIZAR SEGUIMIENTO HASTA QUE SE RESUELVA, CON LA INTENCIÓN DE REANUDAR SU PAUTA DE TRATAMIENTO LO ANTES POSIBLE.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: 1,6,28, 29

1. **Betabloqueantes (BB):** Carvedilol, Nebivolol, Bisoprolol, Metoprolol succinato

Mecanismo de acción: Inhiben los efectos adversos de la activación del sistema nervioso simpático en los pacientes con IC, disminuyendo el esfuerzo del corazón, la F.C. y la presión arterial. Los bloqueadores beta mejoran la función ventricular y el bienestar del paciente, reducen el número de ingresos por empeoramiento de la IC y aumentan la supervivencia. Los BB deben ser introducidos, asociados a los IECAs (o ARA-II si intolerancia), tan pronto como la situación clínica del paciente se estabilice, a menos que estén contraindicados por historia de asma, bloqueo cardiaco o hipotensión sintomática.

Al inicio del tratamiento pueden producir descompensación con un empeoramiento de la IC e hipotensión por lo que es posible que se deba empezar con dosis bajas y aumentarlas progresivamente.

El ajuste de dosis, en ausencia de problemas, se hará doblando la dosis del BB en cada visita (cada dos a cuatro semanas) hasta alcanzar la dosis objetivo.

BETABLOQUEANTE	DOSIS DE COMIENZO	DOSIS OBJETIVO
Bisoprolol	1,25 mg /24 h	10 mg / 24h
Carvedilol	3,125 mg /12h	25-50 mg /12h
Metropolol succinato	12,5/25 mg /24 h	200 mg/24h
Nebivolol	1,25 mg /24h	10 mg / 24h

Efectos secundarios: Algunos de los efectos negativos son la disminución de la F.C. y la tolerancia al esfuerzo, por lo que es posible que aparezca fatiga si se realiza una actividad física intensa. Este efecto suele ser pasajero y por ello hay que aumentar las dosis de los BB lentamente. En ocasiones pueden producir frialdad en manos y pies.

En casos de bradicardia excesiva se realizará un ECG (o monitorización ambulatoria si fuera necesario) para descartar un bloqueo cardiaco.

Hay que tener especial precaución en pacientes diabéticos por la posibilidad de que enmascaren hipoglucemias si están tomando fármacos hipoglucemiantes. Los BB pueden empeorar los síntomas de EPOC y suelen contraindicarse en pacientes asmáticos. Además, hay que atender especialmente a trastornos psicoafectivos porque pueden causar trastornos en el estado del ánimo.

Recomendaciones:

Si pasadas unas semanas tras comenzar el tratamiento, el paciente sigue notando cansancio y mareos habría que valorar reducir la dosis.

No se deben dejar de tomar bruscamente los BB. En caso de necesidad de suspenderlos, habría que disminuir progresivamente las dosis.

2. IECA (Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina): Enalapril, Ramipril, Captopril, Lisinopril,...

Mecanismo de acción: Son medicamentos antihipertensivos vasodilatadores. Previenen la generación de la Angiotensina II, la cual es un potente vasoconstrictor y estimulador de la Aldosterona. Al inhibirla, la presión sanguínea disminuye debido al efecto vasodilatador y reducción de la resistencia periférica. Mejoran la supervivencia y el pronóstico de la enfermedad.

Con respecto al ajuste terapéutico, la dosis inicial se debe administrar bajo supervisión médica, aumentándola gradualmente hasta la dosis objetivo o hasta la dosis máxima tolerada. Este ajuste de dosis puede realizarse a lo largo de un periodo de 2 a 4 semanas.

No debe incrementarse la dosis si se produce empeoramiento de la función renal o hiperpotasemia por lo que debe evaluarse la función renal y los electrolitos en suero.

IECA	DOSIS DE COMIENZO	DOSIS OBJETIVO
Captopril	6,25 mg/8 h	50 mg/8 h
Enalapril	2,5 mg/12 h	10-20 mg/12 h
Ramipril	1,25 mg/12 h	5 mg/12 h
Trandolapril	0,5 mg/24 h	4 mg/24 h
Lisinopril	2,5-5,0 mg/24 h	20-35 mg/24 h
Perindopril	2 mg/24 h	8-16 mg/24 h
Quinapril	5 mg/12 h	20 mg/24 h
Fosinopril	5-10 mg/24 h	40 mg/24 h

Efectos secundarios: Debilidad, mareo (hipotensión) y fundamentalmente tos seca. Menos frecuentes son las erupciones cutáneas y rara vez se produce hinchazón de labios o garganta.

Recomendaciones:

Vigilar con frecuencia la presión arterial.

Si es posible, y el medicamento está prescrito una vez al día, tomar la dosis antes de acostarse para evitar el mareo, que es frecuente con cualquier medicación que disminuya la presión arterial.

Antes de levantarse y sobre todo si aparecen mareos, hacer movimientos con los pies hacia delante y hacia atrás y permanecer sentado con las piernas fuera de la cama durante un minuto.

No incorporarse con rapidez si se está sentado o agachado, hacerlo lentamente para que el cuerpo se adapte.

Si aparece tos seca se valorará la necesidad de reducir la dosis o cambiar la medicación.

3. ARA-II (Antagonistas de los Receptores de la Angiotensina II): Losartán, Valsartán, Telmisartán...

Mecanismo de acción: Son también antihipertensivos vasodilatadores como los IECAs que actúan bloqueando a distinto nivel el sistema renina-angiotensina. Se reservan para pacientes que no toleran los IECAs.

Para iniciar el tratamiento antes hay que evaluar la función renal y los electrolitos en sangre. La titulación de las dosis hasta la dosis objetivo o dosis máxima tolerada se realizará también cada dos a cuatro semanas.

No incrementar la dosis si se produce empeoramiento de la función renal o hiperpotasemia por lo que es necesario reevaluar la función renal y los electrolitos.

ARA II	DOSIS DE COMIENZO	DOSIS OBJETIVO
Candesartan	4 – 8 mg /24h	32 mg/24h
Losartan	12,5 mg/24h	150 mg/24h
Valsartan	20 – 40 mg/12h	160 mg/12h
Telmisartan	20-40 mg/24h	80 mg/24h

Efectos secundarios: Los efectos negativos son raros y similares a los descritos para los IECAs. Por eso, suelen ser la opción de tratamiento alternativo a los IECAs cuando aparece tos irritativa.

Recomendaciones:

Vigilar con frecuencia la presión arterial.

Si es posible, tomar la primera dosis antes de acostarse para evitar el mareo. Antes de levantarse y sobre todo si aparecen mareos, hacer movimientos con los pies hacia de-

lante y hacia atrás y permanecer sentado con las piernas fuera de la cama durante un minuto.

No incorporarse con rapidez si se está sentado o agachado, hacerlo lentamente para que el cuerpo se adapte.

4. Antagonistas de la Aldosterona: Espironolactona, Eplerenona

Mecanismo de acción: Los antialdosterónicos, también llamados “antagonistas de los receptores de mineralcorticoides/aldosterona”, bloquean los receptores que se unen a la aldosterona y a otros corticosteroides, cuya acción ejerce efectos tóxicos en el sistema cardiovascular, contribuyendo al progreso de la IC. Se ha demostrado que son particularmente eficaces en la IC avanzada, reduciendo el riesgo de hospitalización por IC y de muerte prematura. A dosis altas, tiene un efecto diurético ya que aumentan la diuresis, por lo que ayudan a disminuir la presión arterial, protegiendo así al corazón.

Antes de iniciar el tratamiento hay que evaluar la función renal y los electrolitos en sangre. La dosis de comienzo es de 25 mg al día, tanto para la espironolactona como para la eplerenona. La titulación de la dosis se realiza cada 4 y 8 semanas y si no se presentan problemas, se incrementará la dosis hasta alcanzar la dosis objetivo (25-50 mg de espironolactona o 50 mg de eplerenona), o hasta la dosis máxima tolerada.

No incrementar la dosis si se produce empeoramiento de la función renal o hiperpotasemia.

Efectos secundarios: Pueden aumentar los niveles de potasio, urea y creatinina en sangre. Más raramente, aunque también puede ocurrir, producen dolor y aumento del tamaño de las mamas, especialmente en los hombres.

Recomendaciones:

Realizar control analítico al menos una vez al año, y en caso de paciente con insuficiencia renal crónica cada seis meses, para valorar iones y función renal.

5. Diuréticos: Furosemida, Torasemida, Hidroclorotiazida,...

Mecanismo de acción: No se ha estudiado los efectos de los diuréticos en mortalidad y morbilidad sobre pacientes con IC, a diferencia de los IECAs, los BB y otros tratamientos. No obstante, los diuréticos alivian la disnea y el edema, y por esta razón se recomiendan para pacientes con signos y síntomas de congestión, ya que mejoran los síntomas de la IC, aunque no el pronóstico.

El objetivo de usar diuréticos es conseguir y mantener la euvolemia (el «peso seco» del paciente) con la dosis más baja posible. Esto significa que se debe ajustar la dosis a las necesidades individuales de los pacientes, especialmente tras recuperar el peso corporal seco, para evitar el riesgo de deshidratación que desencadenaría hipotensión e insuficiencia renal.

En general, los diuréticos de asa son reservados para la IC moderada o severa. Éstos producen una diuresis más intensa y corta que las tiazidas, que producen una diuresis más moderada y prolongada. Las tiazidas puede ser menos eficaces en pacientes con función renal deprimida, y pueden ser utilizadas con los diuréticos de asa en el edema resistente, pero con precaución, para evitar deshidratación, hipovolemia, hiponatremia o hipopotasemia.

En pacientes tratados con IECAs, o ARA II y un diurético, la depleción de volumen e hiponatremia por diuresis excesiva, puede aumentar el riesgo de hipotensión y disfunción renal.

Los pacientes tratados con un IECA, ARA II o antagonistas de la aldosterona, junto con un diurético, no requieren habitualmente la reposición de potasio.

Si se utiliza un diurético ahorrador de potasio o antagonista de la aldosterona junto a IECA o ARA II, pueden producirse hiperpotasemia.

Antes de iniciar el tratamiento y durante la terapia con diuréticos debe evaluarse la función renal y los electrolitos en sangre, siendo esencial monitorizar las concentraciones de potasio, sodio y niveles de creatinina.

DIURÉTICO	DOSIS DE COMIENZO		DOSIS DIARIA USUAL	
Diuréticos de asa				
Furosemida	20-40 mg		40-240 mg	
Torasemida	5-10 mg		10-20 mg	
Tiazidas				
Hidroclorotiazida	25 mg		12,5-100 mg	
Indapamida	2,5 mg		2,5-5 mg	
Diuréticos ahorradores de potasio	+IECA/ARA II	-IECA/ARAI	+IECA/ARA II	-IECA/ARAI
Espirinolactona/Eplerenona	12,5-25 mg	50 mg	50 mg	100-200 mg
Amilorida	2,5 mg	5 mg	5-10 mg	10-20 mg
Triamtereno	25 mg	50 mg	100 mg	200 mg

Efectos secundarios: Al tomarlos puede aparecer mareos, debilidad y calambres en las piernas.

Recomendaciones:

Con frecuencia los pacientes suelen precisar ir al baño aproximadamente 1 hora después de tomar la medicación, por lo que esto habría que tenerlo en cuenta a la hora de planificar las salidas de casa, adaptando la toma del diurético a la rutina de cada persona.

Llevar un registro diario del peso y controlar el aumento o la pérdida de peso rápidos para prevenir signos y síntomas de congestión cardíaca.

6. Digital: Digoxina

Mecanismo de acción: Tiene un efecto inotrópico positivo, acompañado de una reducción de la FC. Se utilizan fundamentalmente en pacientes con IC sintomática y fibrilación auricular, para reducir una frecuencia ventricular rápida, aunque se prefieren otros tratamientos.

La dosis inicial de digoxina y de mantenimiento es de 0,125 a 0,25mg diarios. Las dosis bajas (0,125 mg al día o cada dos días) se usan en pacientes mayores de 70 años, si hay alteraciones de la función renal o con una baja masa corporal. Las dosis más altas se usan muy poco en el tratamiento de pacientes con IC. No existe en la actualidad evidencias que sustente el descanso de fin de semana de la dosis de digoxina.

Ciertos medicamentos como amiodarona, diltiazem, verapamilo y algunos antibióticos pueden incrementar los niveles plasmáticos de digoxina.

Efectos secundarios: La concentración terapéutica debe estar entre 0,6 y 1,2 ng/ml. Los signos de toxicidad incluyen confusión, pérdida del apetito, mal sabor en la boca, náuseas, vómitos, y cambios visuales como visión borrosa o percepción anormal de colores (las cosas aparecen azules o amarillas).

Recomendaciones: Es importante tomar la dosis correcta y realizar controles analíticos de la concentración de digoxina en sangre. Un aumento de la concentración de digoxina en sangre puede provocar ritmos cardíacos anormales y palpitaciones o desmayos.

7. Nitratos: Nitroglicerina, Mononitrato de Isosorbida

Mecanismo de acción: Se utilizan por su potente propiedad vasodilatadora, tanto a nivel arterial como venoso, reduciendo el gasto cardiaco y el consumo de oxígeno por el músculo cardíaco.

Pueden tomarse en comprimidos y también en forma de parches que se aplican en la piel. Cuando se utilizan los parches es importante quitárselos por la noche, de lo contrario pierden su eficacia.

Algunos de acción corta (nitroglicerina) se usan en comprimidos o en spray. En ambos casos, se aplican debajo de la lengua. Estos formatos de acción corta y rápida se suelen utilizar sólo para el alivio del dolor en caso de dolor torácico (angina).

Efectos secundarios: Mareos al incorporarse bruscamente (hipotensión ortostática), cefaleas, sofocos, palpitaciones.

Recomendaciones: Igual que cualquier fármaco que disminuya la presión arterial y provoque mareos.

8. Anticoagulantes y antitrombóticos: Acenocumarol (Sintron), Warfarina (Aldocumar), Ribaroxabán, Apixabán, Dabigatrán...

Mecanismo de acción: Los fármacos anticoagulantes son fármacos con mecanismos de acción muy diferentes, pero que coinciden en su finalidad: la disminución en la formación de fibrina a partir de la inhibición previa en la generación de la trombina. Se utilizan como profilaxis y tratamiento de la enfermedad tromboembólica, importantes en la IC (fundamentalmente, cuando existe fibrilación auricular).

Efectos secundarios: Aumentan la tendencia al sangrado, pueden aparecer hematomas o hemorragias.

Recomendaciones:

En el caso del Acenocumarol y la Warfarina, las dosis se determinan con controles analíticos frecuentes del índice normalizado internacional (INR) . Es preciso ser muy escrupuloso con las dosis y el horario de la toma, ya que olvidar una dosis o tomar de más puede ser peligroso. Con estos medicamentos es importante mantener una dieta equilibrada sin grandes variaciones en cuanto cantidad, con especial cuidado en lo que se refiere a las verduras por su alto contenido en vitamina K. Se debe evitar asimismo tomar preparados de herboristería ya que pueden alterar el control del tratamiento.

Fármacos comunes que interaccionan con los anticoagulantes orales

- 1. Disminuyen el efecto anticoagulante.** Suelen precisar aumentos de dosis para mantener el efecto correcto: Colestiramina. Barbitúricos. Rifampicina. Carbamacepina. Uso crónico del alcohol. Tratamiento sustitutivo tiroideo. Sucralfato.
- 2. Potencian el efecto anticoagulante.** Suelen precisar disminuciones en la dosis para mantener el INR correcto: Fenilbutazona. Sulfinpirazona. Disulfiram. Metronidazol. Trimetoprim. Sulfametoxazol. Cimetidina. Amiodarona. Cefalosporinas de segunda y tercera generación. Clofibrato. Heparinas. Fondaparinux. Idraparinux. Dabigatran. Rivaroxaban. Apixaban. Edoxaban. Ancrod. Eritromicina. Esteroides anabólicos. Testosterona. Ketoconazol. Isoniacida. Fluconazol. Piroxicam. Tamoxifeno. Quinidina. Vitamina E (a dosis altas). Fenitoina. Propafenona.
- 3. Fármacos que aumentan el riesgo de hemorragia:** AAS. Clopidogrel. Ticagrelor, Prasugrel. Ticlopidina. Tirofiban, Abciximab. Otras drogas antiinflamatorias no esteroideas (AINEs). Moxalactam. Carbenicilina.
- 4. Otros factores que interfieren:**
 - ♦ Disminuye el efecto: Ingesta aumentada de vitamina K (vegetales de hoja verde o suplementos nutricionales ricos en vitamina K)
 - ♦ Aumentan el efecto: Escasa ingesta de vitamina K, disminución de la absorción de vitamina K (Enfermedades con malabsorción), hepatopatía, fiebre, hipotiroidismo

Se han comercializado recientemente nuevos anticoagulantes (NACO) como el dabigatrán, rivaroxabán y apixabán, que amplían las opciones terapéuticas en la prevención de la enfermedad tromboembólica. Estos nuevos medicamentos no requieren controles periódicos para reajustar las dosis porque su efecto es constante y predecible, sin que factores genéticos o alimentarios alteren su efecto.

Este tipo de anticoagulantes están aprobados para la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular de origen no valvular.

Antes de iniciar el tratamiento con uno de estos nuevos anticoagulantes orales, se recomienda evaluar la función renal o hepática (en función del fármaco). Está contraindicado su uso en pacientes con insuficiencia renal grave o portadores de válvulas cardíacas.

Explicar al paciente que siempre debe informar que toma anticoagulantes a médicos, dentistas, farmacéuticos, etc. Es importante evitar las inyecciones intramusculares.

Informar que a veces podrá recibir un anticoagulante en inyección (habitualmente un tipo de heparina de bajo peso molecular) en vez de acenocumarol, quizá si está hospitalizado por un procedimiento médico o tiene dificultad para tragar.

Vigilar sangrado de encías, nariz, intestino, hematuria, etc.

9. Antiagregantes plaquetarios: Ácido acetilsalicílico (AAS), Clopidogrel, Triflusal

Mecanismo de acción: No todos los pacientes con IC tienen que tomar AAS u otros antiagregantes plaquetarios (triflusal, clopidogrel). Los antiagregantes plaquetarios se utilizan en algunos pacientes para reducir el riesgo de infarto cerebral o cardiaco.

La aspirina (AAS) es el más habitual, en dosis bajas inhibe la activación de las plaquetas, fundamentales para la formación de los coágulos. La toma de una dosis mayor de aspirina no aumenta la eficacia pero sí el riesgo de efectos secundarios.

Efectos secundarios: En algunas personas se produce irritación o hemorragia del estómago y rara vez alergia.

Recomendaciones:

Se debe tomar en las comidas para disminuir el riesgo de irritación gástrica..

10. Estatinas: Simvastatina, Atorvastatina...

Mecanismo de acción: Actúan mejorando la concentración de colesterol y se usan con frecuencia en las personas con IC. Sin embargo, aunque hay abundancia de pruebas firmes sobre el valor de las estatinas en pacientes con enfermedad aterosclerótica (arterial), la mayoría de los ensayos excluyeron a los pacientes con IC (ya que no estaba claro que fueran a beneficiarse). Así pues, pese a la evidencia en otras áreas de la medicina cardiovascular, la evidencia no avala iniciar un tratamiento con estatinas en la mayoría de los pacientes con cuadros de IC crónica.

Efectos secundarios: Un efecto negativo son los dolores musculares (mialgias).

Recomendaciones:

Se deben tomar por la noche (cena). La mayoría de las estatinas tienen una vida media corta de 6-8 horas y como la máxima síntesis del colesterol por el hígado se realiza durante la noche, interesa tomarla en este periodo.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Tomar la medicación como está prescrita.
- No dejar de tomar la medicación aunque la persona encuentre mejoría.
- Tomar los medicamentos a la misma hora cada día.
- No olvidarse de tomar ninguna dosis. Si esto sucede y faltan pocas horas hasta la siguiente dosis, nunca doblarla.
- No dejar de tomar la medicación si presenta efectos adversos. Consultar antes con su médico o enfermera.
- No tomar ningún otro medicamento ni producto de herboristería sin consultarlo antes con su médico o enfermera, ya que pueden empeorar los síntomas de su enfermedad o no ser compatibles con el tratamiento. Remedio natural no significa inofensivo, ya que hay muchos medicamentos que están hechos a base de plantas.
- Elabore un listado o ficha de sus medicamentos donde se recoja:
 - Los nombres, la dosis, la hora a las que tiene que tomarlos.
 - Desde cuando los toma.
 - Mantenga esta información donde sea fácil verla: nevera, corcho, pizarra.
- En caso de dificultad para manejar la medicación utilice un pastillero.
- Esté atento para no quedarse sin medicación.

ATENCIÓN: MEDICAMENTOS A EVITAR

- Antiinflamatorios: Diclofenaco, Ibuprofeno, Naproxeno, Indometacina...
- Corticoides: Prednisona, Dexametasona, Deflazacort...
- Cualquier fármaco con presentación efervescente (debido a su alto contenido en Sodio).
- Bloqueantes de los Canales del Calcio: Nifedipino, Diltiazem, Verapamilo...
- Remedios naturales: Efedra, Hierbas chinas, Espino blanco, Extractos de ajo, Ginseng, Gingko biloba, Coencima Q 10

Si por algún motivo estos medicamentos son recetados, se debería consultar con el equipo de IC.

Si es necesario tomar analgésicos, SON OPCIONES SEGURAS: PARACETAMOL, METAMIZOL, TRAMADOL

- Conducta de cumplimiento (NOC 1601). Conducta de adhesión (NOC 1600)

NIC: 5602 Enseñanza proceso enfermedad

Es un hecho conocido que un buen seguimiento de las indicaciones terapéuticas disminuye la morbimortalidad y mejora el bienestar del paciente, sin embargo, la literatura señala que sólo un 20-60% de los pacientes con IC cumplen el tratamiento que se les ha prescrito (medidas farmacológicas y no farmacológicas) ¹.

La OMS define la adherencia ³⁰ como "el grado en el cual el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponden con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria".

La enfermera en cada visita de seguimiento debe valorar la adherencia a todos los pacientes. Siempre que un paciente no responda a un tratamiento correctamente prescrito se debe valorar la posibilidad de un mal cumplimiento terapéutico. Se tiende a pensar erróneamente que el gran responsable de una mala adhesión terapéutica es el paciente, pero es necesario valorar otros factores, como pueden ser un sistema sanitario de difícil accesibilidad, una mala educación sanitaria o una comunicación deficiente entre médico y paciente, y aspectos tan importantes como la actitud del paciente y su entorno.

Una deficiente adhesión al tratamiento, es un problema que limita la eficacia terapéutica, conlleva a un empeoramiento de los síntomas y, a menudo, la necesidad de hospitalización, por lo que es necesario que los profesionales sanitarios estén sensibilizados acerca de la necesidad de controlar el grado de cumplimiento de los regímenes terapéuticos en sus pacientes.

Por lo tanto, es deseable identificar a los pacientes que presuntamente van a presentar problemas en el seguimiento de su esquema terapéutico óptimo para llevar a cabo medidas preventivas, bien a través de intervenciones domiciliarias, bien mediante un mayor seguimiento clínico terapéutico que evite o prevenga estos problemas.

Ciertas variables como la dificultad en el diagnóstico de IC, depresión, demencias y privación social se han asociado con una mala adhesión terapéutica. Por el contrario, el conocimiento por parte del paciente de la acción del fármaco se ha demostrado como positivo en la mejora de la adhesión terapéutica.

Medición de la Adherencia

Los métodos más utilizados para la medición del grado de adhesión terapéutica se pueden dividir en indirectos y directos, presentando ambos ventajas y desventajas.

- Métodos directos: algunos ejemplos son medir el fármaco o su metabolito en suero, la determinación de marcadores biológicos añadidos a la formulación de algunos medicamentos o la observación directa de cómo prepara y toma el tratamiento.

Estos métodos son caros y pueden ser interpretados por el paciente como desconfianza.

- Métodos indirectos: incluyen cuestionarios al paciente (Encuesta GIPS-3, Test de Haynes, Cuestionario de Morinsky-Green) (Ver [Anexos](#)), recuentos de comprimidos, utilización de diarios de medicación o utilización de monitorización electrónica.

La identificación de estos pacientes mediante cuestionarios específicos parece una práctica relativamente sencilla, con un coste económico razonable, y puede ser útil para llevar a cabo acciones encaminadas a mejorar su calidad de vida.

No hay ninguna intervención que haya demostrado una evidencia concluyente para mejorar la adherencia, lo que sí parece confirmarse es que lo más efectivo es la combinación de varias estrategias y la individualización de cada paciente [31](#).

Son estrategias generales para promover la adherencia [32](#):

- No culpabilizar al paciente y evitar la intimidación.
- Indagar creencias y expectativas.
- Establecer buena relación profesional-paciente.
- Modelo de atención centrado en el paciente.
- Aceptar que el paciente es quien decide.
- Implicar al paciente en la toma de decisiones.
- Lograr apoyo familiar/social.
- Adaptar el tratamiento a sus rutinas.
- Reducción de la complejidad del tratamiento (frecuencia, dosis, nº de fármacos).
- Recordatorios de los horarios (teléfono, mensajes, alarmas, pastilleros), ligar la toma a una actividad.
- Dar Información verbal y escrita.

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN [33,34](#)

El paciente con IC es un paciente considerado de alto riesgo por dos motivos: porque es un paciente polimedicado y además porque el tratamiento habitual de esta enfermedad consta de fármacos considerados “de alto riesgo” (digoxina, betabloqueantes, diuréticos de asa, antiagregantes, anticoagulantes...), que son aquellos que cuando se

utilizan incorrectamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales. Por tanto, estamos tratando con pacientes susceptibles de sufrir efectos adversos e ingresos hospitalarios evitables asociados a la medicación.

- ¿Qué es la Conciliación de la medicación?

La conciliación de la medicación debe ser una estrategia efectiva que garantice que los pacientes toman en cada momento los medicamentos que precisan.

- ¿Cómo se realiza?

La conciliación de la medicación consta básicamente de tres fases:

1. Obtención de la historia farmacoterapéutica del paciente (listado completo de la medicación que toma el paciente).
2. Detección y resolución de discrepancias con la medicación activa del paciente.
3. Comunicación de los cambios de prescripción y de la medicación resultante al siguiente responsable sanitario del paciente y al propio paciente.

Todos los pasos dados en esta intervención deben quedar registrados.

- ¿Cuándo se realiza?

La medicación debe conciliarse en todas las transiciones asistenciales, esto es, cada vez que el paciente cambia de nivel asistencial o un nuevo profesional clínico participa en su atención.

En Atención Primaria, la conciliación se debería realizar, o verificar que se ha realizado previamente, en todas las transiciones asistenciales (ingresos hospitalarios, visitas a urgencias, consultas a atención hospitalaria, ingresos en residencias, etc.).

Debemos recordar que en todo este proceso hay que implicar y desarrollar estrategias para empoderar al paciente o su entorno más cercano como participantes activos en un esfuerzo por reducir la morbilidad relacionada con la medicación.

- [Autocontrol de la enfermedad cardíaca \(NOC: 1617\)](#)

NIC: 5602 Enseñanza proceso enfermedad

Que los pacientes tengan conocimientos (“saber qué hacer”) sobre su enfermedad no implica necesariamente que sepan integrarlos en su vida diaria, por eso es preciso traducir esos conocimientos en capacidad de acción: en habilidades (“saber cómo hacerlo”), Dentro de las habilidades en las que hay que educar al paciente se encuentra la observación de signos y síntomas de agravamiento de la enfermedad, el control adecuado del peso y el registro de los mismos.

Signos y síntomas de empeoramiento

En este contexto, las intervenciones de enfermería deben estar enfocadas a la educación de los pacientes para el reconocimiento precoz de estos signos y síntomas evitando cuadros de descompensación, con el objetivo de tomar las medidas oportunas: aumentar la dosis de diurético o acudir a consultar.

Dentro de estos signos de alarma/descompensación se encuentran [26,1,23](#):

- Ganancia de peso rápida: 2 kg/3 días o 3 kg/semana.
- Edemas de pies, tobillo o piernas.
- Disminución de la cantidad de orina.
- Disnea con menor esfuerzo o de reposo.
- Ortopnea o necesidad de aumentar el número de almohadas para dormir.
- Tos irritativa y persistente (sobre todo acostado).
- Dolor en el pecho y/o palpitaciones.
- Cansancio intenso.
- Mareos y/o pérdida de conocimiento
- [Peso: masa corporal \(NOC 1006\). Estado nutricional \(NOC 1004\)](#)
- [Manejo del peso \(NIC 1260\)](#)

Los pacientes deben controlar su peso de manera rutinaria para detectar cualquier cambio. La periodicidad en el registro del peso se aconsejará según la clase funcional: los pacientes estables deben pesarse 2-3 veces por semana y en los casos de descompensación o IC avanzada el control ha de ser diario.

La detección de cualquier signo de alarma como el aumento de peso, puede ayudar a evitar un ingreso si se trata en fases iniciales (Grado de recomendación I, nivel de evidencia C) [26](#).

Para que el registro del peso sea correcto ha de establecerse el peso de referencia (peso en situación estable) y realizarse el control por la mañana, después de orinar, en ayunas, sin ropa y siempre en la misma balanza.

Siempre de manera individualizada y tras valorar el nivel de entendimiento del paciente y una educación previa adecuada y provisión de instrucciones detalladas, puede recomendarse una dosis flexible de diuréticos que consiste en doblar la dosis de diurético que tome el paciente durante tres días, si aumento de 2 Kg. o más de peso en menos de tres días, no relacionado con transgresión dietética [1,35](#).

En estos casos también es importante explicar al paciente los riesgos de la reducción de volumen por uso excesivo de diuréticos.

NIC: 5614 Enseñanza: dieta prescrita

Recomendaciones dietéticas en IC [1, 36](#):

- Seguir una dieta equilibrada y mantener un peso saludable. En personas con obesidad (IMC>30) es recomendable perder peso para conseguir mejorar el estado general y los síntomas.
- Debemos estimular la modificación de hábitos dietéticos que favorezcan el incremento de la ingesta de frutas, verduras, cereales, legumbres y pescado azul, reduciendo el consumo de grasas saturadas, alimentos con alto contenido en colesterol y ácidos grasos trans.
- La restricción de sodio puede ayudar a controlar los síntomas y signos de congestión en pacientes con insuficiencia cardiaca sintomática de clase III y IV.
- Evitar el consumo excesivo de líquidos: se puede considerar la restricción de líquidos a 1,5-2 l/día en pacientes con insuficiencia cardiaca grave para aliviar los síntomas y la congestión. La restricción de líquidos sistemáticamente en todos los pacientes con síntomas leves-moderados probablemente no sea beneficiosa. La restricción de líquidos basada en el peso (30 ml/kg peso corporal, 35 ml/kg si el peso corporal es > 85 kg) puede causar menos sed.
- Seguimiento y prevención de desnutrición. En pacientes con IC grave puede aparecer caquexia cardiaca: una pérdida involuntaria de más del 6% del peso estable (durante los últimos 6 meses). La caquexia se caracteriza por una pérdida de músculo, tejido adiposo y tejido óseo y se asocia a un peor pronóstico, a un aumento del número de hospitalizaciones y a la reducción de la supervivencia.
- Consumo moderado de alcohol: se recomienda la abstinencia para pacientes con miocardiopatía inducida por el alcohol. De lo contrario, se aplican las guías habituales sobre consumo de alcohol (2 unidades por día los varones o 1 unidad por día las mujeres). 1 unidad consiste en 10 ml de alcohol puro (p. ej., 1 copa de vino, 1/2 pinta de cerveza, 1 medida de licor).

- [Nivel de fatiga \(NOC 0007\)](#)
- [Energía psicomotora \(NOC 0006\)](#)

NIC: 5248 Asesoramiento sexual

La actividad sexual es un componente importante dentro de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades cardiovasculares tanto hombres como mujeres y sus parejas, incluso en pacientes ancianos. La disminución de la actividad sexual es común en los pacientes con enfermedades cardiovasculares y dicha disminución está a menudo interrelacionada con la ansiedad y depresión. Comprender los problemas sexuales específicos de estas personas e implementar estrategias para superarlos forman parte del asesoramiento sexual en la IC [37](#).

No se aconseja restringir la vida sexual salvo en casos avanzados o IC descompensada. Aunque es necesario acomodarla según la tolerancia al ejercicio, evitando esfuerzos que originen el surgimiento de síntomas.

Los profesionales de Enfermería deben transmitir tranquilidad con respecto a la actividad sexual. Tratar el aspecto sexual por el equipo multidisciplinar de forma natural e informativa durante la primera consulta de los pacientes o cuando ellos manifiesten dudas o dificultades. Explicar la presencia de síntomas psicológicos producto de la IC, limitaciones físicas, efectos colaterales de los medicamentos (diuréticos y betabloqueadores), diagnóstico de diabetes mellitus o hipertensión arterial sistémica son algunos de los factores que pueden causar disfunción eréctil [36](#).

- [Tolerancia a la actividad \(NOC 0005\)](#)

NIC: 5602 Manejo de la energía

Los pacientes que presentan una IC en cualquiera de sus formas clínicas pueden tener una limitación en su capacidad de ejercicio, principalmente por la presentación de angina, trastornos del ritmo o disnea. Otros pacientes restringen voluntariamente su actividad por temor a que el ejercicio empeore el curso de la enfermedad. En cualquiera de estas circunstancias sabemos actualmente, que bajo consejo y control médico, los programas de rehabilitación o de ejercicio programado mejoran la capacidad física de los enfermos, refuerzan su estado psicológico, aumentan el umbral de presentación de angina y de arritmias y ayudan a la normalización de la vida social, laboral y sexual, reduciendo la mortalidad global de estos pacientes [38](#).

Las personas que sufren IC pueden mejorar su calidad de vida y aumentar su bienestar cuando se mantienen activas y realizan sus actividades habituales. En general, se desaconseja el reposo absoluto o el abandono de toda actividad física (salvo casos espe-

ciales) y está comprobado que el ejercicio físico contribuye a mejorar los síntomas y a aumentar la autoestima.

El ejercicio debe estar ajustado a las necesidades de cada persona y asesorado por personal especializado. Es recomendable comenzar con:

- Caminar por terreno llano. Al principio, se puede empezar con 5-10 min, dos veces al día, para ir aumentando progresivamente hasta conseguir 30-40 min. de 5 a 7 veces por semana.
- Nadar en agua templada (para evitar los cambios bruscos de temperatura) unos 15 min. al día.
- Pasear en bicicleta en terreno llano (o bicicleta estática) 15 o 20 min. al día, con una resistencia baja e ir aumentando gradualmente según la tolerancia.

Durante la actividad, la persona debe ser capaz de hablar; si no fuera así, es probable que el ejercicio esté resultando excesivo.

El ejercicio se debe realizar a la misma hora cada día, con ropa cómoda y holgada y con el calzado adecuado (plano, fuerte y resistente para evitar lesiones mecánicas).

Se deben tomar líquidos o agua antes y después del ejercicio.

Es aconsejable llevar un diario del ejercicio que se realiza y consultar con el médico o la enfermera si ocurriera alguna incidencia o disminuyera el nivel de energía.

Precauciones a tener en cuenta en la práctica del ejercicio:

- No hacer ejercicio si no se siente bien o si hace mucho calor, frío o humedad.
- Evitar los ejercicios que provoquen dolor, fatiga o mareo.
- No hacer ejercicio en ayunas o justo después de comer. Mejor dejar pasar dos horas desde la última comida.
- Evitar actividades que requieran mantener la respiración o coger pesos importantes, así como los deportes de competición o contacto físico.
- Descansar siempre que aparezca dificultad para respirar, cansancio, sudoración, mareos, náuseas o molestias en el pecho. Consultar con el médico o la enfermera si éstos no cedieran con el reposo. Es mejor parar, descansar y avanzar poco a poco...se gana en capacidad de esfuerzo.

Consejos para realizar las actividades del día a día:

- Descansar varias veces al día sin esperar a estar cansado.
- Alternar periodos de descanso con otras tareas.
- No apresurarse al realizar las tareas (ya que la prisa aumenta la fatiga y el malestar) y evitar las tareas que le supongan un gran esfuerzo.
- Es mejor realizar movimientos lentos y suaves pero continuados.
- Para mover un objeto grande o pesado, es mejor tirar de él que empujarlo.
- Procurar mantener una postura cómoda y correcta.
- Colocar los objetos de más uso o más pesados a nivel de la cintura. Al realizar una actividad de pie, procurar que los objetos queden a nivel de la cintura, ni muy altos ni muy bajos.
- Planificar y programar con tiempo las actividades, adaptándolas a los horarios y circunstancias en la que la persona se encuentre mejor.
- Si se tienen escaleras en casa, intentar organizarse para ahorrar subidas y bajadas innecesarias.
- Estar atento a los signos que manda el organismo, sobre todo si realiza una actividad intensa.

Tabla de Ejercicios Recomendados ²⁸

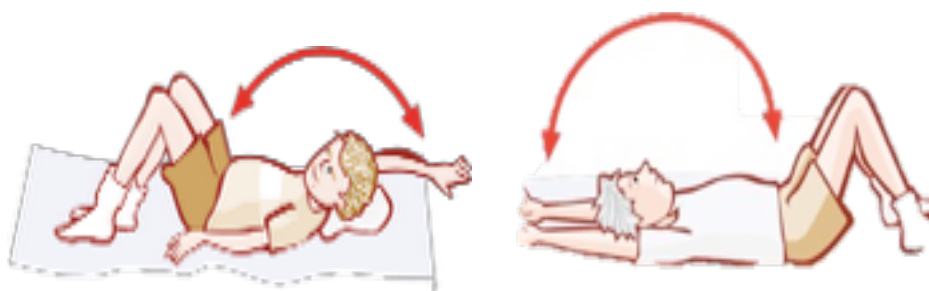
1

Tumbado, coger aire por la nariz hinchando el vientre y soplar por la boca deshinchando el vientre 20 veces



2

Tumbado, con las rodillas flexionadas, levantar primero un brazo y después el otro (repetir 10 veces). A continuación levantar los dos brazos a la vez, tanto por encima como por los lados (repetir otras 10 veces)



3

Sentado, elevar hombros a la vez (repetir 10 veces) y luego girar la cabeza despacio hacia la derecha e izquierda (repetir 10 veces)

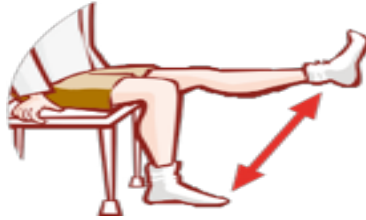


4

Sentado, levantar los dos brazos con las manos cogidas (repetir 10 veces). Después, inclinar el tronco hacia un lado y hacia el otro (repetir 10 veces)

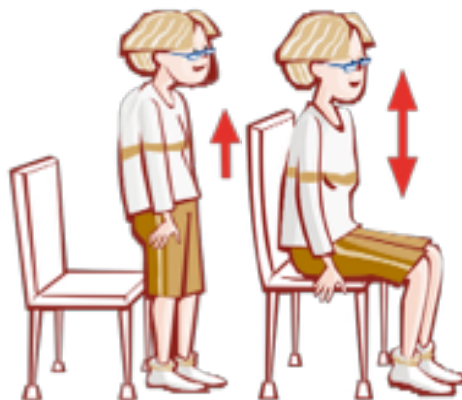


Sentado en una silla, estirar una rodilla y mantener elevada unos segundos. Luego, repetir con la otra pierna (repetir 10 veces con cada rodilla)



6

Levantarse y sentarse en una silla durante un minuto. Descansar 2 minutos (repetir 3 veces)



7

Tumbado, separar cada pierna hacia los lados dejando flexionada la otra (repetir 10 veces con cada pierna).



3.2 En el domicilio

La Insuficiencia cardiaca, al ser una enfermedad evolutiva, puede llegar a ser muy invalidante, cursando en muchos casos con disnea de pequeños esfuerzos o de reposo. Las características frecuentes de estos pacientes (ancianos, frágiles, con comorbilidad, dependientes y con necesidades de recursos sociosanitarios) hacen que se vean favorecidos por la atención domiciliaria. Desde Atención Primaria se debería priorizar este servicio, asegurando una atención domiciliaria integral y longitudinal.

Existen numerosas experiencias de seguimiento en domicilio con buenos resultados, En un metaanálisis [39](#) se concluyó que la involucración del paciente en su autocuidado y el seguimiento cercano por el médico y enfermera junto con el cardiólogo puede ser eficaz en la disminución de la mortalidad y de los reingresos; es pues, imprescindible una buena coordinación que permita la continuidad asistencial.

Corrales [40](#) expuso las diferencias entre los distintos modelos organizativos para mejorar la coordinación y continuidad de cuidados, opinando que “la continuidad asistencial se favorece cuando es el mismo profesional el que efectúa, coordina y decide el plan a realizar”. La creación de unidades específicas dependientes de servicios hospitalarios implica un modelo dirigido a la enfermedad en lugar de a la persona y conduce a la creación de una red paralela y a la fragmentación del sistema de provisión de cuidados en domicilio [41](#).

Para realizar una atención integral del paciente enfocada al autocuidado, máxime cuando se trata de acudir a domicilio, las enfermeras comunitarias tienen un papel indiscutible, pudiendo prestar unos cuidados de alta calidad si se realizan cambios organizativos, se cuenta con recursos adecuados, coordinación con hospital y servicios sociales, y se protocoliza la intervención. El cuidado es el elemento diferenciador de la profesión enfermera, siendo el Modelo de Autocuidado el predominante en AP, por ello son estas profesionales las que están mejor capacitadas para llevar a cabo el concepto Autocuidado [41](#).

De forma general, la intervención en el domicilio irá dirigida a mejorar la calidad de vida; controlar los síntomas: la detección precoz de empeoramiento y su abordaje, tratando de evitar reingresos; educación sanitaria para el autocuidado; soporte emocional para el afrontamiento de la enfermedad y la discapacidad y soporte al entorno familiar y cuidador principal.

La visita por el equipo de atención primaria en la primera semana desde el alta hospitalaria ha demostrado disminución de los ingresos hospitalarios.

Tras el diagnóstico o alta hospitalaria, se realizará una primera visita antes de las 48-72 horas del alta, una segunda visita entre los 7 y 10 días del alta hospitalaria y una tercera la visita a los 30 días del alta hospitalaria, aunque la periodicidad de las visitas irá

en función de las necesidades de cada paciente y su nivel de dependencia.

VISITAS DE SEGUIMIENTO

- Enfermera de familia: Realización de al menos una visita a los 2/4/8 meses
- EGC: al año.
- Médico de familia: 3/6/12 meses

CONTENIDOS DE LA VISITA:

- Valoración integral al paciente y cuidadora principal para detectar: necesidades de cuidados (educativas, físicas y psicosociales Aspectos psicológicos, inmunización), la capacidad para el autocuidado, problemas de colaboración y necesidades en el cuidador principal. Valoración sistemas de apoyo y entorno. (Índice de Barthel, Test de Pfeiffer). A la cuidadora/or: (Cuestionario Duke-unc, Índice de esfuerzo del cuidador)
- Hábitos tóxicos: Alcohol, tabaco. Intervención antitabaco, si procede.
- Identificación de factores de riesgo y estimación del riesgo vascular. Monitorizar la presión arterial si el paciente es hipertenso. Mantener un control de la glucosa si el paciente es diabético. Evitar la obesidad. Comprender la importancia de dejar de fumar y abandonar el hábito. Promover la abstención de alcohol en pacientes con sospecha de miocardiopatía alcohólica.
- Existencia de comorbilidades.
- Estimación de la Clasificación Funcional de la NYHA y su evolución respecto al control previo.
- Educación Sanitaria en la IC: Autocuidado. Monitorizar y reconocer signos y síntomas de alarma (Escala de valoración de Autocuidado Europea).
- Verificar Adherencia al tratamiento.
- Recomendaciones en la fase final de la enfermedad si fuera el caso.
- Derivación a su medico de familia para seguimiento.
- Derivación a trabajadora social si problemática social (o riesgo).
- Se gestionará la intervención temprana con la Enfermera Gestora Casos (EGC) cuando se identifique, alguna de las siguientes circunstancias:

- Perfil de reingresos frecuentes relacionados con la IC.
 - Pacientes frágiles con necesidad de cuidados complejos.
 - Pacientes sin apoyo familiar.
 - Alta complejidad del caso que comprometa la adherencia terapéutica y logro de resultados.
- Información sobre: Teléfono de contacto EGC o coordinadora de cuidados y centro de salud
 - Inclusión del paciente y/o cuidador principal en taller de insuficiencia cardiaca (apoyo con escuela de pacientes)

BIBLIOGRAFÍA

1. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica 2012. *Rev Esp Cardiol.* 2012; 65:938.e1-938.e59.
2. Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart.* 2007; 93:1137-46.
3. Owan TE, Hodge DO, Herges RM, Jacobsen SJ, Roger VL, Redfield MM. Trends in prevalence and outcome of heart failure with preserved ejection fraction. *N Engl J Med.* 2006; 355:251-9.
4. Rodríguez-Artalejo F, Banegas-Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2004; 57:163-70.
5. Sayago-Silva I, García López F, Segovia-Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:649-5
6. Vázquez, García, R. et al. Consejería de Salud y Bienestar Social. Proceso Asistencial Integrado de Insuficiencia Cardiaca. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social ISBN: 84-8486-046-9; 2012
7. Siabani S, Leeder SR, Davidson PM. Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: a meta-synthesis of qualitative studies. 2013;2
8. Granger BB, Sandelowski M, Tahshjain H, Swedberg K, Ekman I. A qualitative descriptive study of the work of adherence to a chronic heart failure regimen: patient and physician perspectives. *J Cardiovasc Nurs.* 2009;24(4):308-15
9. Albert NM, Buchsbaum R, Li J. Randomized study of the effect of video education on heart failure healthcare utilization, symptoms, and self-care behaviors. *Patient Educ Couns.* 2007;69(1-3):129-39
10. Strachan PH, Currie K, Harkness K, Spaling M, Clark AM. Context matters in HF self-care: A qualitative systematic review. *J Card Fail.* 2014
11. Andrikopoulou E, Abbate K, Whellan DJ. Conceptual model for heart failure disease management. *Can J Cardiol.* 2014;30(3):304-11
12. Willette EW, Surrells D, Davis LL, Bush CT. Nurses' knowledge of heart failure self-management. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2007;22(4):190-5
13. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Medscape. Self care in patients with chronic heart failure. *Nat Rev Cardiol.* 2011;8(11):644-54
14. Peña-Gil C, Comín-Colet J. Integración de ámbitos asistenciales. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2007; 7: 21C-9C
15. Programa de IC Hospital del Mar- SAP Litoral. Protocolo de Intervención Multidisciplinaria Basada en Enfermería. Justificación de un Modelo Basado en la Intervención de Enfermería.

16. Bouza D, Pazos A, González FJ, Nóvoa FJ, Pereira J, Vázquez JM, et al. Desarrollo de un programa de asistencia integral a la insuficiencia cardíaca en Atención Primaria con la colaboración de Atención Especializada, gestionada a través de un sistema inteligente de información. Fundación Mapfre 2009
17. Gervás J. Potenciar la atención primaria para mejorar el seguimiento de la insuficiencia cardíaca en los países desarrollados. *Aten Primaria*. 2006; 37 (8): 457
18. Kato N, Kinugawa K, Nakayama E, Tsuji T, Kumagai Y, Imamura T, et al. Insufficient self-care is an independent risk factor for adverse clinical outcomes in Japanese patients with heart failure. *Int Heart J*. 2013;54(6):382-9
19. Abete P, Testa G, Della-Morte D, Gargiulo G, Galizia G, de Santis D, et al. Treatment for chronic heart failure in the elderly: current practice and problems. *Heart Fail Rev*. 2013 Jul;18(4):529-51
20. Barnason S, Zimmerman L, Young L. An integrative review of interventions promoting self-care of patients with heart failure. *J Clin Nurs*. 2012 Feb;21(3-4):448-75.
21. Jovicic A, Chignell M, Wu R, Straus SE. Is Web-only self-care education sufficient for heart failure patients? *AMIA Annu Symp Proc AMIA Symp AMIA Symp*. 2009;2009:296-300.
22. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Medscape. Self care in patients with chronic heart failure. *Nat Rev Cardiol*. 2011 Nov;8(11):644-54
23. Jaarsma T, Arestedt KF, Mårtensson J, Dracup K, Strömberg A. The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. *Eur J Heart Fail*. 2009 Jan;11(1):99-105
24. Jaarsma T, Strömberg A, Ben Gal T, Cameron J, Driscoll A, Duengen H-D, et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient Educ Couns*. 2013 Jul;92(1):114-20
25. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Use of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS) in a heart failure unit in Spain. *Rev Esp Cardiol*. 2006 Feb;59(2):166-70.
26. Domingo M, Mena A, Lupon J. Los principales problemas de salud: Insuficiencia Cardíaca. *AMF*. 2012; 8(1): 4-16
27. Olivella M, Patricia C, Bastidas CV. Fomento del autocuidado en la insuficiencia cardíaca. *Enfermería Global*. 2012; (25): 282-6.
28. Guía para pacientes con Insuficiencia Cardíaca. Editado por: Sección de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante, ITERA, Sección de Cardiología Clínica y Extrahospitalaria.
29. heartfailurematters.org. Medicamentos para la Insuficiencia Cardíaca. <http://www.heartfailurematters.org/es>
30. Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2004

31. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación (Revisión Cochrane traducida). Oxford. Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008
32. Rodríguez García MJ. Adherencia farmacológica. Polimedición. En: SEAPA. Actualización farmacológica en enfermería de Atención Primaria. 1ª ed. Oviedo: SEAPA; 2013. 357-412
33. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Observatorio para la Seguridad del Paciente. BUENAS PRÁCTICAS EN LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN EL INGRESO, ALTA Y TRANSICIÓN INTERSERVICIOS. Buenas prácticas en el uso de medicamentos
34. Sadie H Sánchez, et al. Implementing medication reconciliation from the planner's perspective: a qualitative study. BMC Health Services Research ISSN1472-6963, 2014-7-4
35. Área de Referencia Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Servicio de Cardiología. Manual de diagnóstico y tratamiento de insuficiencia cardíaca crónica. 2011
36. Pérez Otero R. García García M, Del Castillo Arévalo F. Atención de Enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca en Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Abr; 1(2): 9-26
37. Glenn N. Levine, MD et al. Sexual Activity and Cardiovascular Disease. A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2012 Feb;125:00-00
38. Boraita Pérez A, Baño Rodrigo A, Berrazueta Fernández JR, Lamiel Alcaine R, Luengo Fernández E, Manonelles Marqueta P, Pons I de Beristain C. Clinical practice guidelines of the Spanish Society of Cardiology for physical activity in patients with cardiac disease. Rev Esp Cardiol. 2000 May;53(5):684-726
39. Finlay A, Stewart S, Ferrua S, McMurray J. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. J Am Coll Cardiol. 2004; 44: 810-9
40. Corrales D, Alonso A, Rodríguez MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26 (S): 63-8
41. FAECAP. Las enfermeras comunitarias ante las Necesidades de las personas en el siglo XXI. Estrategia ante las personas con problemas crónicos. Estrategia ante la dependencia y la fragilidad. FAECAP. 2012.

ANEXOS

DOCUMENTO DE VALORACION INICIAL DE PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Nombre:

Fecha:

1º ANAMNESIS:

DATOS ANTROPOMÉTRICOS/ CARDIOVASCULARES			
Talla		TENSIÓN ARTERIAL (marcar brazo control)	BD
Peso			BI
IMC		Frecuencia cardíaca	
Perímetro de cintura		Edemas MMII	
		Tolerancia al esfuerzo Clase Funcional NYHA	

DATOS PERSONALES			
	Sí	No	Observaciones
Patología Cardiovacular			
Hipertensión Arterial			
Diabetes Mellitus			
Dislipemias			
Accidente cerebrovascular			
Enfermedad renal			
Enfermedad vascular periférica			
Obesidad			
Tabaquismo			nº cigarrillos:
Consumo alcohol			nº UBE:
Otros hábitos tóxicos			
Vacunación gripe			última fecha:
Vacunación neumococo			última fecha:

Nº de ingresos en el último año:		
Nº de agudizaciones en el último año:		

PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE DESCOMPENSACIÓN

	Sí	No	Observaciones
Aumento de peso brusco (2-3 Kg)			
Aumento de disnea			
Edemas			
Ortopnea			
Cansancio intenso			
Tos irritativa y persistente			
Mareos			

DATOS ESTILO DE VIDA

ALIMENTACIÓN	
ACTIVIDAD FÍSICA	
ACTIVIDADES DE OCIO	
ESTADO PSICOEMOCIONAL	

2º EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES

Aceptación de su estado de salud	Puntuación
Escala Europea de Autocuidado en IC	

En el domicilio, valorar presencia de cuidador y capacidad para hacer frente a su rol

Conocimiento proceso enfermedad	SÍ	NO	Observaciones
¿El paciente sabe lo que es la insuficiencia cardíaca?			
¿Reconoce los síntomas de su enfermedad?			
¿Sabe cuándo debe acudir a los servicios sanitarios?			
¿Reconoce la importancia de mantener una dieta y actividad física saludables?			
¿Conoce los recursos necesarios para abandonar el hábito tabáquico?			
¿Sabe si está correctamente vacunado contra la gripe y el neumococo?			

Conocimiento régimen de tratamiento	SI	NO	Observaciones
¿El paciente conoce cuáles son los medicamentos que está tomando?			
¿Sabe para qué se usan?			
¿Conoce los principales efectos adversos?			
¿Sabe cómo tiene que tomarlos y qué hacer en caso de olvido?			
Adherencia terapéutica ((Test de Haynes, Cuestionario de Morinsky-Green, Encuesta GIPS-3)			

Autocontrol de la enfermedad cardíaca	SI	NO	Observaciones
¿El paciente reconoce los síntomas de una descompensación?			

Autocontrol de la enfermedad cardíaca	SI	NO	Observaciones
¿Si su situación empeora sabe cómo tiene que actuar?			
Ante una descompensación, ¿sabe cuándo acudir a su médico/ enfermera?			

Peso: masa corporal	SI	NO	Observaciones
¿Controla y registra su peso de forma regular?			
¿Conoce la importancia del control de peso en su autocuidado?			
¿Sabe cómo actuar en caso de aumento brusco de su peso?			

Estado nutricional	SI	NO	Observaciones
¿El paciente sabe cuáles son los alimentos más adecuados?			
¿Sabe qué alimentos debe evitar?			
En caso de restricción de líquidos, ¿sabe cómo calcular su ingesta?			
Realizar consejo dietético intensivo en caso de obesidad (IMC > 30)			
Valorar aporte nutricional en situaciones de desnutrición			

Tolerancia a la actividad	SI	NO	Observaciones
¿El paciente sabe cuál es el ejercicio físico más adecuado para él/ella?			
¿Sabe qué actividades debe evitar y las precauciones que debe tener en cuenta en la práctica de ejercicio físico?			
¿Conoce cómo adaptar sus actividades del día a día a su nueva situación de salud?			

Nombre del paciente:

Fecha:

ESCALA EUROPEA DE AUTOCUIDADO EN INSUFICIENCIA CARDIACA

(European Heart Failure self-care Behaviour scale by Jaarsma, et al.)

Responda con sinceridad a las siguientes afirmaciones:

-Haga un círculo en el número 1 si está completamente de acuerdo con la información (es decir, si hace siempre lo que se comenta).

-Haga un círculo en el número 5 si está completamente en desacuerdo con la afirmación (es decir, si no hace nunca lo que se comenta)

-Haga un círculo en los números 2 a 4 para respuestas intermedias.

Aunque no esté seguro por completo de alguna cuestión, marque la respuesta que crea más ajustada a su situación.

		Completamente de acuerdo/ siempre				Completamente en desacuerdo/ nunca
		1	2	3	4	5
1	Me peso cada día					
2	Si siento ahogo (disnea) me paro y descanso					
3	Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con mi médico o enfermera					
4	Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi médico enfermera					
5	Si aumento 2 kgr. en una semana, contacto con mi médico o enfermera					
6	Limito la cantidad de líquidos que bebo (no más de 1 1/2-2 litros)					
7	Reposo un rato durante el día					
8	Si experimento aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi médico o enfermera					
9	Realizo una dieta baja en sal					
10	Tomo toda la medicación como me han indicado					
11	Me vacuno contra la gripe todos los años					
12	Hago ejercicio regularmente					
PUNTUACIÓN TOTAL						

Test de Minnesota de calidad de vida

(se puede entregar al paciente para ser auto-administrado)

Las siguientes preguntas se refieren a la manera en que la Insuficiencia Cardíaca (problema del corazón) ha afectado a su vida en el último mes.

A continuación se describen diferentes maneras en que la Insuficiencia Cardíaca afecta a algunas personas.

Si está seguro de que alguna pregunta no corresponde con su situación o bien no está relacionada con la Insuficiencia Cardíaca marque 0 y pase a la siguiente pregunta.

Si alguna de las siguientes situaciones sí que le ha ocurrido, marque el número que mejor indique en qué medida le ha impedido la Insuficiencia Cardíaca vivir como le hubiera gustado.

(0= nada; 1= muy poco; 5= muchísimo). Nhc=No ha contestado

¿Le ha impedido la Insuficiencia Cardíaca vivir como usted hubiera deseado durante el último mes porque...?

1. ¿Le ha provocado hinchazón de tobillos, piernas...?	0	1	2	3	4	5	Nhc
2. ¿Le ha obligado a sentarse o tumbarse o descansar durante el día?	0	1	2	3	4	5	Nhc
3. ¿Le ha costado caminar o subir escaleras?	0	1	2	3	4	5	Nhc
4. ¿Le ha costado hacer el trabajo de la casa o el jardín?	0	1	2	3	4	5	Nhc
5. ¿Le ha sido difícil ir a sitios alejados de su casa?	0	1	2	3	4	5	Nhc
6. ¿Le ha costado dormir por la noche?	0	1	2	3	4	5	Nhc
7. ¿Le ha costado relacionarse o hacer cosas con su familia o amigos?	0	1	2	3	4	5	Nhc
8. ¿Le ha sido difícil ejercer su profesión?	0	1	2	3	4	5	Nhc
9. ¿Le ha costado realizar sus pasatiempos, deportes, aficiones?	0	1	2	3	4	5	Nhc
10. ¿Le ha dificultado su actividad sexual?	0	1	2	3	4	5	Nhc
11. ¿Le ha obligado a comer menos de las cosas que le gustan?	0	1	2	3	4	5	Nhc
12. ¿Le ha provocado que le falte el aire para respirar?	0	1	2	3	4	5	Nhc
13. ¿Le ha hecho sentirse cansado, fatigado o con poca energía?	0	1	2	3	4	5	Nhc
14. ¿Le ha obligado a permanecer ingresado en el hospital?	0	1	2	3	4	5	Nhc
15. ¿Le ha ocasionado gastos adicionales por su enfermedad?	0	1	2	3	4	5	Nhc
16. ¿Los medicamentos le han ocasionado algún efecto secundario?	0	1	2	3	4	5	Nhc
17. ¿Le ha hecho sentirse una carga para su familia o amigos?	0	1	2	3	4	5	Nhc
18. ¿Le ha hecho sentir que perdía el control sobre su vida?	0	1	2	3	4	5	Nhc
19. ¿Le ha hecho sentirse preocupado?	0	1	2	3	4	5	Nhc
20. ¿Le ha costado concentrarse o acordarse de las cosas?	0	1	2	3	4	5	Nhc
21. ¿Le ha hecho sentirse deprimido?	0	1	2	3	4	5	Nhc

Total:.....

INSTRUMENTO DE VALORACION GIPS-3

Fuente: Morilla-Herrera, JC, Morales-Asencio, JM, C. Fernández-Gallego, M, Berrobianco Cobos, E, Delgado Romero, A. Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. An. Sist. Sanit. Navar. 2011 ;34 (1): 51-61

Cada indicador representa a una o varias características definitorias o factores relacionales, mediante una escala de Likert de 5 puntos, en orden ascendente de cumplimiento. Así, valores bajos (inexistencia del criterio de resultado), confirman la presencia de características definitorias del diagnóstico Gestión Ineficaz de la Propia Salud (GIPS) (en el caso de los indicadores diagnósticos) o de los factores relacionados (en el caso de los indicadores etiológicos) y viceversa.

INDICADORES DIAGNÓSTICOS					
Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos	1	2	3	4	5
Razona los motivos por los que ha de adoptar un régimen terapéutico	1	2	3	4	5
Informa estar utilizando estrategias para eliminar conductas no saludables	1	2	3	4	5

INDICADORES ETIOLÓGICOS					
Dieta	1	2	3	4	5
Proceso de la enfermedad	1	2	3	4	5
Conservación de la energía	1	2	3	4	5
Control de la infección	1	2	3	4	5
Medicación	1	2	3	4	5
Actividad prescrita	1	2	3	4	5
Procedimiento terapéutico	1	2	3	4	5
Régimen terapéutico	1	2	3	4	5
Recursos sanitarios	1	2	3	4	5
Descripción de los recursos que aumentan la salud	1	2	3	4	5
Descripción de las medidas de urgencia	1	2	3	4	5

INDICADORES ETIOLÓGICOS					
Descripción de la necesidad de asistencia continuada	1	2	3	4	5
Descripción del plan de asistencia continuada	1	2	3	4	5
Descripción de los recursos sociales de ayuda disponibles	1	2	3	4	5
Descripción de cómo contactar con los servicios necesarios	1	2	3	4	5
Escoge entre varias alternativas	1	2	3	4	5
Los miembros de la familia se apoyan unos a otros	1	2	3	4	5
Refiere la existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesita	1	2	3	4	5
Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida	1	2	3	4	5
Modifica la pauta orientada por un profesional sanitario	1	2	3	4	5
Control interno percibido de la acción	1	2	3	4	5
Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas	1	2	3	4	5
Creencia de que las propias acciones controlan los resultados sobre la salud	1	2	3	4	5

Test de Haynes-Sackett

También denominado cuestionario de “comunicación del autocumplimiento”.

Se evita interrogar de forma directa sobre la toma de medicación, se intenta crear un ambiente adecuado de conversación, y se le comenta al paciente la dificultad de los pacientes para tomar la medicación mediante la siguiente pregunta:

1. La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?

Si la respuesta es afirmativa, se se solicita al paciente el número medio de comprimidos olvidados en un periodo de tiempo (por ejemplo los últimos siete días o el último mes) y se determina el porcentaje con respecto al número de comprimidos indicado. Se considera buena adherencia en aquel enfermo que declara haber tomado una cantidad de comprimidos $> 80\%$ y $< 110\%$ de los prescritos.

Test de Morisky-Green

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del paciente respecto al cumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/ No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?

INFORMACIÓN PARA PACIENTES:

ASOCIACIONES DE PACIENTES DE ANDALUCÍA:

Éstas son algunas de las asociaciones de pacientes con insuficiencia cardíaca de nuestra comunidad autónoma.

Estas asociaciones están formadas por personas que han pasado por una enfermedad cardíaca. Por lo general, las componen pacientes que prestan atención a sus cuidados y a su estado de salud y que quieren servir de apoyo, asesoramiento y ayuda a otras personas en la misma situación.

Almería

AENCOAL

Dirección: C/ Islas Cíes, 42 – Edif.. Las Fuentes. 04720 Aguadulce-Roquetas de Mar (Almería)

Teléfono: 950 342 521

E-mail: juan_jose_alarcon@hotmail.com

Cádiz

Asociación de Trasplantados, Donantes y Cardíacos (TRASDOCAR)

Dirección: Edificio Los Regidores. C/ Nogal, s/n. 11360 San Roque (Cádiz)

Teléfono: 956 781 148

E-mail: trasdocar@gmail.com

Asociación de Pacientes Cardíacos y Anticoagulados Portuenses (ACAP)

Dirección: Edificio de Bienestar Social. C/ Nevería, 9. 1ª pta. 11500 El Puerto de Santa-maría (Cádiz)

Teléfono: 956 87 21 55 - 618 15 38 80

E-mail: acap-puerto@hotmail.es

Asociación Cardíaca "Trebol de Corazones" de Cádiz

C/ Montañeses de la Isla, 3 portal 1-5º

11100 San Fernando de Cádiz

Teléfono: 627 092 775

E-mail: a.c.trebolcorazonescadiz@live.com

Córdoba

Asociación Cordobesa de Pacientes Anticoagulados (ACPA)

Dirección: C/ Morería, 7 bajo A. 14008 Córdoba

Teléfono: 957 104 358 - 687 44 07 36

E-mail: acpa@anticoaguladoscordoba.es

web: acpacordoba.org

Granada

Asociación de Pacientes Cardíacos de Granada y su Provincia (ASPACGRAP)

Dirección: Avda. Félix Rodríguez de la Fuente, 18 bajo. 18006 Granada

Teléfono: 958 082 868

E-mail: presidente@vivirconcorazom.com

Asociación de Pacientes Anticoagulados de Granada (APAG)
Dirección: C/ Pintor Murillo 3, bajo 18002 Granada
Teléfono: 610630849
E-mail: apag@infobeco.com apag-granada@yahoo.es

Málaga

Asociación de Pacientes Anticoagulados y Coronarios de Málaga (APAM)
Dirección: Arango 13 local 1. 29007 Málaga
Teléfono: 952 61 87 78
E-mail: anticoaguladoscoronariosmalaga@gmail.com
Web: www.apam-malaga.org

Sevilla

Asociación de Pacientes Cardíacos de Sevilla (ASPACASE)
Dirección: C/ Medina y Galnares, 157-159, locales 6 y 7. 41015 Sevilla
Teléfono.: 954 907 028 - 659 113 849
E-mail: aspacase@telefonica.net
Web: www.cardiacosdesevilla.org

Asociación Sevillana de Pacientes Anticoagulados y Portadores de Válvulas Cardíacas (A.S.P.A. Y P.V.C.)

Dirección: Urbanización Ciudad Verde. Fase 1ª. Casa 54. 41020 Sevilla
Teléfono: 954 444 334 649 832 283
E-mail: anticoaguladossevillanos@gmail.com

Asociación Cardíaca Mairena del Alcor

Dirección: Prolongación C/ Pedro Crespo, s/n. 41510 Mairena del Alcor (Sevilla)
E-mail: cardioalcor@yahoo.es

Asociación de Pacientes Coronarios (PACOVAL)

Dirección: Avda. de Utrera , 3, 1ª planta. 41720 Los Palacios (Sevilla)
Teléfono.: 955 81 47 57
E-mail: earizapacoval@hotmail.com

Asociación de Pacientes Coronarios de las Cabezas de San Juan (ASPACOLAS)

Dirección: C/ Calvario Bajo, s/n.- Centro Cívico- 41730 Las Cabezas (Sevilla)
E-mail: jogaag@hotmail.com

Asociación de Pacientes Coronarios de Marchena (ASPACOMAR)

Dirección: C/ Juan XXII, 12. 41620 Marchena (Sevilla)
Teléfono: 955 847 149
E-mail: aspacomarchena@telefonica.net

Asociación de Pacientes Coronarios Nazarena (ASANCOR)

Dirección: Plaza del Rey Pedro (A.V. La amistad). 41704 Dos Hermanas (Sevilla)
Teléfono: 609 124 629
E-mail: asancordoshermanas@yahoo.es

Asociación Lebrijana de Enfermos Cardíacos (ALEC)
Dirección: C/ Zancarón, 39. 41740 Lebrija (Sevilla)
Teléfono: 955 974 510
E-mail: dorante1957@hotmail.com

Asociación Pacientes Cardíacos de Arahal (APCA)

Dirección: C/ Consolación, 5-A . 41600 Arahal (Sevilla)
E-mail: coronariosarahal@yahoo.es

Asociación Cardíaca Visueña
Pabellón Municipal de Deportes Santa Lucía
Avda. Piedra del Gallo, s/n. 41520 El Viso del Alcor (Sevilla)
E-mail: acarviso@gmail.com

Asociación Enfermos del Corazón "El Castillete"
Dirección: Centro Cívico Blas Infante s/n 41350 Villanueva del Río y Minas (Sevilla)
Teléfono: 637 510 180
E-mail: elcastillete@hotmail.com

Asociación Sevillana del Corazón
Dirección: Ramón de la Cruz, 1 3º B. 41005 Sevilla
Teléfono: 954 63 57 90
Email: assecorluna@gmail.com

RECURSOS WEB:

A través de estos enlaces web se puede encontrar más información y recursos útiles sobre la insuficiencia cardíaca, resolver dudas, descargar materiales de apoyo, etc.

- Escuela de Pacientes. Portal de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Se creó como un lugar de encuentro pensado para pacientes, familiares, personas cuidadoras y asociaciones. Un lugar en el que, a través del intercambio de conocimiento y de experiencias se contribuye a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que padecen algún tipo de enfermedad. El aula para pacientes con insuficiencia cardíaca está disponible en el siguiente enlace:

http://www.escueladepacientes.es/ui/aula.aspx?stk=Aulas/Insuficiencia_Cardiaca

-Fundación Española del Corazón

Es una institución privada, sin ánimo de lucro, de carácter nacional y promovida por la Sociedad Española de Cardiología. Su principal objetivo es la prevención de las enfermedades del corazón mediante la educación sanitaria de la población a través de campañas de divulgación sobre la adopción de hábitos de vida saludables.

<http://www.fundaciondelcorazon.com>

- Información para pacientes de la Sociedad Europea de Cardiología

Página web en diferentes idiomas, incluido el español, en la que además de información, consejos y materiales de apoyo se pueden visualizar vídeos cortos explicando las causas y fisiopatología de la insuficiencia cardíaca.

http://www.heartfailurematters.org/es_ES/

-Unidad de Insuficiencia cardíaca del Hospital del Mar

Su unidad de insuficiencia cardíaca es una de las más activas de nuestro país. Dispone de un página web tanto para profesionales como para pacientes en la que se puede consultar y obtener materiales educativos.

http://www.parcdesalutmar.cat/insuficienciacardiaca/es_materialsuportprofesionals.html

-Asociación de pacientes coronarios

Esta asociación fundada en 1990 trabaja con el objetivo principal de orientar y apoyar a los pacientes coronarios y de otras dolencias cardiovasculares, así como a sus familias y entorno, para conseguir su rehabilitación y reinserción en los campos familiar, social y laboral.

<http://www.apacor.org>

-Recetas saludables.

En este enlace de la Consejería de Salud se pueden encontrar recetas saludables, equilibradas y fáciles de cocinar

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_1_vida_sana/alimentacion_equilibrada_actividad_fisica/recetas/recetas

MATERIALES PARA PACIENTES

Ficha de medicamentos



Nombre:.....

FÁRMACO	¿Cuánto tomo?	Desayuno	Almuerzo	Merienda	Cena	¿Para qué sirve?	Instrucciones especiales
Seguril 40mgr.	1 comp.	X				Diurético	Vigilar peso, cantidad de orina....

Tome su medicación tal y como se la ha prescrito su médico. Procure seguir los mismos hábitos a la hora de tomar sus medicamentos, así evitará posibles olvidos. Si olvida alguna dosis y faltan pocas horas hasta la siguiente dosis, nunca la doble.

No deje de tomar la medicación si presenta efectos adversos. Consulte antes con su médico o enfermera.

No tome ningún otro medicamento ni producto de herboristería sin consultarlo antes con su médico o enfermera, ya que pueden empeorar los síntomas de su enfermedad o no ser compatibles con el tratamiento.



asanec
Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria