



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014/2015

TRABAJO FIN DE GRADO

**Plan de cuidados de enfermería al paciente adulto joven, tras un infarto
agudo de miocardio**

Autor: Daniel Montero Bermejo

Tutora: M^a Teresa Fernández Rodrigo

ÍNDICE

I. Resumen/Abstract.....	3-4
II. Introducción.....	5-7
III. Objetivos.....	8
IV. Metodología.....	9-10
V. Desarrollo.....	11-17
VI. Conclusiones.....	18
VII. Bibliografía.....	19-21
VIII. Anexos	
• Anexo I.....	22
• Anexo II.....	23
• Anexo III.....	24
• Anexo IV.....	25

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de morbimortalidad en los países desarrollados. Esto, junto a la disminución de la mortalidad gracias a los nuevos tratamientos, pone de manifiesto la necesidad de la prevención secundaria, en la que destacan los programas de rehabilitación cardíaca. Mediante el control de los factores de riesgo, el aumento de la actividad física y una intervención psicosocial se consigue disminuir la morbilidad. El objetivo principal de este trabajo consiste en elaborar un plan de cuidados dirigido al paciente adulto joven que ha sufrido un infarto agudo de miocardio, en el contexto de una consulta de enfermería de atención primaria.

Para la valoración del paciente se siguió el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, y para la estandarización de los diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones se utilizó la taxonomía NANDA, NOC y NIC, respectivamente. Se seleccionaron los cinco diagnósticos más habituales para este tipo de pacientes, con sus correspondientes resultados y los indicadores para su valoración, intervenciones y actividades.

Se concluye que el personal de enfermería contribuye a disminuir la morbilidad en estos pacientes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el gasto sanitario asociado a su proceso crónico.

Palabras clave: cuidados de enfermería, atención de enfermería, infarto agudo de miocardio, enfermedad cardiovascular, atención primaria, prevención secundaria.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of morbidity and mortality in developed countries. This, together with the decrease in mortality due to new treatments, highlights the need for secondary prevention, on which cardiac rehabilitation programs stand out. By controlling risk factors, increasing physical activity and a psychosocial intervention, a drop in morbidity is reached. The main objective of this work is the development of a care plan aimed at young adult patients who had suffered an acute myocardial infarction, in the context of a primary care nurse's consultation.

In order to assess the patient, the Virginia Henderson's 14 basic needs model was chosen, and for the standardization of nursing diagnoses, outcomes and interventions, NANDA, NOC and NIC, taxonomy was used, respectively. The five most common diagnoses for these patients, with their related outcomes and indicators for assessment, interventions and activities were selected.

It is concluded that the nursing staff helps to reduce morbidity in these patients, improving their quality of life and reducing health care costs associated with their chronic disease.

Keywords: nursing care, nursing attention, acute myocardial infarction, cardiovascular disease, primary care, secondary prevention.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares suponen un importante problema de salud pública al ser la primera causa de morbilidad en los países desarrollados y se espera que también lo sean en los países en vías de desarrollo para el año 2020^{1,2}.

En la última década, la mortalidad tanto intrahospitalaria como a los 6 meses por un primer infarto agudo de miocardio (IAM) ha disminuido gracias al mayor uso de las terapias de reperfusión y de los métodos invasivos, así como a la mejora de los tratamientos farmacológicos³. En España, durante el año 2013, fallecieron 16.536 personas a causa de un IAM, teniendo 286 de ellas entre 15 y 45 años de edad⁴. Sin embargo, existen complicaciones, siendo una de las más peligrosas la aparición de arritmias ventriculares malignas, que pueden llevar a una parada cardiorrespiratoria. Cuando ésta se produce fuera de un centro asistencial, la mortalidad es muy elevada⁵. Dentro del IAM, la forma prematura (que afecta más a hombres) tiene una mortalidad menor que la no prematura, lo que supone la necesidad de una importante prevención secundaria, ya que el paciente tendrá una cardiopatía isquémica crónica, con el gasto que supone⁶. Se calcula que las enfermedades cardiovasculares suponen un gasto en la Unión Europea de 192.000 millones de euros al año⁷.

El principal factor de riesgo de la forma prematura lo constituyen los hábitos tóxicos. También se asocian con esta forma la obesidad y la dislipemia. Otros factores de riesgo (aunque tienen mayor prevalencia en la forma no prematura) son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la enfermedad arterial, la cardiopatía previa, la baja posición socioeconómica (la relación es mucho más evidente cuando se basa en el nivel de estudios que cuando se basa en la ocupación) y determinados factores genéticos (antecedentes familiares y, según algunos estudios, la consanguinidad de los ascendientes)^{6,8,9}. Algunos autores incluyen también en los factores de riesgo la presencia de niveles significativamente altos en sangre de ferritina y plomo¹⁰ y el estrés psicosocial¹¹.

Conocer los factores del riesgo de los pacientes que han sufrido un IAM es fundamental para planificar intervenciones de prevención secundaria¹. En estas intervenciones tienen una gran importancia los programas de rehabilitación cardíaca, que reducen la mortalidad de los pacientes que han sobrevivido a un IAM entre un 20 y un 37%, según los diferentes estudios^{2,11,12}. Según la Organización Mundial de la Salud, la rehabilitación cardíaca es la suma coordinada de las intervenciones requeridas para influir favorablemente sobre la enfermedad cardíaca, asegurando las mejores condiciones físicas, psíquicas y sociales para que los pacientes, por sus propios medios, puedan conservar o reanudar sus actividades en la sociedad de manera óptima. Estos programas constan de educación para la salud para controlar los factores de riesgo, entrenamiento físico y una intervención psicosocial¹³ y se desarrollan en tres fases: la hospitalaria, tras el síndrome agudo; la de convalecencia, durante la que se llevan a cabo las actividades del programa; y la de mantenimiento, en la que el paciente, de por vida, seguirá las indicaciones aprendidas a lo largo del programa⁷. Se organizan en sesiones, pero no se ha alcanzado un consenso sobre cuántas son las necesarias para alcanzar un beneficio óptimo¹⁴. A pesar de ser una medida eficiente¹² y de una probada efectividad, está infrautilizada¹⁴ (en España, muy pocos pacientes subsidiarios de estos programas son incluidos en ellos⁷). El papel de enfermería, que debe ser personal con una formación específica, durante la rehabilitación cardíaca se centra en la toma de constantes, entrevistarse con los pacientes para evaluar su evolución, informarles sobre el tratamiento y cambios en el estilo de vida y elaborar un plan de cuidados individualizado¹⁵.

Las intervenciones psicosociales en esta rehabilitación tienen una gran importancia, ya que la depresión es común en los pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo, que incluye al IAM. No sólo disminuye su calidad de vida y aumenta el gasto sanitario, sino que algunos autores incluyen la depresión como un factor de riesgo cardíaco¹¹. El profesional de enfermería es fundamental en la educación del paciente, especialmente en atención primaria, donde mejorará su adherencia al tratamiento, ya que en la fase aguda de la enfermedad, durante la hospitalización, la retención de información es limitada. El cuidado de enfermería lleva a la disminución de

la morbilidad y del gasto sanitario² y al aumento de la calidad de vida de estos pacientes, al encargarse de todo lo que afecta al paciente de manera holística durante la hospitalización (ambiente confortable, estado emocional, etc.) y con la educación para la salud desde atención primaria, para evitar complicaciones que disminuirían la calidad de vida y fomentar el autocuidado^{16,17}.

OBJETIVOS

GENERAL

- Elaborar un plan de cuidados dirigido al paciente adulto joven que ha sufrido un infarto agudo de miocardio, en el contexto de una consulta de enfermería de atención primaria.

ESPECÍFICOS

- Proporcionar al paciente los conocimientos necesarios para que pueda ser autónomo en sus autocuidados y para que disminuya su ansiedad ante las dudas que puedan surgirle.
- Crear una herramienta para el profesional de enfermería que permita el cuidado estandarizado al paciente de estas características.

METODOLOGÍA

Para la actualización del tema, se ha realizado una revisión bibliográfica tal y como se recoge en la siguiente tabla:

BASE DE DATOS	BÚSQUEDA	CONSULTADOS	SELECCIONADOS
Cuiden plus	Enfermería AND infarto	7	2
	Infarto	10	2
Dialnet	"Infarto agudo de miocardio"	9	5
Pubmed	"Premature acute myocardial infarction"	5	2
ScienceDirect	"Rehabilitación cardiaca"	10	4
	"Rehabilitación cardiovascular"	4	1
	"Heart failure" AND anxiety	7	2
	Infarction AND social	8	2
	Infarction AND job	6	1
	Infarction AND work	4	1

Para la elaboración del plan de cuidados se ha utilizado la taxonomía NANDA, NOC y NIC^{18,19,20}.

La población diana a la que se destina este proceso de atención de enfermería es la formada por los pacientes adultos jóvenes de ambos sexos que han recibido el alta hospitalaria tras sufrir un infarto agudo de miocardio.

El contexto en el que se aplica es la consulta de enfermería en un centro de atención primaria, a la que el paciente acudirá periódicamente para el control de su estado de salud.

Al paciente se le realiza una valoración inicial siguiendo el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Posteriormente, se utilizan las taxonomías: NANDA para los diagnósticos de enfermería que se hacen sobre ese paciente, NOC para los resultados que se espera lograr y NIC para las intervenciones que se realizarán con el paciente.

Las escalas utilizadas a lo largo del proceso de atención son el cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9), la escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) y el cuestionario sobre el apoyo social (F-SozU). El PHQ-9 (anexo I) es una escala que mide la depresión, abarcando síntomas cognitivos, afectivos y somáticos, teniendo una buena sensibilidad y especificidad en pacientes con enfermedades cardíacas^{21,22,23}. El GAD-7 (anexo II) mide la ansiedad con 7 ítems que se puntúan con el mismo sistema que en el PHQ-9 y tiene una buena sensibilidad y especificidad para ser utilizado en pacientes de atención primaria^{21,22}. El cuestionario sobre el apoyo social (anexo III) mide tres aspectos: el apoyo práctico y material, el apoyo emocional y la integración social²⁴.

DESARROLLO

Tras recibir el alta hospitalaria, el paciente acude a la consulta de enfermería de su centro de salud. Tras una valoración inicial, se detectan manifestaciones de dependencia que llevan a la formulación de los siguientes diagnósticos:

Intolerancia a la actividad (00092):

En la valoración, se obtienen manifestaciones de dependencia en la cuarta necesidad, moverse y mantener una postura adecuada: fatiga y/o disnea al realizar actividad física, dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, etc.

Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno m/p disnea de esfuerzo.

Resultados:

- Resistencia.
 - Indicador: realización de la rutina habitual.
- Tolerancia de la actividad.
 - Indicador: frecuencia cardíaca en respuesta a la actividad.

Intervención: manejo de la energía, actividades:

- Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad.
- Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- Evaluar el aumento programado de los niveles de actividades.

Ambos indicadores de los resultados se valoran en una escala del 1, o gravemente comprometido, al 5, o nada comprometido. Para la realización de la rutina habitual, se valora si el paciente es capaz de realizar sus actividades de la vida diaria de manera autónoma o si necesita ayuda. A medida que el paciente va tolerando mejor la actividad física y es autónomo en sus actividades de la vida diaria, se aumenta la intensidad del ejercicio

físico, que debe ser siempre aeróbico, como por ejemplo andar o subir escaleras. Es importante enseñar al paciente a tomar su frecuencia cardiaca para que pueda controlarla y mantenerla dentro del límite recomendable para sus características personales. Esto, además, es de utilidad para valorar el segundo indicador. El enfermero debe explicarle al paciente los síntomas ante los que debería interrumpir la actividad física y cómo actuar en ese caso.

Ansiedad (00146):

En la valoración, se obtienen manifestaciones de dependencia en la novena necesidad, evitar los peligros del entorno: nerviosismo, dificultad para dormir, dificultad para concentrarse, temor, etc.

Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.

Resultados:

- Afrontamiento de problemas.
 - Indicador: verbaliza aceptación de la situación.
 - Indicador: refiere aumento del bienestar psicológico.
- Autocontrol de la ansiedad.
 - Indicador: utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.
 - Indicador: refiere dormir de forma adecuada.

Intervención: disminución de la ansiedad, actividades:

- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

Los trastornos de ansiedad se dan con relativa frecuencia en los pacientes que han superado un infarto agudo de miocardio. Además de poner en un grave riesgo su salud, les genera muchas dudas de todo tipo: sobre el tratamiento, sobre lo que cambiará en su estilo de vida, la vuelta al

trabajo, etc. Uno de los resultados que se esperan consiste, precisamente, en afrontar estos problemas. Se evalúa con dos indicadores que se puntúan de 1, si nunca se demuestra que se cumple, a 5, si siempre se demuestra, siendo estos indicadores la verbalización por parte del paciente de aceptar la situación en la que se encuentra y manifestar un aumento del bienestar psicológico respecto a anteriores consultas. El otro resultado consiste en el control de los síntomas de ansiedad que puedan aparecer, valorando los indicadores de igual manera que los del anterior resultado. Estos indicadores son utilizar las técnicas de relajación que le enseña el enfermero para disminuir su ansiedad y referir dormir de forma adecuada, tanto en número de horas como en calidad del sueño, ya que la ansiedad repercute de forma importante en el empeoramiento del sueño. Para valorar cómo disminuye la ansiedad de un paciente que presentaba síntomas de este tipo o si aparecen en el caso de que el paciente no los tuviese en anteriores consultas, puede emplearse una escala como la escala del trastorno de ansiedad generalizada, que es sencilla de contestar y no requiere mucho tiempo, además de haber sido demostrada su utilidad en atención primaria²².

Afrontamiento ineficaz (00069):

En la valoración, se obtienen manifestaciones de dependencia en la novena necesidad, evitar los peligros del entorno: expresión de incapacidad de afrontamiento, empleo de formas de afrontamiento que impiden la adaptación y la consecución de objetivos, etc.

Afrontamiento ineficaz r/c falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación m/p falta de conducta dirigida al logro de objetivos.

Resultados:

- Modificación psicosocial: cambio de vida.
 - Indicador: establecimiento de objetivos realistas.
 - Indicador: mantenimiento de la autoestima.
- Adaptación: estado de salud.
 - Indicador: se adapta al cambio en el estado de salud.

Intervención: aumentar el afrontamiento, actividades:

- Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva.

Uno de los asuntos que más preocupa a estos pacientes es cuándo podrán retomar su vida social y laboral. Aunque todos deben tener un periodo de baja mínimo, la fecha de la vuelta al puesto de trabajo del paciente se verá marcada por el estado general de éste, ya que estados como la depresión retrasan la reincorporación al trabajo²⁵. Además, algunos estudios sugieren que si el paciente vuelve a su puesto de trabajo sin sentirse seguro, el estrés continuo que le produce esa situación puede producir la reaparición de problemas cardíacos agudos²⁶. Para valorar el afrontamiento de su nuevo estado de salud por parte del paciente se tienen en cuenta tres indicadores:

- Establecimiento de objetivos realistas.
- Mantenimiento de la autoestima.
- Adaptación al cambio en el estado de salud.

Estos tres indicadores se puntúan en una escala de 1, si nunca se demuestra, a 5, si siempre se demuestra. Debido a la relativa frecuencia con la que el mal afrontamiento produce depresión en estos pacientes, resulta de interés valorar si ésta aparece y su evolución con el cuestionario sobre la salud del paciente, cuya utilidad en pacientes con enfermedades cardíacas ha sido demostrada²².

Afrontamiento familiar comprometido (00074):

En la valoración, se obtienen manifestaciones de dependencia en la décima necesidad, comunicarse con los otros: desorganización en la familia, cambios en los roles de la familia, conocimientos insuficientes y/o inadecuados de la persona de apoyo principal, etc.

Afrontamiento familiar comprometido r/c información inadecuada por parte de la persona de referencia m/p la persona de referencia trata de poner en práctica conductas de ayuda con resultados insatisfactorios.

Resultados:

- Normalización de la familia.
 - Indicador: reconocimiento de la vida de la familia como esencialmente normal.
- Salud emocional del cuidador principal.
 - Indicador: satisfacción con la vida.

Intervención: apoyo a la familia, actividades:

- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.

El apoyo, que puede valorarse utilizando el cuestionario sobre el apoyo social, es fundamental para los pacientes que han superado un infarto agudo de miocardio, ya que está demostrado que a menor apoyo social, el paciente tendrá un peor estado de salud y más síntomas de depresión durante el primer año tras el infarto²³. Pueden utilizarse dos indicadores para la valoración del apoyo al paciente:

- El reconocimiento de la vida de la familia como esencialmente normal, puntuándose en una escala de 1, si nunca se demuestra, a 5, si se demuestra siempre.
- La satisfacción de la persona de apoyo principal con su vida, puntuándose en una escala de 1, si está gravemente comprometida, a 5, si no está comprometida.

Si se obtiene una mala puntuación en uno de los indicadores, se puede trabajar con la familia o la persona de apoyo principal, respectivamente, a solas o junto con el paciente.

Conocimientos deficientes: enfermedad cardiaca (00126):

En la valoración, se obtienen manifestaciones de dependencia en la decimocuarta necesidad, aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad: falta de conocimientos sobre su enfermedad y/o sobre el tratamiento y los autocuidados, dificultad para comprender la información que se le proporciona, etc.

Conocimientos deficientes r/c falta de exposición m/p verbalización del problema.

Resultados:

- Conocimiento: control de la enfermedad cardiaca.
 - Indicador: descripción de los síntomas de empeoramiento de la enfermedad.
 - Indicador: descripción de los beneficios del control de la enfermedad.
 - Indicador: descripción de pautas para la actividad sexual después de un suceso cardiovascular.
- Conocimiento: régimen terapéutico.
 - Indicador: descripción de la justificación del régimen terapéutico.

Intervención: enseñanza (individual), actividades:

- Valorar el nivel educativo del paciente.
- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.

Proporcionar conocimientos al paciente sobre su enfermedad y el régimen terapéutico que debe seguir es fundamental para que pueda ser autónomo en sus autocuidados. Los indicadores con los que se evalúa este aspecto se basan en la capacidad del paciente de responder un cuestionario de respuesta múltiple que se calificará, puntuando cada indicador en una escala de 1, si no tiene ningún conocimiento, a 5, si éste es extenso.

Es de gran importancia que entienda todos los aspectos que afectan a su enfermedad:

- Los síntomas de empeoramiento.
- La dieta.
- El tratamiento farmacológico.
- El ejercicio pautado.
- Las pautas para la actividad sexual.
- Etc.

Para facilitar la evaluación de los conocimientos que tiene el paciente y para facilitar la asimilación de nuevos conocimientos, cada vez que el paciente acuda a la consulta se puede tratar un aspecto diferente.

Evolución y seguimiento

Mediante la entrevista, se pueden valorar los diferentes indicadores cada vez que el paciente acude a la consulta, registrándolo, junto con las actividades que se realizan, en el registro de enfermería (anexo IV). Dependiendo del indicador, la escala en la que se puntúa puede ser de 1, si está gravemente comprometido, a 5, si no está comprometido; de 1, si nunca se demuestra, a 5, si siempre se demuestra; o de 1, si el conocimiento demostrado es nulo, a 5, si es extenso.

La programación de las visitas del paciente a la consulta depende del estado de los diferentes indicadores. Seguidamente al alta hospitalaria, se reduce el intervalo de tiempo entre una y otra, siendo semanal, ya que los indicadores estarán comprometidos de una manera importante. A medida que van mejorando se pueden ir espaciando a dos semanas y, cuando solamente estén levemente comprometidos, pueden ser consultas mensuales, coincidiendo con la toma de constantes. Finalmente, cuando se alcance un nivel óptimo, pueden ser más espaciadas, una vez cada tres meses. De igual forma que con la mejoría se van espaciando en el tiempo las reuniones con el paciente, si alguno de los indicadores señala un empeoramiento pasarán a ser más frecuentes, para poder evaluar cada menos tiempo e ir realizando las actividades pertinentes.

CONCLUSIONES

El plan de cuidados enfermero que se concreta en los citados diagnósticos, con sus resultados e intervenciones, forman parte de un proceso de atención de enfermería para un paciente con unas características estándar, pero no hay que olvidar que en la práctica hay que individualizar el plan de cuidados para cada paciente, adaptándolo a sus características y necesidades.

El trabajo del profesional de enfermería de atención primaria es de gran importancia para el cuidado de los pacientes que han superado un infarto agudo de miocardio, ya que, entre sus competencias, tiene la de la educación del paciente abarcando todos los aspectos que necesita conocer. Además, valora la evolución del paciente en colaboración con el seguimiento médico y lleva a cabo las actividades pertinentes, propias o delegadas. Así, contribuye a disminuir la morbilidad y los reingresos hospitalarios, disminuyendo el gasto sanitario que conlleva y aumentando la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fadini EH, Takáo C, Ruiz AM, Batista V, de Lima J, Bottura AL. Asociación de factores de riesgo cardiovasculares con las diferentes presentaciones del síndrome coronario agudo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(4):538-46.
2. Brevis I, Valenzuela S, Sáez K. Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre la modificación de factores de riesgo coronarios. *Ciencia y enfermería*. 2014;20(3):43-57.
3. García-García C, Sanz G, Valle V, Molina L, Sala J, Subirana I et al. Evolución de la mortalidad intrahospitalaria y el pronóstico a seis meses de los pacientes con un primer infarto agudo de miocardio. Cambios en la última década. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63(10):1136-44.
4. Defunciones según la causa de muerte 2013. Instituto Nacional de Estadística. [Consultado 14 de mayo de 2015] Disponible en: <http://www.ine.es/>
5. Echarte-Martínez JC, Sainz B, Pacheco E, Ramos LB, González I, Sainz C et al. Muerte súbita extrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. *CorSalud*. 2010;2(1):69-75.
6. Andrés E, León M, Cordero A, Magallón R, Magán P, Luengo E et al. Factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida asociados a la aparición prematura de infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64(6):527-29.
7. De Pablo C, Maroto JM, Arribas JM. Prevención y rehabilitación de la enfermedad cardiovascular: papel de la asistencia primaria. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2011;11(E):23-9.
8. Ismail J, Jafar TH, Jafary FH, White F, Faruqui AM, Chaturvedi N. Risk factors for non-fatal myocardial infarction in young South Asian adults. *Heart*. 2004;90:259-263.

9. González-Zobl G, Grau M, Muñoz MA, Martí R, Sanz H, Sala J et al. Posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio. Estudio caso-control de base poblacional. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63(9):1045-53.
10. Iqbal MP, Mehboobali N, Tareen AK, Yakub M, Iqbal SP, Iqbal K et al. Association of body iron status with the risk of premature acute myocardial infarction in a Pakistani population. *Plos One*. 2013;8(6):1-6.
11. Uría I, Bergaretxe M, Etxabe G, Echepetelecu M, Iribarren A. Efectos de la rehabilitación cardíaca sobre la depresión en el infarto agudo de miocardio (estudio piloto). *Enferm Cardiol*. 2011;18(53):66-71.
12. Expósito JA, Aguilera A, López AM, Vallejo J, Praena JM, Cano G et al. Mortalidad total y morbilidad cardiovascular a largo plazo en pacientes con cardiopatía isquémica que han completado un programa de rehabilitación cardíaca y prevención secundaria. *Rehabilitación*. 2014;48(4):210-18.
13. Gómez A, Miranda G, Pleguezuelos E, Bravo R, López A, Expósito JA et al. Recomendaciones sobre rehabilitación cardíaca en la cardiopatía isquémica de la Sociedad de Rehabilitación Cardio-Respiratoria (SORECAR). *Rehabilitación*. 2015;49(2):102-24.
14. Cano R, Alguacil IM, Alonso JS, Molero A, Miangolarra JC. Programa de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(1):72-9.
15. Gómez AM, Montiel A, Bravo R, García O, Corrales R, Bravo JC et al. Equipo multidisciplinario en las unidades de rehabilitación cardíaca. ¿Qué papel desempeñamos? *Rehabilitación*. 2006;40(6):290-300.
16. Ponte KMA, da Silva LF, Aragão AEA, Guedes MVC, Zagonel IPS. Cuidado clínico de enfermagem para conforto de mulheres com infarto agudo do miocárdio. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(1):56-64.
17. Ponte KMA, da Silva LF. Implementação do método pesquisa-cuidado com base na teoria do conforto: relato de experiência. *Cienc Cuid Saude*. 2014;13(2):288-93.

18. Herdman TH. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
19. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. Barcelona: Elsevier; 2013.
20. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier; 2013.
21. Lossnitzer N, Herzog W, Schultz JH, Taeger T, Frankenstein L, Wild B. A patient-centered perspective of treating depressive symptoms in chronic heart failure: what do patients prefer? *Patient Educ Couns*. 2015;98(6):783-7.
22. Tully PJ, Selkow T. Personality disorders in heart failure patients requiring psychiatric management: comorbidity detections from a routine depression and anxiety screening protocol. *Psychiatry Res*. 2014;220(3):954-9.
23. Leifheit-Limson EC, Reid KJ, Kasl SV, Lin H, Buchanan DM, Jones PG et al. Changes in social support within the early recovery period and outcomes after acute myocardial infarction. *J Psychosom Res*. 2012;73(1):35-41.
24. Kliem S, Möble T, Rehbein F, Hellmann DF, Zenger M, Brähler E. A brief form of the Perceived Social Support Questionnaire (F-SozU). *J Clin Epidemiol*. 2015;68(5):551-62.
25. De Jonge P, Zuidersma M, Bültmann U. The presence of a depressive episode predicts lower return to work rate after myocardial infarction. *Gen Hosp Psychiat*. 2014;36(4):363-7.
26. László KD, Engström K, Hallqvist J, Ahlbom A, Janszky I. Job insecurity and prognosis after myocardial infarction; the SHEEP study. *Int J Cardiol*. 2013;167(6):2824-30.

ANEXO I

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE PHQ-9

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer cosas.
2. Sentirse decaído, deprimido o sin esperanzas.
3. Dificultad para quedarse o permanecer dormido, o dormir demasiado.
4. Sentirse cansado o con poca energía.
5. No tener apetito o comer demasiado.
6. Sentirse mal con usted mismo, o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo o con su familia.
7. Dificultad para concentrarse en ciertas actividades, como leer el periódico o ver la televisión.
8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado, o lo contrario: estar tan nervioso o inquieto que ha estado moviéndose mucho más de lo normal.
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de autolesionarse de alguna manera.

Posibles respuestas y puntuación:

- Nunca-0
- Varios días-1
- Más de la mitad de los días-2
- Casi a diario-3

Un resultado superior a 10 sugiere depresión.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Academia Americana de Médicos de Familia.

ANEXO II

ESCALA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA GAD-7

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido los siguientes problemas?

1. Sentirse nervioso, ansioso, al límite.
2. No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones.
3. Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas.
4. Dificultad para relajarse.
5. Estar tan intranquilo que le resulta difícil estar quieto.
6. Sentirse molesto o irritable con facilidad.
7. Sentirse asustado, como si algo horrible pudiera pasar.

Posibles respuestas y puntuación:

- Nunca-0
- Varios días-1
- Más de la mitad de los días-2
- Casi a diario-3

Un resultado superior a 7 sugiere un trastorno de ansiedad.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Academia Americana de Médicos de Familia.

ANEXO III

CUESTIONARIO SOBRE EL APOYO SOCIAL F-SozU K-6

1. Recibo mucha comprensión y seguridad de los demás.
2. Hay alguien muy cercano a mí con cuya ayuda siempre puedo contar.
3. Si lo necesito, mis amigos o vecinos pueden prestarme algo sin ningún problema.
4. Conozco a varias personas con las que me gusta hacer cosas.
5. Cuando estoy enfermo, puedo pedir a mis amigos o familiares que se encarguen de las cosas importantes sin dudarlo.
6. Si estoy muy desanimado, sé a quién puedo acudir.

Posibles respuestas y puntuación:

- No se aplica-1
- Se aplica ligeramente-2
- Se aplica moderadamente-3
- Se aplica mayoritariamente-4
- Se aplica totalmente-5

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del artículo: Kliem S, Möble T, Rehbein F, Hellmann DF, Zenger M, Brähler E. A brief form of the Perceived Social Support Questionnaire (F-SozU). J Clin Epidemiol. 2015;68(5):551-62.

ANEXO IV: MODELO DE REGISTRO DE ENFERMERÍA

Diagnóstico	Resultado	Indicador	Puntuación	Intervención	Actividad	
Intolerancia a la actividad	Resistencia	Realización de la rutina habitual	1 2 3 4 5	Manejo de la energía	Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad	
	Tolerancia de la actividad	Frecuencia cardíaca en respuesta a la actividad	1 2 3 4 5		Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente	
					Evaluar el aumento programado de los niveles de actividades	
Ansiedad	Afrontamiento de problemas	Verbaliza aceptación de la situación	1 2 3 4 5	Disminución de la ansiedad	Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos	
		Refiere aumento del bienestar psicológico	1 2 3 4 5			
	Autocontrol de la ansiedad	Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1 2 3 4 5		Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación	
		Refiere dormir de forma adecuada	1 2 3 4 5			
Afrontamiento ineficaz	Modificación psicosocial: cambio de vida	Establecimiento de objetivos realistas	1 2 3 4 5	Aumentar el afrontamiento	Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social	
		Mantenimiento de la autoestima	1 2 3 4 5			
	Adaptación: estado de salud	Se adapta al cambio en el estado de salud	1 2 3 4 5		Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva	
Afrontamiento familiar comprometido	Normalización de la familia	Reconocimiento de la vida de la familia como esencialmente normal	1 2 3 4 5	Apoyo a la familia	Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente	
	Salud emocional del cuidador principal	Satisfacción con la vida	1 2 3 4 5		Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia	
Conocimientos deficientes: enfermedad cardíaca	Conocimiento: control de la enfermedad cardíaca	Descripción de los síntomas de empeoramiento de la enfermedad	1 2 3 4 5	Enseñanza (individual)	Valorar el nivel educativo del paciente	
		Descripción de los beneficios del control de la enfermedad	1 2 3 4 5		Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente	
		Descripción de pautas para la actividad sexual después de un suceso cardiovascular	1 2 3 4 5			
	Conocimiento: régimen terapéutico	Descripción de la justificación del régimen terapéutico	1 2 3 4 5		Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes	

Fuente: elaboración propia.