



Universidad
de La Laguna



PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LAS DISLIPEMIAS EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORA: ANDREA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

Alumna de 4º Curso de Grado en Enfermería.

TUTORA: LAURA MARÍA CARRIÓN GARCÍA.

Profesora titular de la Universidad de La Laguna en el Grado en Enfermería.

TITULACIÓN: GRADO EN ENFERMERÍA

Tenerife

CURSO 2015-2016



Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

RESUMEN

En los países más desarrollados económicamente, las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen las principales causas de mortalidad y, dentro de estas, la cardiopatía isquémica ocupa el primer lugar. En cuestión de etiopatogenia de la enfermedad, las dislipemias se consideran uno de los elementos más significativos y se manifiestan a través de la alteración de los niveles plasmáticos de lípidos.

Debido a que las enfermedades cardiovasculares son en gran medida prevenibles, es especialmente importante centrarse en la prevención primaria y secundaria, incluir a los pacientes en las medidas higiénico-dietéticas y responsabilizarlos de la corrección de sus estilos de vida. Los programas de enfermería para el control de los factores de riesgo producen una mejoría en el pronóstico de los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, por esto, se hace necesario incidir sobre la importancia de la Educación Sanitaria en la enfermería, sobre todo, en el ámbito de la Atención Primaria, por ser el primer contacto de los pacientes con el sistema sanitario.

A través de este estudio cuasi-experimental de carácter longitudinal y prospectivo, formado por la población de pacientes con cardiopatía isquémica adscritos al Centro de Salud de San Benito de La Laguna, que acudan a su consulta de enfermería entre julio y septiembre de 2016, se pretende comprobar el grado de implicación en el control de las dislipemias que tienen los pacientes con dicha patología. Para ello, se analizarán los conocimientos de los pacientes antes y después de una intervención educativa y se recogerá información necesaria perteneciente a las historias clínicas.

- **Palabras clave:** cardiopatía isquémica, dislipemias, medidas higiénico-dietéticas, enfermería, prevención secundaria, educación sanitaria, atención primaria.

ABSTRACT

In countries with high economic development, chronic noncommunicable diseases are the leading causes of mortality, and within this, the ischemic heart disease reaches the first place. Dyslipidemias are considered one of the most significant elements within the pathogenesis of the disease and they are manifested by an alteration of plasma lipid levels.

Because cardiovascular diseases are largely preventable it is especially important to focus on the primary and secondary prevention, the hygienic-dietary recommendations and also to make patients responsible on correcting their lifestyles. Controlling risk factors through nursing programs improves the prognosis of patients with established cardiovascular disease, because of that, it is necessary to fall on the importance of the nurse in Health Education, especially in the area of Primary Care for being the first patient's contact with the health system.

In order to check the involvement level in dyslipidemias' control of patients with ischemic heart disease, we will do a quasi-experimental, longitudinal and prospective study by taking the population of patients with this pathology assigned to the Clinic "San Benito" from La Laguna who come to their nursing consultation between July to September 2016. To do so, we will analyse patients' knowledge before and after an educational intervention and we will use the necessary information pertaining to the medical history of patients.

- **Key words:** ischemic heart disease, dyslipidemias, hygienic-dietary recommendations, nursing, secondary prevention, health education, primary care.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
1.1	Marco teórico	1
1.1.1	Enfermedades cardiovasculares	1
1.1.2	Riesgo cardiovascular global	3
1.1.3	Dislipemias	6
1.2	Prevención	7
2.	JUSTIFICACIÓN	13
3.	OBJETIVOS	17
4.	METODOLOGÍA	18
4.1	Diseño	18
4.2	Población	18
4.3	Variables	18
4.4	Método de recogida de datos	19
4.5	Cronograma	20
4.6	Presupuesto estimado	21
5.	BIBLIOGRAFÍA	22
6.	ANEXOS	28
6.1	Anexo 1. Hoja de registro de datos clínicos	28
6.2	Anexo 2. Cuestionario de Conocimientos sobre Hipercolesterolemia	29
6.3	Anexo 3. Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea	30
6.4	Anexo 4. Cuestionario Internacional de Actividad Física	32
6.5	Anexo 5. Test de Morisky-Green (Test de adherencia al tratamiento)	34
6.6	Anexo 6. Consentimiento Informado	35
6.7	Anexo 7. Carta a la Gerencia de Atención Primaria	36

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Marco teórico

1.1.1 Enfermedades cardiovasculares

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “*las **enfermedades cardiovasculares** son un grupo de desórdenes del corazón y los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen:*

- *La cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco.*
- *La enfermedad cerebrovascular: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro.*
- *La arteriopatía periférica: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores.*
- *La cardiopatía reumática: lesiones del músculo y las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática (causada por estreptococos).*
- *La cardiopatía congénita: malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento.*
- *La trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar: coágulos de sangre (trombos) en las venas de miembros inferiores, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos de corazón y pulmones”¹.*

En cuanto a la **cardiopatía coronaria o isquémica**, enfermedad que abordaremos en este proyecto, y los accidentes cerebrovasculares (ACV), destacar que suelen producirse de manera aguda, ya que se deben principalmente a obstrucciones de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro (generalmente por el depósito de grasa en sus paredes). Estos procesos agudos suelen estar causados por la coexistencia de diferentes factores de riesgo (tabaquismo, obesidad, dietas inadecuadas, sedentarismo, alcoholismo, hipertensión arterial, diabetes e hiperlipidemia)¹.

Estas enfermedades no suelen presentar síntomas, de hecho, normalmente su primera manifestación es un infarto de miocardio o un ACV. Los síntomas de un ataque al corazón son: dolor o molestias en el pecho, brazos, hombro izquierdo, mandíbula o espalda. Además, puede aparecer acompañado de dificultad respiratoria, náuseas, vómitos, desmayos, sudor frío y palidez¹.

En los países con alto nivel de desarrollo económico las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen las principales causas de mortalidad, y dentro de estas, la

cardiopatía isquémica ocupa el primer lugar. En España, es la primera causa de muerte en hombres mayores de 65 años, mientras que en mujeres es la enfermedad cerebrovascular. Las enfermedades cardiovasculares son poco frecuentes en la mujer antes de la menopausia, pero después de ésta, la incidencia y la mortalidad aumentan, hasta llegar casi a igualarse en ambos sexos a medida que avanza la edad. En nuestro país mueren cada año más de 125,000 personas por estas enfermedades².

En este proyecto, como ya hemos dicho, nos centraremos en los pacientes que padecen una cardiopatía isquémica. La manifestación clínica de la cardiopatía isquémica es el síndrome isquémico coronario agudo (SICA), que debe su causa principalmente a la obstrucción de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón. La etiología de dicha causa es la **aterosclerosis**, que comienza con el depósito de pequeñas cantidades de grasa sobre las paredes de las arterias y progresa con la edad y la coexistencia de diferentes factores de riesgo. Esta exposición a estilos de vida inadecuados da lugar al crecimiento de la placa aterosclerótica (ateroma). Las reacciones inflamatorias junto con factores mecánicos (por ejemplo, la hipertensión), pueden llegar a erosionar o romper el ateroma, provocando que las plaquetas de la sangre se agreguen y formen un trombo, el cual puede obstruir total o parcialmente el lumen arterial e impedir la circulación de la sangre. La consecuencia de la oclusión vascular y posterior rotura del trombo, será el déficit de oxigenación de los tejidos y, por lo tanto, la muerte o necrosis de los tejidos irrigados por la arteria ocluida. Además, como consecuencia de un infarto o de una angina crónica, puede desarrollarse una insuficiencia cardíaca²⁻³.

El SICA se puede presentar en forma de angina de pecho, infarto de miocardio y muerte súbita². El tamaño y duración de la oclusión, la existencia de circulación colateral y la presencia de vasospasmo en el momento de la trombólisis determinarán la presentación clínica del SICA. Un trombo extenso y duradero será determinante a la hora de producirse un infarto agudo de miocardio (IAM), un trombo que ocluye parcialmente el lumen arterial corresponderá a una angina inestable, mientras que en una oclusión coronaria transitoria se producirá un IAM sin elevación de ST en el electrocardiograma³.

El síntoma principal del SICA es el **dolor**, causado por el déficit de oxígeno en el miocardio². Algunas diferencias son:

- SICA con elevación de ST (IAM):
 - Características del dolor: opresión, ardor, tumefacción, constricción, de intensidad variable y duración mayor de 30 minutos⁴.
 - Región: retroesternal irradiado a cuello, mandíbula, hombro izquierdo o ambos brazos, codos, muñecas⁴.

- Asociado con frecuencia a disnea, sudoración, náuseas y vómitos, pérdida de conocimiento⁴.
- SICA sin elevación de ST (IAM sin elevación de ST y angina inestable):
 - Características del dolor: peso, presión, quemazón que se precipita tras el ejercicio o el esfuerzo, de menor duración e intensidad que el anterior⁴.
 - El dolor de la angina cede al ceder el esfuerzo y no suele durar más de 10 minutos².
 - Región: retroesternal irradiado a cuello, mandíbula, hombro o brazo izquierdo, espalda⁴.

En cuanto al diagnóstico diferencial, se lleva a cabo a través de diferentes pruebas: registro electrocardiográfico, enzimas cardíacas, radiografía de tórax, cateterismo cardíaco, ecocardiograma y ventriculografía isotópica. En pacientes que tienen un electrocardiograma normal, la prueba de esfuerzo permite detectar la isquemia del músculo cardíaco a través de alteraciones en el electrocardiograma mientras se somete al paciente a ejercicio físico en cinta o bicicleta⁵.

1.1.2 Riesgo cardiovascular global

Las distintas sociedades científicas recomiendan, a fin de prevenir la aterosclerosis y en consecuencia, las enfermedades cardiovasculares, la estimación del **riesgo cardiovascular global**, el cual permite clasificar a los pacientes en diferentes grupos de riesgo para poder priorizar las intervenciones individuales⁶.

- Riesgo cardiovascular: se considera riesgo alto a:
 - Los pacientes “clínicamente definidos”, es decir, que padecen de: alteraciones específicas de lípidos de carácter genético, TA \geq 180/110 mmHg, colesterol total \geq 320 mg/dl, cLDL \geq 240 mg/dl, hipertensión arterial con lesión de órgano diana, Diabetes Mellitus tipo I con microalbuminuria y Diabetes Mellitus tipo II⁷.
 - Aquellas personas que presentan algún factor de riesgo cardiovascular mayor: tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia o diabetes, y un riesgo superior o igual al 20% en los próximos diez años de presentar un episodio cardiovascular⁸.

La presencia de uno o varios factores de riesgo elevados indica un riesgo cardiovascular moderado, siempre y cuando el riesgo coronario no supere el 20% y el riesgo de muerte cardiovascular sea inferior al 5% en los próximos diez años⁸.

En la siguiente tabla, perteneciente a datos de nuestra comunidad, vemos representada la distribución de los pacientes según el riesgo cardiovascular y las características demográficas. Mientras que en la tabla 1.2. podemos observar la distribución de los factores de riesgo en los distintos niveles de riesgo cardiovascular en Canarias.

Nivel de riesgo	Nº pacientes	Sexo %		Edad media
		Hombres	Mujeres	
ECV establecida *	3.812 (26.1%)	58,5	41,5	69,7 (12,1)
RCV ALTO	3.321 (22.8%)	68,8	31,2	66,3 (8,6)
RCV MODERADO	3.683 (25.2%)	36,9	63,1	61,9 (11,6)
RCV BAJO	3.781 (25.9%)	33,6	66,4	43,5 (16,8)

* Pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica, ictus, arteriopatía periférica o insuficiencia cardíaca.

Tabla 1.1. Distribución de los pacientes según el riesgo cardiovascular y características demográficas (Canarias). Sánchez Janáriz, H. Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vascul ar Aterosclerótica de Canarias; 2013.⁷

Nivel de riesgo	HTA	DM	Dislipemia	Tabaco
ECV establecida	73%	39%	52%	11.8%
RCV ALTO	71.8%	61.8%	61.4%	27.9%
RCV MODERADO	58.3%	30.7%	53.5%	14.4%

Tabla 1.2. Distribución de los factores de riesgo en los distintos niveles de riesgo cardiovascular (Canarias). Sánchez Janáriz, H. Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vascul ar Aterosclerótica de Canarias; 2013.⁷

- **Riesgo coronario:** probabilidad de morbilidad y mortalidad por enfermedad coronaria. Se distingue entre riesgo de infarto y riesgo coronario total (angina, IAM y muerte súbita)⁸.
- **Riesgo de muerte cardiovascular:** mortalidad. Incluye tanto la probabilidad cardiovascular como cerebrovascular⁸.

Las tablas más utilizadas para valorar el riesgo cardiovascular global son:

- **Framingham:** calcula el riesgo coronario total a los diez años en población de 30-74 años. Sobreestima el riesgo en la población española al estar calculado en pacientes norteamericanos⁹.
- **REGICOR (Registri Gironi del Cor):** adaptación española validada de las tablas de Framingham⁹.
- **NCEP-ATPIII (Programa Nacional de Educación sobre Colesterol [NCEP], a través del Panel de Expertos sobre Detección, Evaluación y Tratamiento de la**

Hipercolesterolemia en Adultos o Adult Treatment Panel [ATP]): riesgo coronario total a los diez años en población de 20-79 años, tiene en cuenta a los pacientes con diabetes en la estimación del riesgo. También calculado en población norteamericana⁹.

- **SCORE** (Systematic Coronary Risk Evaluation): mide el riesgo de mortalidad por patología cardiovascular en diez años en población europea de 40-65 años. Sin embargo, con esta tabla el riesgo absoluto en personas jóvenes difícilmente alcanza el 5% a pesar de tener muy elevados los factores de riesgo, por ello, se debe estimar el riesgo relativo para hacer patente la necesidad de implantación de modificaciones en los estilos de vida. Este método de estimación de riesgo está recomendado por el *Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud* (PAPPS) y el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC)⁹; podemos observar su funcionamiento en la tabla 1.3.

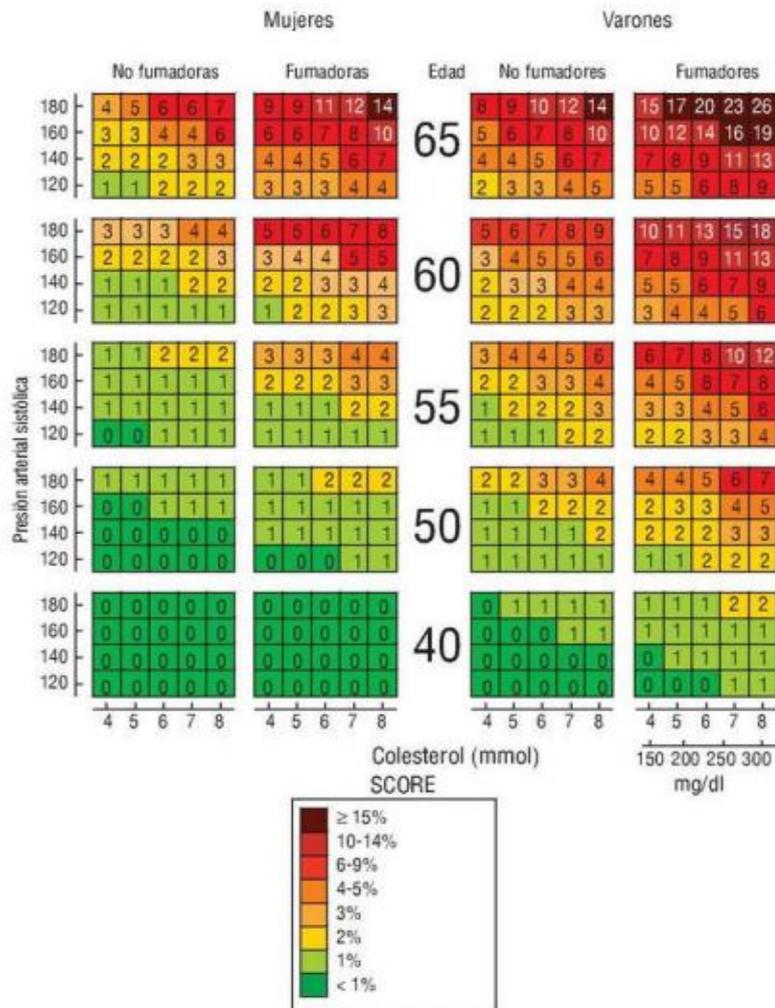


Tabla 1.3. Método SCORE para la valoración de riesgo cardiovascular. Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. Guía de Abordaje del Riesgo Cardiovascular Global; 2011.⁹

1.1.3 Dislipemias

Tras el inicio del estudio Framingham, se evidenció que el colesterol elevado y la presión arterial alta eran factores predisponentes de enfermedad cardiovascular. Actualmente, se define **factor de riesgo** como “*un elemento o una característica mensurable que tiene una relación causal con un aumento de frecuencia de una enfermedad y constituye factor predictivo independiente y significativo del riesgo de contraer una enfermedad*”¹⁰. Hoy en día, se consideran factores de riesgo cardiovascular aterosclerótico: los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, las dislipemias, el tabaquismo, la diabetes, la hipertensión, la obesidad, el sedentarismo y el estrés. Además, son factores específicos de la mujer los ovarios poliquísticos, los anticonceptivos orales y los estrógenos propios².

De los factores de riesgo mencionados, las **dislipemias** se consideran uno de los factores más significativos en cuestión de etiopatogenia de la enfermedad¹¹.

Las dislipemias son diagnosticadas gracias a la determinación analítica de los niveles plasmáticos de lípidos, lo que recibe el nombre de perfil lipídico. Éste está formado por el colesterol total, los triglicéridos, el colesterol unido a proteínas de alta densidad (cHDL) y el cálculo del colesterol unido a proteínas de baja densidad (cLDL) a través de la fórmula de Friedwald⁸:

<p>➤ Colesterol total – [cHDL + (triglicéridos/5) mg/dl]</p> <p>○</p> <p>➤ Colesterol total – [cHDL + (triglicéridos/2,2) mmol/l]</p>

De esta forma, se considera que existen dislipemias cuando se manifiesta en el perfil lipídico la alteración de alguno de los parámetros anteriores. La Sociedad Española de Arterioesclerosis (SEA), considera valores elevados de colesterol cuando los niveles séricos del mismo se encuentran entre 200 y 249 mg/dl (hipercolesterolemia leve) o superiores a 250 mg/dl (hipercolesterolemia moderada)⁸.

El colesterol es necesario para la síntesis de hormonas (especialmente, sexuales), conjuntamente con los triglicéridos forma parte de las membranas celulares y, en la sangre, circula unido a lipoproteínas²:

- Colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad o cHDL: es un factor de protección antiaterogénico, pues niveles altos de cHDL (>60mg/dl) permiten

contrarrestar la presencia de otro factor de riesgo. Sin embargo, cifras menores de 40mg/dl, se consideran de riesgo de padecer enfermedad coronaria¹¹.

- Colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL): es un factor de riesgo. Esta molécula al oxidarse (por la acción de los componentes químicos del tabaco, por ejemplo) se deposita en las paredes de las arterias, generando el ateroma². Se consideran cifras límites entre 100-129mg/dl y elevadas, ≥ 130 mg/dl⁷.

Las dislipemias se dividen en secundarias, si la etiología es tratable (enfermedad de base, fármacos, dieta), y primarias, si no. Destacan la diabetes mellitus, la obesidad, el hipotiroidismo y el consumo excesivo de alcohol, entre otras, como dislipemias secundarias⁸. En cuanto a las dislipemias primarias, contamos con la siguiente clasificación:

- Hipercolesterolemia familiar: se produce por una serie de mutaciones en el gen receptor de cLDL. Existen formas heterocigóticas (el paciente solo tiene la mitad del número normal de receptores cLDL) y homocigóticas (ausencia casi total de receptores cLDL) de la enfermedad¹².
- Hipercolesterolemia familiar poligénica: se produce por un nivel elevado de cLDL, causado por factores genéticos y ambientales^{8, 12}.
- Defecto familiar de Apo - B100: la apolipoproteína B100 es el componente proteico del cLDL que reconocen los receptores de cLDL, cuando existe una disminución de la misma se genera una hipercolesterolemia^{8, 13}.
- Hipertrigliceridemia familiar: triglicéridos elevados, cifras mayores o iguales a 200mg/dl⁷.
- Hiperlipemia familiar combinada: colesterol y triglicéridos elevados. Se encuentra asociada a hipertensión, diabetes, gota y obesidad⁸.
- Disbetalipoproteinemia familiar: colesterol total y triglicéridos elevados. Se encuentra asociada a hipertensión, diabetes, gota, obesidad, hipotiroidismo y alcoholismo⁸.
- Hiperlipoproteinemia A: aumento plasmático de la concentración de determinadas lipoproteínas^{8, 14}.
- Hipoalfalipoproteinemia: ausencia de apolipoproteína A1 constituyente principal del HDL y, por tanto, concentración deficiente de HDL en plasma^{8, 15}.

1.2 Prevención

El Sistema Nacional de Salud (SNS) configura la Atención Primaria como “el nivel asistencial en el que se concentran la mayor parte de actividades de promoción de

la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación y trabajo social”¹⁶.

De la misma manera, la OMS define la educación para la salud como “*cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desea estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individualmente y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando lo necesite*”¹⁷.

En la reunión de alto nivel sobre enfermedades no transmisibles de 2011 liderada por la OMS, se acordó un plan, llamado “Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020”, para establecer una reducción del 25% de la mortalidad por estas enfermedades como objetivo para el 2025, a través de nueve metas mundiales (dos de ellas enfocadas a la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares). Además, se estableció la estrategia “4x4”, que se basa en priorizar las intervenciones sanitarias sobre los cuatro principales factores de riesgo: tabaquismo, abuso de alcohol, sedentarismo y dieta inadecuada, en las principales enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes y enfermedad respiratoria crónica). Por tanto, existe una clara necesidad de abordar la intervención sobre los principales factores de riesgo de forma integral y multifactorial^{1, 18}.

Para la organización y priorización de las intervenciones en las enfermedades cardiovasculares de origen aterosclerótico, se utilizan las siguientes estrategias de prevención:

- Estrategia de salud pública: se basa en disminuir el nivel medio de riesgo poblacional mediante acciones dirigidas al colectivo, con el objetivo de modificar estilos de vida a través de determinantes sociales y económicos (promoción de dietas saludables en comedores escolares, acceso a polideportivos, medidas anti tabáquicas)².
- Estrategia de alto riesgo: se pretende proporcionar cuidados y asesoramiento a pacientes con riesgo elevado, principalmente, a través de los servicios de Atención Primaria².
- Estrategia de prevención secundaria: el objetivo es el de evitar las recidivas y la progresión de la enfermedad a través del tratamiento de la sintomatología y los factores de riesgo². En esta estrategia se incluye la información al paciente sobre su enfermedad, la explicación y justificación del tratamiento y la educación sanitaria encaminada hacia la modificación de los factores de riesgo y la

adherencia a los nuevos hábitos de vida¹⁹. De esta forma, la enfermera ocupa un papel trascendental en los Programas de Educación Sanitaria, prestando los conocimientos necesarios para alcanzar un estilo de vida cardiosaludable²⁰.

A través del Plan Nacional de Salud Español se han llevado a cabo estudios de prevalencia de riesgo poblacional de cardiopatía isquémica atribuido a factores de riesgo modificables, y destacan: las dislipemias (50% en ambos sexos), la hipertensión (35% en ambos sexos), la obesidad (13% hombres y 15% mujeres) y la diabetes (5% hombres y 7% mujeres). Todos ellos, factores de riesgo relacionados con la alimentación¹⁸.

De todos ellos, la hipercolesterolemia es uno de los principales factores modificables a través de la dieta. Únicamente con la sustitución de los ácidos grasos saturados por los mono-insaturados en la alimentación, se consigue una reducción del 30% del riesgo cardiovascular. De la misma manera, el consumo de fruta, verdura y legumbres de manera habitual, disminuye especialmente el riesgo de IAM, ACV y arritmias, debido al aporte de potasio, el cual que reduce la presión arterial¹⁸.

Según el “PREDIMED trial”, un estudio llevado a cabo por la Unión Europea y el Gobierno de España en colaboración con otras entidades, con la finalidad de encontrar una dieta que incorporase beneficios contra las enfermedades crónicas, se demostró que la dieta que mejor se adecuaba a las necesidades y de la cual se ha comprobado su efecto protector cardiovascular, era la Dieta Mediterránea. En este estudio participaron 7447 españoles y se objetivó una reducción significativa (28-30%) en los criterios de angina, infarto de miocardio y muerte cardiovascular²¹. Los componentes principales son:

- Aceite de oliva como fuente principal de grasa⁷.
- Aumento del consumo de cereales, frutas, verduras, frutos secos y legumbres⁷.
- Consumo moderado de pescado (pescado azul al menos dos veces por semana)^{7, 8}.
- Consumo moderado de leche y productos lácteos, a ser posible, desnatados^{7, 8}.
- Disminución del consumo de carne y productos cárnicos (<2 veces/semana)^{7, 8}.
- Huevos: <4/semana⁸.
- Están permitidos el marisco, los moluscos, crustáceos y cefalópodos⁸.
- Evitar embutidos, vísceras, alimentos fritos, rebozados, refinados...⁸
- Consumo moderado pero regular de alcohol, principalmente vino y durante las comidas⁷.
- Acompañar la dieta con ejercicio físico⁷.

Por todo esto, las primeras medidas terapéuticas en el tratamiento de las dislipemias deben ser las higiénico-dietéticas (dieta, ejercicio, deshabituación tabáquica y alcohólica), y si esas no fueran suficientes, sería necesario recurrir a los fármacos hipolipemientes (estatinas)². Aunque el beneficio del tratamiento con estatinas para normalizar niveles de cLDL se encuentra claramente establecido, el Programa Nacional de Educación sobre Colesterol (NCEP-ATPIII), recomienda también el uso de medicamentos que eleven los niveles de HDL (fibratos, ácido nicotínico) en pacientes con cHDL <40 mg/dl. A su vez, se debe potenciar en estos pacientes las medidas higiénico-dietéticas para la modificación de estilos de inadecuados y evitar medicamentos que reduzcan los niveles de cHDL como betabloqueantes, progestágenos, corticoides y anabólicos¹¹.

En España, aproximadamente el 20% de los adultos presentan hipercolesterolemia y de este porcentaje sólo el 12% sigue un control de la misma²². En la Comunidad Valenciana, se realizó un Programa de Cribado del Adulto Sano en el que participaron 102.345 personas mayores de cuarenta años, en él se observa⁸:

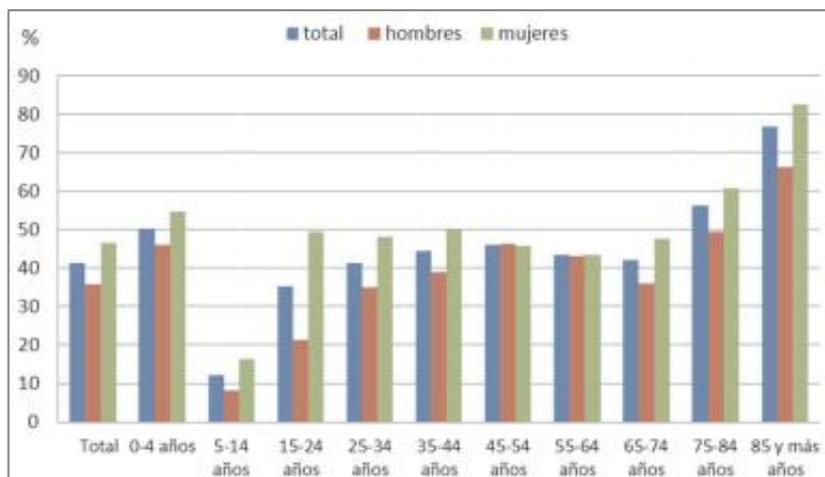
- 14% de dislipemia tratada con fármacos, de los cuáles el 50% no cumple objetivos de control⁸.
- 18% de dislipemia no diagnosticada con el criterio de colesterol >200 mg/dl con factores de riesgo⁸.

De los pacientes incluidos en el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), sólo un 22% de los pacientes de 35-65 años no presenta ninguno de los siguientes factores de riesgo principales: tabaquismo, hipertensión arterial e hipercolesterolemia. Por tanto, el 78% de los pacientes restantes requiere algún tipo de intervención, seguimiento y evaluación de riesgo⁸.

La alimentación inadecuada y el sedentarismo favorecen la presentación de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II, cáncer, y principalmente, contribuyen a la carga mundial de mortalidad, morbilidad y discapacidad¹⁸. La dieta mediterránea y el ejercicio físico han resultado beneficiosos para la reducción de esta carga y han demostrado reducir la morbimortalidad hasta en un 60%⁸.

En materia de sedentarismo, encontramos que, según la OMS, la inactividad física causa aproximadamente un 7,9% de muertes en Europa y se considera el cuarto de los principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial (5,5% de muertes). Los datos de la Encuesta Nacional de Salud (2011-2012) recogen que un 41,2% de la población total es sedentaria, siendo mayor el porcentaje en mujeres (46,6%) que en hombres (35,9%). En la gráfica 1.1, se ven representada una mayor actividad física en

hombres que en mujeres y se confirma que la población es menos activa a medida que aumenta la edad¹⁸.



Gráfica 1.1. Porcentaje de población española que refiere no realizar ejercicio físico y ocupar el tiempo libre de forma casi completamente sedentaria. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS; 2014.¹⁸

De esta forma, se ha garantizado que el ejercicio físico realizado al 60-70% de la frecuencia cardiaca máxima durante media hora unas tres veces a la semana, reporta efectos beneficiosos sobre el sobrepeso, el colesterol y los triglicéridos en sangre. Además, aumenta el consumo de oxígeno, por lo que revierte parcialmente el descenso de la función cardíaca, e incrementa los niveles de cHDL²³.

Como el ejercicio físico y la dieta, otro factor que guarda relación con la aparición de las dislipemias es el alcohol. En España, el alcohol se considera la sustancia psicoactiva más consumida por la población en general. Los hombres de entre 15-34 años encabezan la prevalencia de consumo, sin embargo, el patrón disminuye progresivamente con la edad¹⁸.

Paradójicamente, el riesgo de cardiopatía isquémica en las personas que beben cantidades moderadas de alcohol es menor que el de los abstemios, no obstante, a dosis altas, el potencial efecto beneficioso se pierde y aparecen los efectos tóxicos: el alcohol en exceso puede elevar los triglicéridos, aumentar la presión arterial, producir arritmias, insuficiencia cardíaca e ictus, y contribuye a la obesidad^{11, 18}.

Otro de los factores de riesgo cardiovascular del que se han encontrado evidencias de que acelera la formación de la placa de ateroma al contar con un perfil lipídico más desfavorable (cifras elevadas de cLDL, colesterol total y triglicéridos, y niveles de cHDL bajos) y que contribuye en la oxidación de la misma, es el tabaco^{24, 25}. Según la OMS, “*el consumo de tabaco es la causa principal de muerte evitable y se*

*calcula que cada año mata a más de 5 millones de personas en el mundo”*²⁶. En nuestro país, un 31,5% de los hombres mayores de dieciséis años y un 21,5% de mujeres refieren fumar diariamente. Por otro lado, el 13,2% de las personas que manifiestan ser exfumadoras son mujeres, frente al 28,1% de hombres¹⁶.

En general, se ha confirmado que en la prevención secundaria, los programas de enfermería para el control de los factores de riesgo producen una mejoría en el pronóstico de los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida. En un estudio realizado durante el año 2009 en el Hospital Valle del Nalón, Asturias, se evaluó la distribución de los factores de riesgo cardiovascular en 121 pacientes con enfermedad coronaria y la necesidad de implantación de programas de enfermería para el control de los mismos. Al analizar los datos se objetivó una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (96,7%), de los cuales el factor más elevado fue la dislipemia con un 78,5% de prevalencia frente a un 23,1% de pacientes fumadores y 47,6% con sobrepeso, entre otros. Con este estudio, se ha puesto de manifiesto el requerimiento de un programa de enfermería que aborde la reducción del riesgo cardiovascular global en base a la modificación de los estilos de vida de los pacientes con enfermedad establecida. Además, con el abandono del tabaco y el control de peso a través de una dieta cardiosaludable y un programa de ejercicio físico adaptado, se lograría controlar a su vez el resto de los factores de riesgo cardiovascular²⁷.

A su vez, la Sociedad Europea de Cardiología reveló, a través de los registros EUROASPIRE de 2001, que más de la mitad de los pacientes no alcanza los objetivos de control de presión arterial y niveles de lípidos, aproximadamente el 30% se mantiene obeso, el 20% continúa fumando y el 78% de los diabéticos no lleva un control adecuado de su glucemia²⁸.

2. JUSTIFICACIÓN

En Europa, las enfermedades crónicas constituyen la principal causa de morbimortalidad prevenible, aun así, suponen el 86% del total de muertes y contribuyen en un 77% a la carga de enfermedad. Además, según datos de 2011 del Sistema Nacional de Salud, estas enfermedades suponen más de la mitad de las hospitalizaciones y se calcula que el 80% de las consultas de atención primaria están dedicadas a la atención de las mismas. Por ello, en España, el envejecimiento de la población unido a la prevalencia de factores de riesgo y enfermedades crónicas establecidas, supone un impacto negativo no sólo en el gasto socio-sanitario, el cual asciende a más de 12 mil euros en cuestión de hospitalización (60%), sino también en el mercado laboral, la productividad, la educación y el capital humano de la sociedad¹⁸.

En nuestra comunidad autónoma, la enfermedad vascular aterosclerótica es la mayor causante de mortalidad en la población canaria. Dentro de dicha patología, la cardiopatía isquémica es la manifestación que causa las cifras de muertes más altas, lo que nos sitúa en los primeros puestos de mortalidad del país. A su vez, sucede lo mismo en materia de prevalencia de los principales factores de riesgo: como se observa en la tabla 4, procedente del Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vascular Aterosclerótica de Canarias (PPCECV), la media se encuentra por encima de la del resto de España (excepto en el caso del tabaquismo), además, en general, se manifiesta una mayor prevalencia de los factores en hombres que en mujeres⁷.

		Hombres	Mujeres
Tabaquismo	Canarias	32	21
	España	41,1	24,3
Colesterol (≥ 240 mg/dl)	Canarias	32	31
	España	27,3	23,4
HTA ($\geq 140/90$)	Canarias	43	33
	España	34,8	33
Diabetes	Canarias	12	10
	España	11,7	8,4
Obesidad ($IMC \geq 30$ Kg/m ²)	Canarias	27	29
	España	17,9	23,2

Tabla 1.4. Prevalencia de los principales factores de riesgo en Canarias (expresado en %). Sánchez Janáriz, H. Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vascular Aterosclerótica de Canarias; 2013.⁷

Según los datos recogidos del PPCECV sobre el cumplimiento del programa, que se pueden ver representados en la tabla 1.5, se objetivó una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en los tres grupos de pacientes estudiados y se comprobó que en los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida el

cumplimiento del programa era de un 45,8%, inferior en relación al de los pacientes con riesgo cardiovascular alto (49,7%) y moderado (52,1%)⁷.

		ECV	RCV ALTO	RCV MODERADO
Anamnesis	Hábito tabáquico	51,3	61,3	
	Consumo de alcohol	47,9	53	49
	Alimentación	48,4	59,1	55,6
	Actividad física	51,5	59	57,5
	Síntomas cardiovasculares	38,9	35	40,7*
Exploración	Toma de TA	48,1	55,8	62,6
	Auscultación cardiopulmonar	35,1	31,6	33
	Cálculo del IMC	34,8	40,1	41,1
Analítica y pruebas complementarias	Perfil lipídico	55,4	65,8	69,3
	Glucemia basal	67,6	76,8	78,2
	Creatinina	59,2	64,8	71,2
	ECG	38,5	36,3	no procede
En diabéticos	HbA1c	54,4	65,5	68,4
	Microalbuminuria	31,4	36,4	38
	Examen de los pies	25,4	23,7	24,8
	Pulsos periféricos	23,2	22,7	24,7
	Realización de fondo de ojo	21,1	26,5	29
% de cumplimiento medio		45,8 (48,3*)	49,7 (51,7*)	52,1 (54,9*)

* En personas diabéticas.

Tabla 1.5. Distribución del cumplimiento de las actividades del PPCECV según el nivel de riesgo en Canarias. Sánchez Janáriz, H. Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vascul ar Aterosclerótica de Canarias; 2013.⁷

La insuficiente integración de las recomendaciones para la prevención de la cardiopatía isquémica, la escasa información de la población, y la falta de implicación de los profesionales sanitarios en la prevención de la misma así como de los factores de riesgo cardiovascular, son temas aún a tratar según las recomendaciones de la Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud²⁸.

Debido a esto, el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular por parte de los pacientes afectados de esta patología se convierte en un pilar fundamental para el diseño de estrategias de control y tratamiento de la enfermedad. Destacar, como se ha dicho con anterioridad, que las enfermedades cardiovasculares son en gran medida prevenibles, y el número de muertes prematuras y pérdida de calidad de vida, se podrían reducir notablemente (además de los costes que estas conllevan), por ello, es especialmente importante centrarse en la prevención secundaria, incluir a los pacientes en las medidas higiénico-dietéticas y responsabilizarlos de la corrección de sus estilos de vida.

Para poder llevar a cabo una buena estrategia de prevención, se debe promover la implicación y formación del personal sanitario. A pesar de que la enfermera es la más preparada actualmente para identificar los riesgos, sensibilizar a la población y lograr un

control real por parte de los pacientes al mostrarles los beneficios de un estilo de vida cardiosaludable (pues es muy probable que aquellos que no se ven limitados por la enfermedad no conozcan los riesgos que sus hábitos pueden causar), se hace necesario incidir sobre la importancia de la Educación Sanitaria en la enfermería, sobre todo, en el ámbito de la Atención Primaria, por ser el primer y, en algunos casos, único contacto con el sistema sanitario de la mayor parte de los pacientes.

En la atención primaria, el proceso enfermero se realiza a través de la taxonomía NANDA-NIC-NOC, la cual clasifica los resultados e indicadores que son susceptibles de ser alcanzados por el paciente mediante intervenciones enfermeras. Existen diversos diagnósticos enfermeros que se pueden y deben utilizar en el ámbito de la Educación Sanitaria, por ejemplo^{29, 30, 31, 32, 33}.

Diagnóstico NANDA: Conocimientos deficientes (00126)	
Resultado NOC	Intervenciones NIC
Conocimiento: control de la enfermedad cardiaca (1830)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enseñanza: proceso de enfermedad (5602) <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con la enfermedad cardiaca. - Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad y de sus signos y síntomas. - Describir el fundamento de las recomendaciones de control. ✓ Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612) <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente y sus conocimientos sobre el ejercicio prescrito. - Informar al paciente del propósito del ejercicio prescrito. - Enseñar al paciente a llevar un diario de ejercicio y a incorporarlo en su estilo de vida. ✓ Enseñanza: dieta prescrita (5614) <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel de conocimiento sobre la dieta prescrita. - Explicar el propósito de la dieta e instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. ✓ Enseñanza: medicamentos prescritos (5616) <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. - Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos del medicamento. - Informar al paciente de las consecuencias de no tomar o suspender la medicación.
Diagnóstico NANDA: Gestión ineficaz de la propia salud (00078)	
Resultado NOC	Intervenciones NIC
Autocontrol de la enfermedad cardiaca (1617)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayuda para dejar de fumar (4490) <ul style="list-style-type: none"> - Registrar el estado actual y el historial del hábito tabáquico del paciente. - Aconsejarle de forma clara y consistente dejar de fumar. - Ayudarle a identificar las razones para el abandono

	<p>del hábito y las barreras que percibe.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al paciente los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina y asegurar la temporalidad de los mismos. - Ayudar a elegir el mejor método para dejar de fumar cuando el paciente esté preparado. <p>✓ Fomento del ejercicio (0200)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar las ideas del paciente sobre el efecto del ejercicio físico en la salud y determinar la motivación del individuo para empezar o continuar con el programa de ejercicios. - Desarrollar un programa de ejercicios adecuado al paciente y ayudar al individuo a integrarlo en su rutina semanal. - Controlar el cumplimiento del programa de ejercicios. <p>✓ Manejo de la medicación (2380)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o protocolo. - Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación y si se producen efectos adversos derivados de la misma. - Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación y controlar el cumplimiento del régimen terapéutico. <p>✓ Manejo del peso (1260)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el peso corporal ideal del individuo. - Tratar con el individuo la relación entre la ingesta de alimentos, el ejercicio y la ganancia o pérdida de peso. - Desarrollar con el individuo un método para llevar un registro diario de ingesta, sesiones de ejercicio y/o cambios en el peso corporal.
Diagnóstico NANDA: Incumplimiento (00079)	
Resultados NOC	Intervenciones NIC
<p>Conducta de cumplimiento (1601)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acuerdo con el paciente (4420) <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar y las mejores formas de conseguir los objetivos. - Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso de acuerdo. ✓ Facilitar la autorresponsabilidad (4480) <ul style="list-style-type: none"> - Considerar responsable al paciente de sus propias conductas. - Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad. - Discutir las consecuencias de no asumir las propias responsabilidades. - Fomentar la independencia pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción adecuada.

3. OBJETIVOS

- Objetivo general:
 - Comprobar el grado de implicación en el control de las dislipemias que tienen los pacientes con cardiopatía isquémica.
- Objetivos específicos:
 - Averiguar el nivel de información que tienen los pacientes sobre los factores de riesgo cardiovascular.
 - Identificar las acciones que llevan a cabo los pacientes para el control y prevención de sus factores de riesgo.
 - Realizar una intervención educativa con la que poder comprobar la efectividad que tienen los conocimientos adquiridos en la implicación de los pacientes en el control de su enfermedad.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño

La investigación que se llevará a cabo será de tipo cuantitativo con un diseño cuasi-experimental de estudio “no controlado o antes-después”, de carácter longitudinal y prospectivo. El estudio tendrá lugar en el tiempo comprendido entre Julio de 2016 y Julio de 2017.

4.2 Población

El presente estudio recogerá una población compuesta por pacientes que padecen cardiopatía isquémica del Centro de Salud de San Benito del municipio de San Cristóbal de La Laguna, que acudan a la consulta de enfermería de Atención Primaria entre julio y septiembre de 2016, incluyendo a hombres y mujeres de entre 40 y 75 años.

➤ Criterios de exclusión

Se excluirán del estudio todas aquellas personas que no entren en el rango de edad o resto de criterios de inclusión antes mencionados, aquellos individuos que expresen desacuerdo en formar parte de la investigación y pacientes con limitaciones senso-perceptivas y/o de movilidad.

4.3 Variables

- Independientes:
 - Patología cardiovascular del paciente.
 - Sexo.
 - Edad.
 - Peso, talla e IMC.
 - Perfil lipídico.
 - Hábitos tóxicos.
- Dependientes:
 - Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular.
 - Medidas higiénico-dietéticas llevadas a cabo.
 - Valoración de los conocimientos aprendidos tras la intervención educativa.

4.4 Método de recogida de datos

La recogida de datos se llevará a cabo mediante la recolección de la información necesaria de la historia clínica del paciente (*Anexo 1*) y a través de una serie de cuestionarios, como son:

- Cuestionario de conocimientos sobre hipercolesterolemia: compuesto por 16 preguntas cerradas con tres opciones de respuesta, entre las que se incluyen conocimientos generales sobre el colesterol, hábitos de vida, dieta, farmacoterapia y complicaciones derivadas del colesterol (*Anexo 2*).
- Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea: permite valorar la dieta seguida por el paciente, consta de 14 preguntas dicotómicas (*Anexo 3*).
- Cuestionario Internacional de Actividad Física: consta de 7 preguntas abiertas, pretende valorar el nivel de actividad de los pacientes (*Anexo 4*). Se mide a través del MET, unidad de medida del índice metabólico.
- Test de Morisky-Green: valora el cumplimiento de la medicación, está formado por cuatro preguntas cerradas dicotómicas (*Anexo 5*).

La selección de la población y el reparto de las encuestas durará cuatro meses y se llevará a cabo en las consultas de enfermería de los pacientes que cumplan los requisitos mencionados con anterioridad y que acudan a la revisión con su enfermera en el periodo de tiempo establecido. La investigadora principal del estudio será la encargada de explicar a los pacientes el objetivo que se persigue con la investigación y el método de cumplimentación de los cuestionarios.

La segunda parte del proyecto, comenzará con la impartición de una intervención educativa, la cual tendrá lugar en un aula habilitada para ello en el Centro de Salud de San Benito. Se impartirán dos sesiones semanales de una hora y media (una por la mañana y otra por la tarde) durante dos meses para conseguir el mayor porcentaje de asistencia posible. Según la cantidad de personas participantes en el estudio, se dividirá a los pacientes en grupos que no superen las diez personas.

En la intervención educativa se dedicará una hora a los contenidos teóricos y media hora para realizar las actividades y talleres prácticos; los temas a tratar serán:

- ✓ Hábitos dietéticos cardiosaludables: dieta mediterránea y recomendaciones dietéticas para la prevención de aterosclerosis.
- ✓ Deshabitación tabáquica: recomendaciones y motivación.

- ✓ Recomendaciones para la realización regular de actividad física de intensidad moderada.

Tres meses después, se repetirán los cuestionarios iniciales para poder realizar una valoración de los conocimientos aprendidos y si existe o no, modificación de estilos de vida, comparando los resultados de las primeras encuestas con los de las posteriores a la intervención.

➤ **Consideraciones éticas**

Según la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, *“la finalidad de la investigación biomédica que implica a personas debe ser la de mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y patogénesis de la enfermedad”* ³⁴. En este estudio, la recogida de información de la historia clínica de los pacientes se llevará a cabo a través de la autorización de los individuos mediante la firma del consentimiento informado (*Anexo 6*), teniendo con él, derecho a la protección de datos y a la confidencialidad de los mismos a través de la Ley de Protección de Datos que *“tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar”* ³⁵. Además, se solicitará permiso para el acceso a sus datos y la utilización de los mismos a la Gerencia de Atención Primaria de Servicio Canario de Salud (*Anexo 7*).

➤ **Métodos estadísticos**

Se utilizará el paquete estadístico “SPSS” para el análisis de datos y el programa estadístico “R”, con el que se elaborarán los gráficos necesarios.

El análisis de los datos será llevado a cabo por un estadístico contratado durante el mes de Octubre de 2016 y el mes de Junio de 2017.

4.5 Cronograma

El tiempo estimado para la realización del estudio será el comprendido entre Julio de 2016 a Julio de 2017, para una mejor organización del mismo, se llevará a cabo un cronograma donde se repartirán las actividades a realizar en este periodo de tiempo.

<u>Cronograma estimado</u>																
	Tareas	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Abril	Mayo	Junio	Julio
<i>Establecimiento del problema</i>	X															
<i>Búsqueda bibliográfica</i>	X	X														
<i>Diseño del proyecto</i>		X	X	X												
<i>Solicitud de permisos</i>					X											
<i>Selección de población, entrevista</i>						X	X	X								
<i>Análisis de datos</i>									X							
<i>Intervención Educativa</i>										X	X					
<i>Reparto de cuestionarios finales</i>												X	X			
<i>Análisis de datos y redacción del informe preliminar</i>														X		
<i>Redacción del Informe definitivo, presentación y difusión de resultados</i>																X

4.6 Presupuesto estimado

En esta tabla se ha realizado un análisis estimado del presupuesto que se necesitará para poder llevar a cabo esta investigación.

Recursos		Cantidad	Coste
Humanos	Estadístico	1	300€
	Material de trabajo (folios, bolígrafos...)	X	30€
Materiales	Ordenador	1	400€
	Impresora	1	100€
	Tinta de impresora	2	25€
Total			855€

5. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Organización Mundial de la Salud [sede web]. Enero de 2015 [acceso el 29 de marzo de 2016]. Enfermedades cardiovasculares. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- 2) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede web]. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut. Publicado el 23 de Febrero de 2006 [acceso el 15 de febrero de 2016]. Enfermedades cardiovasculares (22 páginas). Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf
- 3) Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología. Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación persistente del segmento ST. Revista Española de Cardiología [revista en Internet], septiembre de 2010 (versión corregida) [acceso el 17 de febrero de 2016]; Volumen 62, número 3 (47 páginas). Disponible en: http://www.uab.cat/Document/556/178/SCAEST_GPC1.pdf
- 4) Munarriz A, Almansa I, Martínez Basterra J, Uribe-Echeberria E, Basurte MT, Repáraz J. Libro electrónico de temas de urgencia [monografía en internet]. Navarra: Servicio Navarro de Salud. Enero de 2008 [acceso 29 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20Temas%20de%20Urgencia/3.CARDIOVASCULARES/Sindrome%20coronario%20agudo.pdf>
- 5) Mapfre [sede web]. Madrid. Publicado por Ormachea Alegre E; [acceso el 29 de marzo de 2016]. Síndromes coronarios agudos. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/sindromes-coronarios-agudos.shtml>
- 6) Álvarez Cosmea, A. Las tablas de riesgo cardiovascular: una revisión crítica. Medifam (Revista de Medicina Familiar y Comunitaria) [revista en Internet]; 2001 [acceso el 27 de febrero de 2016]; Volumen 11 nº3. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682001000300002&script=sci_arttext&tlng=pt
- 7) Sánchez Janáriz, H. Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vascul ar Aterosclerótica de Canarias. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias; mayo de 2013.
- 8) Orozco Beltrán D, Boix I, Sanchís G. Guía práctica de actuación ante las dislipemias. Revista Clínica Electrónica de Atención Primaria [revista en Internet] enero de 2005 [acceso el 15 de febrero de 2016]. Volumen 6 (7 páginas). Disponible en: http://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2005m1n6/rceap_a2005m1n6a9.pdf

- 9) Biblioteca Digital Cecova [base de datos en Internet]. Madrid: Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud; 2011 [acceso el 27 de febrero de 2016]. Guía de Abordaje del Riesgo Cardiovascular Global (75 páginas). Disponible en: <http://www.bibliotecadigitalcecova.com/revistas/descargar/revista/guia-abordaje-riesgo-cardiovascular-global-196>
- 10) C. O'Donnell J, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Revista Española de Cardiología [revista en Internet]; marzo de 2008 [acceso el 29 de marzo de 2016]. Volumen 61 nº3. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/factores-riesgo-cardiovascular-perspectivas-derivadas/articulo/13116658/>
- 11) Laris MR, Arteaga A, Cuevas A, Rigotti A. El colesterol HDL: ¿un nuevo objetivo terapéutico en el manejo de las dislipidemias y la aterosclerosis? Revista médica de Chile [revista en Internet]; julio 2005 [acceso el 15 de febrero de 2016]; Volumen 133 nº7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000700011&script=sci_arttext
- 12) DMedicina [sede web]. Barcelona, España; Unidad Editorial Revistas S.L. Enero de 2016 [acceso el 30 de marzo de 2016]. Enfermedades vasculares y del corazón: hipercolesterolemia. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipercolesterolemia.html>
- 13) Real JT, Ascaso JF, Armengo ME, Carmena R, Chaves JF. Estudio del defecto familiar de la apo B-100 en sujetos con el diagnóstico clínico de hipercolesterolemia primaria: identificación de la primera familia afectada en España. Medicina Clínica [revista en Internet]; junio 1999 [acceso el 30 de marzo de 2016]; Volumen 133 nº1. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-estudio-del-defecto-familiar-apo-2889>
- 14) Clínica Universidad de Navarra [sede web]. Pamplona, Navarra [acceso el 30 de marzo de 2016]. Diccionario médico: hiperlipoproteinemia. Disponible en: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/hiperlipoproteinemia>
- 15) Orphanet [sede web]. París, Francia: INSERM (Institut National de la santé et de la recherche médicale), diciembre de 2013 [acceso el 30 de marzo de 2016]. Deficiencia de apolipoproteína A-1. Disponible en: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=ES&data_id=2927&MISSING%20CONTENT=Hipoalfalipoproteinemia-familiar&search=Disease_Search_Simple&title=Hipoalfalipoproteinemia-familiar
- 16) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede web]. Gobierno de España; 2010 [acceso el 27 de febrero de 2016]. Sistema Nacional de Salud (40

- páginas). Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>
- 17) Del Río Moro O, Maldonado Vázquez A, Carmena Utrilla O, Davós Jiménez R, Garoz Martín B, Gutiérrez Noguera A. et al. Educación sanitaria a pacientes con cardiopatía isquémica. Enfermería en cardiología, revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología [revista en Internet]; 2005 [acceso el 21 de febrero de 2016]; Volumen 35 nº3 (4 páginas). Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/161824>
- 18) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede web]. Gobierno de España; 2014 [acceso el 21 de febrero de 2016]. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS (199 páginas). Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
- 19) Cazorla Roca M, Galán Fernández S, Corcoy Rigola R, Carrau Vidal E, Gusi Tragant G, Martínez Rubio A. Rehabilitación cardíaca ¿cómo mantener los cambios en el estilo de vida de nuestros pacientes? Enfermería en cardiología, revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología [revista en Internet]; 2004 [acceso el 21 de febrero de 2016]; Volumen 33 nº9 (4 páginas). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/161817>
- 20) Fernández Oliver AL, Mgueraman Julali R, Cruzado Álvarez C. ¡Cuídate corazón!: campaña de prevención de factores de riesgo cardiovascular y educación para la salud. Enfermería en cardiología, revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología [revista en Internet]; 2005 [acceso el 21 de febrero de 2016]; Volumen 36 nº5 (5 páginas). Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/161827>
- 21) Predimed (Prevención con Dieta Mediterránea) [sede web]. Gobierno de España, Unión Europea, CIBEROBN (Centro de Investigación Biomédica en Red, Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición), Instituto de Salud Carlos III, Comisión Europea; 2013 [acceso el 25 de marzo de 2016]. Disponible en:
<http://www.predimed.es/introduction.html>
- 22) Royo Bordonada MA, Lobos Bejarano JM, Millán Núñez-Cortés J, Villar Álvarez F, Brotons Cuixart C, Camafort Babkowski M. et al. Dislipidemias: un reto pendiente en prevención cardiovascular. Documento de consenso CEIPC/SEA. Medicina Clínica [revista en Internet]; Junio 2011 [acceso el 17 de febrero de 2016]; Volumen 137 nº1. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-dislipidemias-un-reto-pendiente-prevencion-90020744>

- 23) Agramontes Pereira S, Gutiérrez Aguilera O, Cordovés Sagás R, González Polledo U. Influencia del ejercicio físico sobre algunos factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas [revista en Internet]; 1998 [acceso el 21 de febrero de 2016]; Volumen 17 nº3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03001998000300006&script=sci_arttext&tlng=en
- 24) García-Norro Herreros FJ, López Rodríguez I, Martín Manzano JL, Moldes Calvo C. Guía de Buena Práctica Clínica en Dislipemias [monografía en Internet]. Segunda Edición, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009 [acceso el 30 de marzo de 2016], (103 páginas). Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_dislipemias_2_edicion.pdf
- 25) Dalmau González-Gallarza R, Castro Conde A, Araujo Avendaño A, Iniesta Manjavacas AM, Rosillo SO, Muñoz Torres F. et al. Asociación entre tabaquismo y dislipemia en pacientes con síndrome coronario agudo. Revista Española de Cardiología [revista en Internet]; 18 de octubre de 2012 [acceso el 30 de marzo de 2016]. Comunicaciones mini-orales 4006-2. Disponible en <http://www.revespcardiolog.org/s/congresos/sec-2012-el/1/sesion/aterosclerosis-coronaria-sindrome-coronario-agudo/7/asociacion-entre-tabaquismo-dislipemia-pacientes/46/>
- 26) Organización Mundial de la Salud [sede web]. Ginebra, Suiza; 2009 [acceso el 30 de marzo de 2016]. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009 – Crear ambientes libres de humo. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/es/>
- 27) Rojo Rozada S, Prada Rocés MT, González Díaz MB, Colunga Olay J, Orviz Fernández CM, García Rodríguez J. et al. Evaluación de los factores de riesgo cardiovascular en una población de alto riesgo con enfermedad cardiovascular establecida en un área sanitaria con alta prevalencia de cardiopatía isquémica. Enfermería en cardiología, revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología [revista en Internet]; 2011 [acceso el 15 de febrero de 2016]; Volumen 53 nº4 (6 páginas). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/324655>
- 28) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede web]. Gobierno de España; 2011 [acceso el 29 de marzo de 2016]. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud (104 páginas). Disponible en: http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cardiopatia_isquemica/Estrategia_Cardiopatia_Isquemica.pdf

- 29) Gobierno de Canarias [sede web]. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias; mayo de 2013 [acceso el 2 de abril de 2016]. Abordaje de la dislipemia (31 páginas). Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/b35cf913-cf08-11e4-b8de-159dab37263e/09_Abordaje_Dislipemia.pdf
- 30) Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación [monografía en Internet] Edición: Quinta edición, Elsevier España. 2012-2014 [acceso el 2 de abril de 2016] (567 páginas) Disponible en: <http://www.elsevierelibrary.es.accedys2.bbtk.ull.es/product/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacin-20122014>
- 31) Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos [monografía en Internet]. Edición: Tercera edición, Elsevier España. 2012 [acceso el 2 de abril de 2016] (434 páginas) Disponible en: <http://www.elsevierelibrary.es.accedys2.bbtk.ull.es/product/vnculos-de-noc-y-nic-nandai-diagnosticos-mdicos37971>
- 32) Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [monografía en Internet] Edición: Quinta edición, Elsevier España. 2008 [acceso el 2 de abril de 2016] (977 páginas) Disponible en: <http://www.elsevierelibrary.es.accedys2.bbtk.ull.es/product/clasificacin-de-intervenciones-enfermera-nic>
- 33) Moorhead S, Johnson M, Mass ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [monografía en Internet] Edición: Cuarta edición, Elsevier España. 2009 [acceso el 2 de abril de 2016] (910 páginas) Disponible en: <http://www.elsevierelibrary.es.accedys2.bbtk.ull.es/product/clasificacin-de-resultados-enfermera-noc>
- 34) CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) [sede web]. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada en 1964 y revisada en 1975, 1983 y 1989 [acceso el 22 de abril de 2016] (4 páginas). Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
- 35) BOE [sede web]. Madrid, España; 14 de diciembre de 1999 [acceso el 22 de abril de 2016]. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (12 páginas). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- 36) Andrés Iglesias JC, Andrés Rodríguez NF, Fornos Pérez JA. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre hipercolesterolemia en la farmacia comunitaria. Pharmacy Practice [revista en Internet]; 2005 [acceso el 13 de mayo de 2016]. Volumen 3, número 4 (9 páginas). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69030402>

- 37) Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) [sede web]. Madrid, España: Grupo Pacífico; [acceso el 10 de mayo de 2016]. Dieta Mediterránea. Disponible en: <http://www.seedo.es/index.php/pacientes/dieta-mediterranea>
- 38) Junta de Andalucía [sede web]. Andalucía, España: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía; [acceso 10 de mayo de 2016]. Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), (2 páginas). Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/promocion_salud_lugar_trabajo/cuestionario_actividad_fisica_ipaq.pdf
- 39) Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención Primaria [revista en Internet]; Agosto 2008 [acceso el 10 de mayo de 2016]. Volumen 40, número 8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407>

6. ANEXOS

6.1 Anexo 1. Hoja de registro de datos clínicos

“Prevención secundaria de las dislipemias en pacientes con cardiopatía isquémica en atención primaria”

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	
Edad	
Sexo	
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	
Peso	
Talla	
Índice de Masa Corporal (IMC)	
VARIABLES CLÍNICAS	
Patología cardiovascular	
Debut de la patología	
<u>Hábitos tóxicos</u>	
Fumador	
Bebedor	
Otras drogas	
<u>Perfil lipídico</u>	
Colesterol total	
Triglicéridos	
cHDL	
cLDL	

6.2 Anexo 2. Cuestionario de Conocimientos sobre Hipercolesterolemia³⁶

Conocimientos generales				
1. ¿Tener el colesterol alto siempre tiene síntomas?	SI	NO	NS	
2. ¿Cuál cree que es el máximo de colesterol en sangre que sería deseable tener (en mg/dl)?	200	220	240	NS
3. ¿Cree que es posible disminuir los niveles altos de colesterol?	SI	NO	NS	
Hábitos de vida				
4. ¿Fumar tiene un efecto perjudicial sobre el colesterol?	SI	NO	NS	
5. ¿Hacer ejercicio regularmente tiene efecto perjudicial sobre el colesterol?	SI	NO	NS	
6. ¿Cree que influye el sobrepeso en los niveles de colesterol?	SI	NO	NS	
Dieta				
7. ¿Puede una persona con el colesterol alto comer fruta?	SI	NO	NS	
8. ¿Puede una persona con el colesterol alto comer mantequilla?	SI	NO	NS	
9. ¿Cuándo se tiene el colesterol alto es preferible el consumo de aceite de oliva al de otros aceites?	SI	NO	NS	
10. ¿Qué alimento tiene más colesterol? Pan, judías, leche, huevo, sardina				
Farmacoterapia				
11. ¿Es siempre necesario tomar medicamentos para disminuir el colesterol?	SI	NO	NS	
12. ¿Tienen efectos adversos los medicamentos para disminuir el colesterol?	SI	NO	NS	
13. Si se olvida de tomar el medicamento para el colesterol un día, ¿al día siguiente toma dos pastillas?	SI	NO	NS	
Complicaciones				
14. ¿Tener el colesterol alto puede aumentar la incidencia de enfermedades cardiovasculares?	SI	NO	NS	
15. ¿Es más importante para los diabéticos controlarse el colesterol que para los que no son diabéticos?	SI	NO	NS	
16. ¿Es más importante controlar la tensión arterial cuando se tiene el colesterol alto que cuando no se tiene?	SI	NO	NS	

Valor del test: 16 puntos.

- Menor o igual a 12 puntos = conocimientos deficientes
- Mayor a 12 puntos = conocimientos adecuados.

6.3 Anexo 3. Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea³⁷

PREGUNTA	VALORACIÓN	Puntos
1. ¿Usa el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	<i>Sí = 1 punto</i>	
2. ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día? (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas...)	<i>2 o más cucharadas = 1 punto</i>	
3. ¿Cuántas raciones de verduras y hortalizas consume al día? (1 ración=200g. Las guarniciones o acompañamientos=1/2 ración)	<i>2 o más (al menos una de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto</i>	
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	<i>3 o más = 1 punto</i>	
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (1 ración = 100-150g)	<i>Menos de una = 1 punto</i>	
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual=12g)	<i>Menos de una = 1 punto</i>	
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas consume al día? (refrescos, colas, tónicas, bitter)	<i>Menos de una = 1 punto</i>	
8. ¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?	<i>3 o más vasos = 1 punto</i>	
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración=150g)	<i>3 o más = 1 punto</i>	
10. ¿Cuántas raciones de pescado/mariscos consume a la semana? (1 plato, pieza o ración=100-150g de pescado o 4-5 o 200g de marisco)	<i>3 o más = 1 punto</i>	
11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial a la semana? (no casera como galletas, flanes, dulces, bollería, pasteles)	<i>Menos de 3 = 1 punto</i>	
12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana? (1 ración=30g)	<i>1 o más = 1 punto</i>	
13. ¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo hamburguesas o	<i>Sí = 1 punto</i>	

salchichas? (carne de pollo, pavo o conejo= 1 pieza o ración de 100-150g)		
14. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz y otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva? (sofrito)	<i>2 o más = 1 punto</i>	

Valor del test: 14 puntos.

- Menos de 7 puntos = baja adherencia a la Dieta Mediterránea.
- Por encima de 10 puntos = buena adherencia a la Dieta Mediterránea.

6.4 Anexo 4. Cuestionario Internacional de Actividad Física³⁸

1. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3)	
2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	
3. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluya caminar	
Días por semana (indicar el número)	
Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5)	
4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	
5. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna caminata (pase a la pregunta 7)	
6. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	
7. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	

Valor del test:

- Caminatas: 3'3 MET x minutos de caminata x días por semana (Ej. 3'3 x 30 minutos x 5 días = 495 MET)
- Actividad física moderada: 4 MET x minutos x días por semana
- Actividad física vigorosa: 8 MET x minutos x días por semana

A continuación se suman los tres valores obtenidos:

Total= caminata + actividad física moderada + actividad física vigorosa

Resultado: nivel de actividad

Nivel alto	
3 o más días de actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos por día	
5 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 30 minutos por día	
5 o más días de cualquiera de las combinaciones de caminata, actividad física moderada o vigorosa logrando como mínimo un total de 600 MET	
Nivel moderado	
Actividad física vigorosa por lo menos 3 días por semana logrando un total de al menos 1500 MET.	
7 días de cualquier combinación de caminata, con actividad física moderada y/o actividad física vigorosa, logrando un total de al menos 3000 MET	
Nivel bajo o inactivo	

6.5 Anexo 5. Test de Morisky-Green (Test de adherencia al tratamiento)³⁹

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	SI	NO
2. ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?	SI	NO
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	SI	NO
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	SI	NO

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas (No/No/No/No).

6.6 Anexo 6. Consentimiento Informado

“Prevención secundaria de las dislipemias en pacientes con cardiopatía isquémica en atención primaria”

El presente estudio pretende comprobar el grado de implicación en el control de las dislipemias que tienen los pacientes con cardiopatía isquémica que acuden a las consultas del Centro de Salud San Benito perteneciente al municipio de San Cristóbal de La Laguna.

Para ello, los pacientes participarán en el estudio durante seis meses, realizando un cuestionario al comienzo y al final de la investigación con preguntas sobre el grado de conocimientos sobre su enfermedad y la medicación que toma, así como sobre su grado de adherencia a hábitos saludables (dieta mediterránea, ejercicio físico). De la misma forma, se tomarán medidas de peso y talla y se recogerán datos sobre su perfil lipídico. El estudio no conlleva riesgos ni repercusiones para los pacientes.

La participación en el estudio es voluntaria y anónima, pudiendo retirarse de la investigación en el momento que se quiera.

La información utilizada en este estudio es confidencial y bajo ningún concepto se podrá identificar al usuario o suministrar los datos a otras personas ajenas al estudio.

Yo _____ con DNI _____

Declaro que he sido informado/a con la claridad y veracidad debida respecto a la investigación a realizar por la enfermera Andrea Rodríguez González, disipando todas mis dudas. Confirmando que actúo libre y voluntariamente como colaborador/a, contribuyendo a este estudio de forma activa. Soy conocedor/a de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a dicha investigación cuando lo estime conveniente sin necesidad de justificación y sin que repercuta en mi atención sanitaria.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE
DEL ESTUDIO:

La Laguna, a de de 2016

6.7 Anexo 7. Carta a la Gerencia de Atención Primaria

Dña. Andrea Rodríguez González con DNI 54114634-G, investigadora principal del estudio, solicita a la Gerencia de Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife del Servicio Canario de Salud, su autorización para desarrollar el estudio de investigación “Prevención secundaria de las dislipemias en pacientes con cardiopatía isquémica en atención primaria” en el Centro de Salud de San Benito perteneciente al municipio de San Cristóbal de La Laguna.

Se solicita consentimiento para acceder a dicho centro con el objetivo de llevar a cabo un estudio para comprobar el grado de implicación en el control de las dislipemias que tienen los pacientes con cardiopatía isquémica de dicho centro. Para ello, se requiere autorización para la obtención de datos de la historia clínica de los pacientes que voluntariamente hayan decidido participar en el estudio. Se pide a su vez, la facilitación de un aula del Centro de Salud de San Benito en la que poder impartir dos veces a la semana durante dos meses, una intervención educativa a los pacientes participantes en el estudio.

Atentamente,

Firma del Solicitante

En San Cristóbal de La Laguna a de de 2016

La Gerencia de Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife. C/ Carmen Monteverde, nº45. 38071 Santa Cruz de Tenerife, autoriza a la solicitante Andrea Rodríguez González a desarrollar el estudio de investigación “Prevención secundaria de las dislipemias en pacientes con cardiopatía isquémica en atención primaria” en el Centro de Salud de San Benito.

Firma del Gerente de Atención Primaria

En San Cristóbal de La Laguna a de 2016