

¹ Miguel Ángel Núñez Martínez
¹ Antoni Pastor Monerris
¹ Elena López Acuña
¹ Loreto Cruz Bonmati
¹ Gema Gallego Treviño
² Concepción Carratalá Munuera

Intervención enfermera en prevención secundaria a pacientes con cardiopatía isquémica en Atención Primaria

¹ Enfermero/a de Atención Primaria. Dpto. de Alicante-San Juan de Alicante. Dirección de contacto: nunyz_mig@gva.es
² Universidad Miguel Hernández. Campus de San Juan

Resumen

El paciente con enfermedad cardiovascular constituye la máxima prioridad en prevención cardiovascular, por los siguientes motivos: el riesgo es más elevado, las intervenciones son más eficientes y la magnitud del beneficio es mayor. Sin embargo el porcentaje de pacientes con un buen control de los principales factores de riesgo (LDL-colesterol, presión arterial) no supera el 50%.

Objetivo: los nuevos modelos de atención a la cronicidad aportan nuevas estrategias de intervención que pueden ser aplicables en estos pacientes. Nuestro estudio aplica estos modelos para conseguir cambios en la adherencia a las medidas no farmacológicas (alimentación, ejercicio físico, tabaquismo).

Metodología: se realizaron seis visitas individuales por enfermera de referencia a lo largo del periodo de seguimiento (un año). Se aborda: dieta mediterránea (escala de 14 puntos), ejercicio, tabaquismo y control de tensión arterial (PA < 140/90) y analítica (colesterol LDL < 100 mg/dl).

Resultados y conclusiones: la variación de parámetros antes y después del programa fue la siguiente: ejercicio habitual (67,7 vs 86,2; p < 0,05); no fuma (84,2 vs 94,6; p < 0,05); PAS < 140 mmHg (70,2 vs 76,0; p < 0,05); PAD < 90 mmHg (93,0 vs 95,2 NS); puntuación dieta mediterránea (9,7 vs 10,5; p < 0,05). Además el número visitas anuales al centro disminuyó respecto al año previo anterior a la intervención un 37% (13,04 vs 8,06; p < 0,05). La intervención de enfermería ha mejorado los factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica.

Palabras clave: cardiopatía isquémica; prevención cardiovascular; factores de riesgo cardiovascular.

Abstract

Nursing intervention for secondary prevention in patients with ischemic heart disease in a primary care setting

Patients with cardiovascular diseases deserve a highest priority in cardiovascular prevention due to: their risk is higher, interventions are more effective, and a larger benefit can be obtained. However less than 50% of patients reach a good control of main risk factors (LDL-cholesterol, blood pressure).

Purpose: Novel models for chronic care provide new procedural strategies that can be used in these patients. Such models have been implemented in the present study to alter adherence to non-pharmacological measures (diet, physical activity, smoking).

Methods: Six individual nursing visits were planned over a one-year follow-up period. The following items were assessed: Mediterranean diet (14-point scale), exercise, smoking, and blood pressure control (BP < 140/90) and laboratory findings (LDL-cholesterol <100 mg/dl).

Results and conclusions: The following changes from baseline values were observed at the end of the program: usual physical activity (67.7 vs 86.2; p < 0.05); non-smokers (84.2 vs 94.6; p < 0.05); SBP < 140 mmHg (70.2 vs 76.0; p < 0.05); DBP < 90 mmHg (93.0 vs 95.2 NS); Mediterranean diet score (9.7 vs 10.5; p < 0.05). Furthermore, a 37% decrease from previous year in clinic visits over one year was observed (13.04 vs 8.06; p < 0.05). Nursing intervention has improved risk factors in patients with ischemic heart disease.

Key words: ischemic heart disease; cardiovascular prevention; cardiovascular risk factors.

Marco teórico y antecedentes del tema

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en la población española. En España, la cardiopatía isquémica (CI) causa el 30% del total de fallecimientos, el 37% en hombres y 24% en mujeres. Los cambios en el estilo de vida (dejar de fumar, una dieta mediterránea y el ejercicio) han demostrado disminuir la morbilidad y mortalidad cardiovascular (1).

En España según un informe de la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad del año 2003 la prevalencia de la obesidad fue del 14,5%, resultando significativamente más elevada en el colectivo femenino 15,75%; que en el masculino 13,39%. La prevalencia de obesidad aumenta significativamente con la edad en varones y en mujeres, observándose las proporciones más elevadas de personas obesas en el grupo de mayores de 55 años, el 21,58% en varones y el 33,9% en mujeres.

La prevalencia del sobrepeso y obesidad alcanza en España un 39,4% y un 22,9%, respectivamente. Desde 1987 hasta 2007, y según los datos de la Encuesta Nacional de Salud, se ha producido un incremento del porcentaje ajustado por edad de obesidad pasando de un 7,7 hasta un 15,3% (2,3,4).

Entre los tratamientos eficaces para reducir el peso se encuentra la terapia conductual, la dieta hipocalórica y el incremento de la actividad física. El tratamiento que más peso reduce es una combinación de una dieta hipocalórica con la actividad física (5).

Un análisis que ha evaluado los estudios que utilizaban el consejo o la educación sanitaria para modificar más de un factor de riesgo cardiovascular con el objetivo de reducción de la morbimortalidad coronaria, encontró resultados positivos en pacientes de alto riesgo (6).

El aumento de los niveles de actividad física a través de la práctica de ejercicio aeróbico es la intervención que ha demostrado reducir la grasa visceral, incluso en ausencia de cambios aparentes en el IMC o el perímetro abdominal (7,8).

En otro reciente metaanálisis que revisa 34 ensayos clínicos de 6.111 pacientes, se observó que la práctica de ejercicio en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio redujo la probabilidad de reinfarcto a la mitad (OR=0,53), de mortalidad cardíaca (OR 0,64) y de mortalidad por todas las causas (OR 0,74). Tuvo beneficios favorables además en el control de los factores de riesgo (tabaquismo, presión arterial, peso y lípidos) (9).

El paciente con enfermedad cardiovascular constituye la máxima prioridad en prevención cardiovascular, ya que el riesgo es más elevado, las intervenciones son más eficientes y la magnitud del beneficio es mayor (1,10,11,12).

Objetivos

Objetivo general

Mejorar la capacidad de prevención y autocuidado en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular.

Objetivo específico del proyecto

Evaluar la efectividad de una intervención educativa en la mejora del control de los pacientes que han sufrido un evento cardiovascular.

Metodología

Diseño

Ensayo clínico aleatorio. Grupo control y grupo intervención (35 pacientes en cada grupo).

Grupo control

Selección aleatoria de pacientes por centro de salud que no recibirán la estrategia educativa hasta el final del estudio.

Grupo intervención

Selección aleatoria de pacientes por centro de salud que recibirán la estrategia educativa durante el periodo del estudio.

Periodo de seguimiento

Un año

Ámbito del estudio

Departamento Alacant-San Joan d'Alacant. 3 centros de salud: Campello, Cabo Huertas y El Pla.

Criterios de inclusión

- Consentimiento informado del paciente.
- Consentimiento informado del profesional (médico y enfermera).
- Pacientes con diagnóstico de historia clínica de infarto agudo de miocardio de cualquier localización, angina inestable.
- Edad: 30 a 80 años.

Criterios de exclusión

- Falta de consentimiento del profesional.
- Pacientes inmovilizados.
- Pacientes con baja expectativa de vida.
- Falta de adhesión al estudio.
- No firma del consentimiento informado del paciente.

Procedimiento

Se realizarán 6 visitas individuales por enfermera de referencia a lo largo del periodo de seguimiento (un año). Se aborda: dieta mediterránea: escala de 14 puntos (Tabla 1), ejercicio, tabaquismo y control de tensión arterial (PA < 140/90) y analítica (colesterol LDL < 100 mg/dl) (13,14,15). A continuación se describe el contenido de las visitas:

1ª visita de enfermería

Se recomienda citar un máximo de dos pacientes en el mismo día para esta visita. La enfermera pasará al paciente los cuestionarios correspondientes sobre hábitos saludables (sobre dieta mediterránea, ejercicio, hábito tabáquico, consumo de alcohol) para averiguar el grado de conocimiento de los mismos o de motivación para llevarlos a cabo; estos están recogidos en las escalas y patrones funcionales de la historia electrónica de ABUCASIS. Se aplica el patrón funcional (anamnesis) (Anexo I):

- *Percepción y control de la salud (despegable)*: incluye comportamientos de cuidado de la salud, medidas preventivas, hábitos tóxicos, seguimiento de cuidados, etc.

Valoración de hábitos tóxicos:

- Para hábito tabáquico: test Fagerström y test Richmond.
- Alcohol: cuantificación consumo alcohol.

Diagnósticos NANDA: 00070 (conducta deficiente de salud); 00078 (manejo ineficaz del régimen terapéutico); 0005N (disposición a mejorar toma de decisiones).

Tabla 1. Encuesta nutricional sobre adherencia a dieta mediterránea

ENCUESTA NUTRICIONAL		Paciente:
1	¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Sí = 1 punto
2	¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)?	2 o más cucharadas = 1 punto
3	¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? (las guarniciones o acompañamientos= 1/2 ración)	2 o (al menos 1 de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto
4	¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	3 o más al día =1 Punto
5	¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (ración 100-150 g)	Menos de 1 al día = 1 punto
6	¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual:12 g)	Menos de 1 al día = 1 punto
7	¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	Menos de 1 al día = 1 punto
8	¿Bebe Vd. vino? ¿cuánto consume a la semana?	3 o más vasos a la semana = 1 punto
9	¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración de 150 g)	3 o más a la semana = 1 punto
10	¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana? (1 plato pieza o ración: 100-150 g de pescado o 4-5 piezas o 200 g de marisco)	3 o más a la semana = 1 punto
11	¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana?	Menos de 3 a la semana = 1 punto
12	¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana?	(Ración 30 g) 1 o más a la semana = 1 punto
13	¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100-150 g)	Sí = 1 punto
14	¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	2 o más a la semana = 1 punto
TOTAL PUNTOS		
Fuente: Salas-Salvadó et al. (22)		

Actividades NIC: 4420 (acuerdos con el paciente); 5606 (enseñanza individual); 5604 (enseñanza en grupo); 4410 (establecimiento de objetivos comunes); 4360 (modificación de la conducta); 4490 (ayuda para dejar de fumar); 4500 (prevención del consumo de sustancias nocivas); 5240 (asesoramiento).

- *Nutricional-metabolismo (despegable):* en el apartado "otros" se especificará el consumo de aceite de oliva a la semana (Anexo II). Al final del cuestionario se anotará la puntuación total obtenida en la valoración de diferentes ítems: de 1 a 14 puntos, cuanto menor puntuación menor adhesión a la dieta mediterránea:
 - Entre 1-5: riesgo alto.
 - Entre 5-10: riesgo moderado.
 - Entre 10-15: riesgo bajo.

Diagnósticos NANDA: 00001 (desequilibrio nutricional por exceso).

Actividades NIC: 1100 (manejo de la nutrición); 5614 (enseñanza dieta prescrita); 5246 (asesoramiento nutricional); 1260 (manejo del peso).

- *Actividad-Ejercicio (despegable) (Anexo III):*

Diagnósticos NANDA: 0006N (disposición a mejorar el ejercicio); 00168 (sedentarismo).

Actividades NIC: 5612 (enseñanza actividad física/ejercicio); 0200 (fomento del ejercicio).

Registro de valoración enfermería en la hoja cardiovascular TA; peso; perímetro abdominal; consumo energético según fórmula de Grande Covián (Tabla 2); IMC.

- *Se establecerán objetivos de acuerdo con el paciente* encaminados a la formación o motivación dependiendo de la valoración de los resultados de los cuestionarios y parámetros.
- *Se reforzará la información dada al paciente con soporte escrito* (consejos de ABUCASIS) (Anexo IV).

Tabla 2. Cálculo de necesidades calóricas

CÁLCULO NECESIDADES CALÓRICAS				Paciente:		
Ecuación predictiva de requerimientos calóricos según fórmula de Grande Covián para gasto Energético en Reposo. Corregida con factor de actividad física para Gasto Energético Total (GET) $GET = \text{Gasto Energético en Reposo} \times \text{Factor Actividad Física}$						
En valores absolutos GET (kcal/kg/día)						
	Reposo total en cama	Actividad cama/silla	Deambulaci3n en casa	Actividad ligera	Actividad moderada	Actividad intensa
Hombres	24	30	32	35	50	54
Mujeres	24	30	32	35	40	47
SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN TALLA						
Límite de peso para sobrepeso y obesidad según talla						
Talla (cm)	Sobrepeso a partir de ... kg	Obesidad a partir de ... kg		Talla (cm)	Sobrepeso a partir de ... kg	Obesidad a partir de ... kg
140	49,00	58,80		170	72,25	86,70
145	52,56	63,08		175	78,56	91,88
150	56,25	67,50		180	81,00	97,20
155	60,06	72,08		185	85,56	102,68
160	64,00	76,80		190	90,25	108,30
165	68,06	81,68		200	100,00	120,00
De utilidad para que el paciente conozca estos límites como objetivo.						
F3rmula:						
Límite para sobrepeso (kg) = (Talla en metros) ² x 25 (ej.: 1,60 ² x25=49 kilos)						
Obesidad a partir de 58,8 Kilos para esta talla						
Límite para obesidad (kg) = (Talla en metros) ² x 30 (ej.: 1,60 ² x30=58,8 kilos)						
Obesidad a partir de 58,8 kilos para esta talla						
Fuente: Grande Covián F. Nutrici3n y salud. Ed Temas de Hoy (2007)						

Visitas 2ª a 5ª

- Refuerzo de las intervenciones.
- Revisión de los objetivos pactados
- Establecimiento de nuevos objetivos
- Intervención grupal

6ª visita

Evaluación del proceso.

Resultados

La variación de parámetros antes y después del programa fue la siguiente (Figura 1): Ejercicio habitual (67,7 vs 86,2; $p < 0,05$); No fuma (84,2 vs 94,6; $p < 0,05$); PAS < 140 mmHg (70,2 vs 76,0; $p < 0,05$); PAD < 90 mmHg (93,0 vs 95,2 NS); Puntuación dieta mediterránea (9,7 vs 10,5; $p < 0,05$).

El número visitas anuales al centro disminuyó respecto al año previo anterior a la intervención un 37% (13,04 vs 8,06; $p < 0,05$) (Figura 2).

Discusión

Al comparar nuestros resultados con el estudio EUROSPIRE (16) que valora el grado de control en diferentes países de Europa (Figura 3) y otros realizados en España (17,18,19) se observa que se han obtenido mejores datos que los descritos en dicho estudio. Es decir, que sí es posible conseguir una mejora en el control de estos pacientes de alto riesgo con intervenciones multidisciplinares que incluyan a la Atención Primaria como núcleo fundamental del seguimiento del paciente. Otros estudios están en marcha, pendientes de presentar resultados, en la misma dirección (20,21).

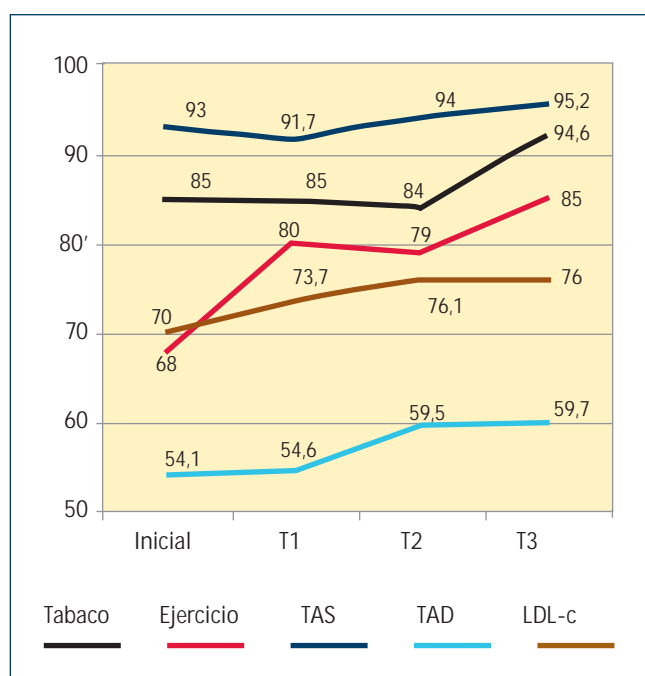


Figura 1. Evolución del grado de control a lo largo de los trimestres del año de seguimiento

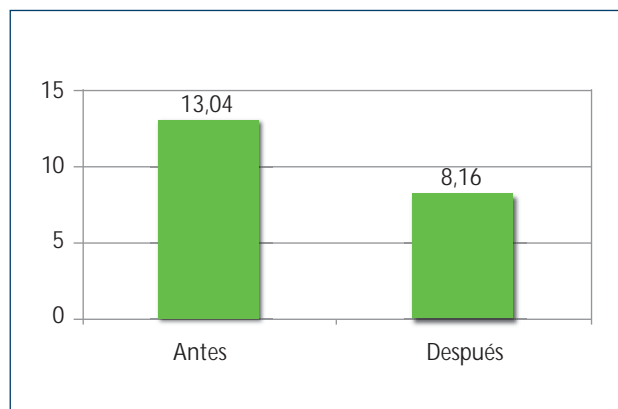


Figura 2. Evolución del número de visitas anuales/paciente antes y después de la intervención

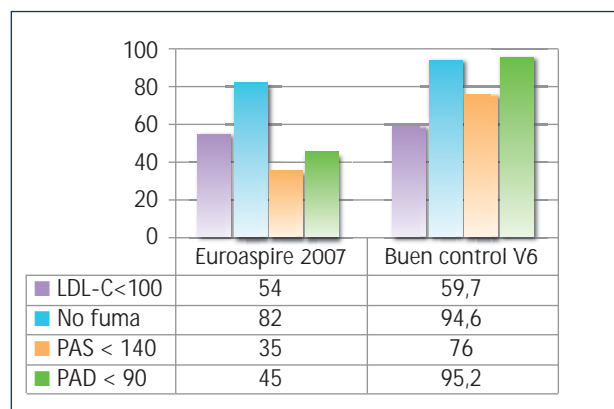


Figura 3. Comparativo del grado de control alcanzado en el estudio Euroaspire 2007 y el nuestro 2012

Conclusiones

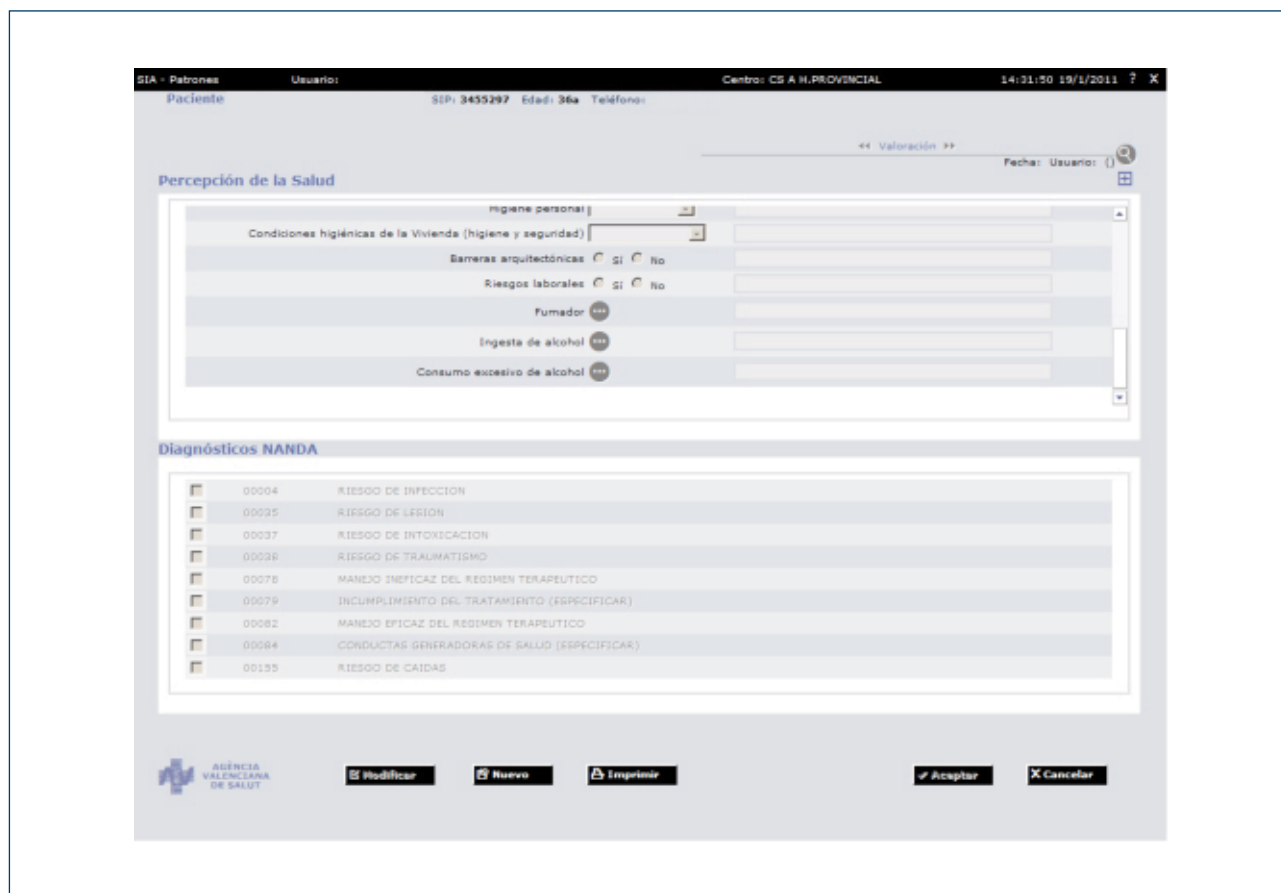
La intervención de enfermería mejora el control de la tensión arterial sistólica, el colesterol LDL, la realización de ejercicio, la dieta mediterránea y el abandono del tabaquismo en pacientes con cardiopatía isquémica.

Bibliografía

- [1] Maiques-Galán A, Brotons-Cuixart C, Villar-Álvarez F, Navarro J, Lobos JM, Ortega R, Martín-Rioboó E, Banegas JR, Orozco-Beltrán D, Gil-Guillén V. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. *Aten Primaria* 2012; 44(1):3-15.
- [2] Gutiérrez-Fisac JL, López E, Banegas JR, Graciani A, Rodríguez-Artalejo F. Prevalence of overweight and obesity in elderly people in Spain. *Obes Res* 2004; 12:710-5.
- [3] Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005, 2007.
- [4] Instituto Nacional de Estadística, INEbase. [En línea] [fecha de acceso: 4 de diciembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.ine.es/inebase/>
- [5] Franz MJ, VanWormer JJ, Crain AL, Boucher JL, Histon T, Caplan W, Bowman JD, Pronk NP. Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *J Am Diet Assoc* 2007; 107:1755-67.
- [6] Harrington M, Gibson S, Cottrell RC. A review and meta-analysis of the effect of weight loss on all-cause mortality risk. *Nutr Res Rev* 2009 Jun; 22(1):93-108.
- [7] Ismail I, Keating SE, Baker MK, Johnson NA. A systematic review and meta-analysis of the effect of aerobic vs. resistance exercise training on visceral fat. *Obes Rev* 2012; 13:68-91.
- [8] Kay SJ, Fatarone Singh MA. The influence of physical activity on abdominal fat: a systematic review of the literature. *Obes Rev* 2006; 7(2):183-200.
- [9] Lawler PR, Filion KB, Eisenberg MJ. Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am Heart J* 2011 Oct; 162(4):571-584.
- [10] Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (1):CD001561.
- [11] Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, Villar F, Herruzo R. Mortality attributable to cardiovascular risk factors in Spain. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57(1):S18-S21.
- [12] Muñoz MA, Vila J, Cabañero M, Rebato C, Subirana I, Sala J, Marrugat J, ICAR (Intervención en la Comunidad de Alto Riesgo cardiovascular). Efficacy of an intensive prevention program in coronary patients in primary care, a randomized clinical trial. *Int J Cardiol* 2007; 118:312-320.
- [13] Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European Society of Cardiology (ESC) committee for practice guidelines (CPG). European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: executive summary: fourth joint task force of the european society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2007; 28:2375-414.
- [14] Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, Mauricio D, et al. y el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular: European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: CEIPC 2008 spanish adaptation. *Rev Clin Esp* 2009; 209(6):279-302.
- [15] Selby JV, Schmittiel JA, Fireman B, Jaffe M, Ransom LJ, Dyer W, et al. Improving treatment intensification to reduce cardiovascular disease risk: a cluster randomized trial. *BMC Health Serv Res* 2012; 12:183.
- [16] Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Backer D, Pyörälä K, Keil U, the EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet* 2009; 373:929-940.
- [17] Orozco-Beltrán D, Brotons C, Moral I, Soriano N, Del Valle MA, Rodríguez AI, Pepió JM, Pastor A, PREseAP study group. Factors affecting the control of blood pressure and lipid levels in patients with cardiovascular disease: the PREseAP study. *Rev Esp Cardiol* 2008; 61(3):317-321.
- [18] Brotons C, Soriano N, Moral I, Rodrigo MP, Kloppe P, Rodríguez AI, et al. PREseAP study research team. Randomized clinical Trial to assess the efficacy of a comprehensive programme of secondary prevention cardiovascular disease in general practice: the PREseAP study. *Rev Esp Cardiol* 2011; 64(1):13-20.
- [19] Muñoz MA, Rohlfis I, Masuet S, Rebato C, Cabañero M, Marrugat J, ICAR Study Group. Analysis of inequalities in secondary prevention of coronary heart disease in a universal coverage health care system. *Eur J Public Health* 2006; 16(4):361-367.
- [20] Orozco Beltrán D, Ruescas Escolano E, Navarro Palazón AI, Cordero A, Gaubert Tortosa M, Navarro Pérez J, et al. Effectiveness of a new health care organization model in primary care for chronic cardiovascular disease patients based on a multifactorial intervention: the PRO-PRESE randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2013; 13(1):293.

- [21] Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Redón J, Pita Fernández S, Navarro Pérez J, Pallarés V, et al. Rationale and methods of the cardiometabolic Valencian study (Escarval-Risk) for validation of risk scales in Mediterranean patients with hypertension, diabetes or dyslipidemia. BMC Public Health 2010; 10:717.
- [22] Salas Salvadó J, Fernández Ballart J, Ros E, Martínez González MA, Fitó M, Estruch R, et al. PREDIMED Study Investigators. Effect of a Mediterranean diet supplemented with nuts on metabolic syndrome status: one-year results of the PREDIMED randomized trial. Arch Intern Med 2008; 168(22):2449-58.

ANEXO I. Registro en la historia clínica electrónica de la percepción de salud



SIA - Escalas y Tablas Usuario Centro: CS A R-PROVINCIAL 14:32:09 19/1/2011

Paciente SIP: 3455297 Edad: 36a Teléfono:

Fecha: Usuario:

Test de Fagerström:

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo? []

¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde no está permitido, como el cine o una biblioteca? Sí No

¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar? []

¿Cuántos cigarrillos fuma cada día? []

¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día? Sí No

¿Fuma aunque está tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día? Sí No

[Obtener Resultado]

Resultado del Test

AGENCIJA VALENCIANA DE SALUT [Modificar] [Nuevo] [Interpretación] [Imprimir] [Aceptar] [Cancelar]

SIA - Patrones Usuario Centro: CS A R-PROVINCIAL 14:31:50 19/1/2011

Paciente SIP: 3455297 Edad: 36a Teléfono:

Fecha: Usuario:

Percepción de la Salud

ingena personal: []

Condiciones higiénicas de la vivienda (higiene y seguridad) []

Bareras arquitectónicas Sí No

Riesgos laborales Sí No

Fumador Sí No

Ingesta de alcohol []

Consumo excesivo de alcohol []

Diagnósticos NANDA

<input type="checkbox"/>	00004	RIESGO DE INFECTIOIN
<input type="checkbox"/>	00002	ANSIEDAD DE LABOR
<input type="checkbox"/>	00003	RIESGO DE INTERFERENCIA
<input type="checkbox"/>	00005	RIESGO DE SOBREPESO
<input type="checkbox"/>	00079	RIESGO DEFICIAZ DEL REGIMEN TERAPÉUTICO
<input type="checkbox"/>	00078	INCIDEN/RISQUO DE EXPONENDO ESPECIFICAS
<input type="checkbox"/>	00080	RIESGO DEFICIAZ DEL REGIMEN TERAPÉUTICO
<input type="checkbox"/>	00084	CONDUCTAS RIESGOSAS DE SALUD (EXERCICIO)
<input type="checkbox"/>	00143	RIESGO DE CAIDAS

AGENCIJA VALENCIANA DE SALUT [Modificar] [Nuevo] [Imprimir] [Aceptar] [Cancelar]

117 31A - Escalas y Tablas Usuario: Centro: CE A H. PROVINCIAL 14/02/09 19:17/2011

Paciente: NIF: 3453297 Edad: 36a Teléfono: Fecha: Usuario: [icon]

Cuantificación del consumo de alcohol

Consumo de Vino

Vasos (100 cc)	Nº Vasos (100cc)	Señalar ↓
Litros	Nº Litros	Señalar ↓

Consumo de Cerveza

Cañas (200 cc)	Nº Cañas (200 cc)	Señalar ↓
Litros	Nº Litros	Señalar ↓

Consumo de Destilados (Ginebra, Vodka, Whisky, etc...)

Carajitos (25 cc)	Nº Carajitos (25cc)	Señalar ↓
Copa (50 cc)	Nº Copas (50 cc)	Señalar ↓
Combinado (30 cc)	Nº Combinados (30cc)	Señalar ↓
Litros	Nº Litros	Señalar ↓

Consumo de Generosos (Jerez, Cava, Vermut)

Copa (50 cc)	Nº Copas (50 cc)	Señalar ↓
--------------	------------------	-----------

Resultado del Test

0 No bebedora de riesgo

AGENCIA VALENCIANA DE SALUD

Publicar Nuevo Interpretación Imprimir Aceptar Cancelar

ANEXO II. Registro de los aspectos nutricionales y metabólicos

SD SIA - Patrones Usuario: Centro: CS A R. PROVINCIAL 14:58:51 19/1/2011

Paciente ID: 3455287 Edad: 36a Teléfono:

44 Valoración: 44 Fecha: Usuario:

Nutricional-Metabólico

NP unidades/semana Huevos	
NP raciones/semana Legumbres	
NP raciones/semana Ajo	
NP raciones/semana Paoles	
Otro	
Preparación culinaria más habitual	
Preferencias alimentarias	
Aversiones alimentarias	

Diagnósticos NANDA

<input type="checkbox"/>	00001	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: POR EXCESO
<input type="checkbox"/>	00002	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: POR DEFICITO
<input type="checkbox"/>	00003	HIPOTERMIA
<input type="checkbox"/>	00004	RIESGO DE LESIONES DE LA PIEL
<input type="checkbox"/>	00005	RIESGO DE LESIONES DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA
<input type="checkbox"/>	00006	RIESGO DE LESIONES DE LA VENTILACION
<input type="checkbox"/>	00007	RIESGO DE LESIONES DE LA RESPIRACION
<input type="checkbox"/>	00008	RIESGO DE LESIONES DE LA CIRCULACION

AGENCIA VALLEJANA DE SALUD

ANEXO III. Registro del patrón de actividad-ejercicio físico

BD SA - Patrones Usuario: Centro: CS A H.PROVINCIAL 14:27:20 19/1/2011

Paciente: SPH: 3453297 Edad: 34a Teléfono:

47 Valenciano 77 Fecha: Usuario:

Actividad-Ejercicio

Ejercicio físico: Si No

Tiempo de dedicación: [dropdown]

Frecuencia: [dropdown]

Lectura
 Tv Deporte
Otro: Espectáculos Otras

Actividad laboral: [dropdown]

Diagnósticos NANDA

<input type="checkbox"/>	00021	DEFICIT DE CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS
<input type="checkbox"/>	00040	RIESGOS DE CAÍDAS
<input type="checkbox"/>	00045	DEFICIT DE LA MOVILIDAD FÍSICA
<input type="checkbox"/>	00085	DEFICIT DE LA DISMABILITACION
<input type="checkbox"/>	00089	DEFICIT DE LA MOVILIDAD EN SILLA DE RUEDAS
<input type="checkbox"/>	00090	DEFICIT DE LA VIGILANCIA EN LA SITUACION
<input type="checkbox"/>	00091	DEFICIT DE LA MOVILIDAD DE LA CUNA
<input type="checkbox"/>	00092	DEFICIT DE LA ACTIVIDAD
<input type="checkbox"/>	00097	DEFICIT DE ACTIVIDADES SOCIALES

Modificar Nuevo Imprimir Aceptar Cancelar

ANEXO IV. Hoja de consulta y hoja de consejos de hábitos de vida saludables

