

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014/15



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

CUIDADOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
AL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE INFARTO
AGUDO DE MIOCARDIO

Autora: María Villanueva Llorente

Tutora: Lucía Capella Trigo

RESUMEN

El infarto agudo de miocardio (IAM) es actualmente una de las enfermedades que más muertes produce en los países desarrollados. La prevalencia de esta patología está íntimamente relacionada con los malos hábitos de vida y los factores de riesgo asociados. Para mejorar el pronóstico de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes que la padecen, es necesario tratar los factores de riesgo relacionados como son la hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo, etc. La planificación de un proceso enfermero es fundamental para valorar las necesidades del paciente, establecer los diagnósticos relacionados, planificar las actividades, poner en marcha el plan de cuidados y evaluar el progreso mediante un seguimiento continuo. Es imprescindible la educación sanitaria y la información del proceso a seguir con el fin de establecer una buena relación de confianza paciente – enfermera y así lograr fomentar el autocuidado del paciente, mejorar la calidad de vida y conseguir a largo plazo reducir los nuevos eventos coronarios al paciente que ya ha sufrido un infarto agudo de miocardio.

PALABRAS CLAVE

Infarto agudo de miocardio prevención, plan de cuidados enfermeros, factores de riesgo

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVOS.....	4
MATERIAL Y MÉTODOS	4
DESARROLLO.....	4
CONCLUSIONES Y OPINIÓN PERSONAL.....	21
BIBLIOGRAFÍA	23
ANEXOS	26

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En los países desarrollados se ha considerado como primera causa de mortalidad y segunda causa de muerte hospitalaria la enfermedad cardiovascular (ECV) y, en concreto, el infarto agudo de miocardio.¹

Tras 20 años de descensos consecutivos, la muerte causada por enfermedades cardiovasculares en España ha incrementado un 2% en el año 2012 con respecto al año anterior. Según el presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), José Ramón González – Juanatey “que el ritmo de reducción de la mortalidad no sea el esperado está claramente relacionado con los efectos de la crisis”. Este empeoramiento en la salud de las personas deriva de la situación existente en la actualidad, ya que se emplean menos recursos a la prevención y existe un progresivo empobrecimiento de la sociedad, lo que tiene como consecuencia el aumento de factores de riesgo tales como la obesidad o el estrés.²

En España, se producen cada año alrededor de 140.000 muertes y cinco millones de hospitalizaciones a causa de infarto agudo de miocardio. El reingreso es frecuente y se da en un 8 – 20% en el primer año. Los factores de riesgo pueden explicar actualmente la mayor parte de los casos de infarto.³

Según datos de la “Encuesta de Salud de Cataluña”, los factores de riesgo cardiovasculares son los que más han incrementado, aumentando el sedentarismo y el exceso de peso en la sociedad. Los malos hábitos de vida condicionan un 80% de los infartos de miocardio, por lo que la prevención es imprescindible.⁴ La relación de causalidad existente entre los factores de riesgo y la patología cardíaca es evidente. El seguimiento y tratamiento para evitar estos factores suponen un mecanismo importante de prevención de la enfermedad.

Los pacientes que hayan padecido un infarto agudo de miocardio tienen más riesgo de sufrir un nuevo episodio, siendo este de mayor gravedad.⁵

La supervivencia y la calidad de vida de las personas que han sufrido un infarto agudo de miocardio, mejora con las intervenciones en el control del estilo de vida y de los factores de riesgo asociados. El desarrollo de programas de prevención secundaria en el paciente coronario es fundamental para conseguir el logro de las metas terapéuticas, ya

que según numerosas encuestas y estudios, esta prevención en Europa aún es insuficiente.⁶

En relación a estos datos, el infarto agudo de miocardio es la enfermedad que provoca un aumento de la morbimortalidad cardiovascular, tanto por los procesos agudos como por la insuficiencia cardiaca que tras el paso del tiempo se desarrolla.

Esta patología presenta un mal pronóstico, al igual que un gasto elevado socio – sanitario, un deterioro en su estilo de vida y un alto porcentaje de ingresos hospitalarios.

El diseño de un plan de cuidados personalizado a cada individuo con riesgo de sufrir esta patología es necesario para reducir el número de casos de infarto agudo de miocardio en la sociedad actual, brindando un seguimiento continuo, aplicación de nuevas medidas higiénico – dietéticas y apoyo a la hora de mantener y/o modificar su estilo de vida al igual que fomentar el autocuidado mediante los programas de educación para la salud.

Según José Ramón González – Jaunatey “la enfermedad cardiovascular es prevenible casi en el 90% de los casos con cambios en el estilo de vida y corrección de los factores de riesgo”.⁷

Existen estudios que evidencian que la prevención no solo ayuda a reducir la incidencia de casos de infarto agudo de miocardio sino que también disminuye la gravedad de los nuevos episodios del mismo. El estudio realizado por Dachin N. et al, en el periodo de tiempo entre 1995 – 2005, concluye que se reduce de 13,5 % a 11,3 % en relación a la gravedad de los nuevos casos. En 2000 a 2010, la proporción de nuevos eventos coronarios se reduce de 20% a 15.5 %.⁸

Es importante la instauración de planes de cuidados (prevención primaria y secundaria) dirigidos a disminuir los nuevos casos y/o la gravedad de estos a la vez que la de los casos recurrentes.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Diseñar intervenciones de enfermería dirigidas a prevención secundaria del paciente coronario.

Objetivos específicos:

- Disminuir la incidencia de nuevos episodios de infarto agudo de miocardio en pacientes que ya han padecido un evento coronario.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con afección coronaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado la búsqueda de bibliografía en Google Académico, libros de texto, revistas sanitarias y periódicos nacionales, con palabras clave como infarto agudo de miocardio, prevención, factores de riesgo, cuidados de enfermería.

De las 168 búsquedas bibliográficas se han seleccionado 23 artículos para desarrollar este proyecto.

DESARROLLO

DEFINICIÓN

Se considera infarto agudo de miocardio (IAM) como un proceso mórbido el cual afecta inicialmente a las arterias coronarias y da como consecuencia la necrosis de parte del músculo cardíaco.

En lo referente a la afección coronaria, las arterias del corazón administran nutrientes y oxígeno al músculo cardíaco; en el transcurso del IAM alguna de estas arterias se obstruyen debido a un proceso denominado trombosis. La trombosis se produce por la

activación de la coagulación de la sangre en una arteria afectada previamente por aterosclerosis. El resultado final es el infarto agudo de miocardio.⁹

Los síndromes coronarios agudos se agrupan en dos categorías bien definidas que van a tener una actitud terapéutica específica.

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST cursa con una obstrucción importante de las arterias coronarias sin alcanzar la oclusión completa. El abordaje terapéutico adecuado es un tratamiento antitrombótico y antiisquémico.
- Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST consiste en una oclusión completa de una arteria coronaria. Lo más importante en este caso será la terapia de reperfusión (desobstrucción la arteria) en el menor tiempo posible.

SINTOMATOLOGÍA Y ACTUACIÓN INICIAL

Los síntomas principales del infarto agudo de miocardio se pueden identificar con facilidad. Lo más característico es un dolor persistente y opresivo en el pecho, bien situado en el centro o en los costados.

Puede ir acompañado con irradiación del dolor hacia el brazo izquierdo, espalda, abdomen, mandíbula y cuello. Generalmente el dolor aparece en reposo. Una vez instaurado el dolor no cede con el movimiento ni los cambios de posición. Otros síntomas relevantes son las náuseas, la agitación y la sudoración fría. Atípicamente puede aparecer de forma silente en pacientes ancianos o diabéticos.¹⁰

Como medida principal de actuación, la monitorización continua del paciente es fundamental. La realización de electrocardiogramas (ECG) seriados es útil para observar el estado y la evolución del paciente. Se registrará la hora a la que se realiza cada ECG y si presenta dolor en ese momento. El ECG es una herramienta útil, rápida y barata para el diagnóstico.

Se extraerá una analítica con el fin de determinar los cambios en las enzimas cardíacas y se canalizará un acceso venoso. Siempre se dispondrá de un desfibrilador y material para la Reanimación Cardiopulmonar (RCP).

Durante la realización de la anamnesis, se debe interrogar por la duración y características del dolor torácico, al igual que la presencia de síntomas asociados y de factores de riesgo cardiovascular. Es necesario la comprobación de la función cardiorrespiratoria, el estado de la piel y las mucosas (palidez, sudoración y perfusión), actividad cardiopulmonar (frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco, frecuencia respiratoria, ruidos cardíacos y/o pulmonares), la saturación de oxígeno y el nivel de glucosa en sangre si el paciente fuera diabético.

Por otro lado, es importante que se limite la actividad y el usuario guarde reposo absoluto. La deambulación precoz comenzará entre las 24 – 72 horas si es bien tolerada. El personal de enfermería siempre ha de estar acompañando al paciente y nunca dejarle solo.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

El diagnóstico de infarto agudo de miocardio incluye tres aspectos fundamentales:

- Manifestaciones clínicas
- Alteración de pruebas diagnósticas (Analítica).
- Alteraciones en el electrocardiograma (ECG).

La presencia de al menos dos de los tres previamente mencionados, permite evidenciar el diagnóstico.

Analítica

La prueba diagnóstica de mayor valor es la determinación seriada de enzimas cardíacas, como la CK-MB (enzima más positiva en las primeras 6 horas desde el comienzo de los síntomas), Troponina C y Troponina T (son específicas de necrosis coronaria y

permanecen elevadas durante 5-7 días). Son conocidas como marcadores sensibles y específicos de un daño miocárdico.

Electrocardiograma (ECG)

La realización del ECG es una técnica rápida y eficaz para la detección precoz de un IAM. Consiste en el registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón.

La clásica evolución de cambios en el ECG: Presencia de pico onda T (hiperaguda), elevación del segmento ST, desarrollo de onda Q, inversión de onda T.

Radiografía de Tórax: Pueden apreciarse signos de congestión cardiaca

Ecocardiograma: Puede ayudar en el manejo y diagnóstico del IAM.

TRATAMIENTO INVASIVO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Todo paciente diagnosticado de infarto agudo de miocardio debe ser atendido precozmente, ya que se trata de una urgencia.

La desobstrucción arterial en un IAM en las primeras 12 horas desde la aparición de sintomatología, mejora la calidad de vida y reduce la morbi-mortalidad del paciente. El resultado de la reperfusión presenta mayores beneficios si se realiza precozmente, en las primeras horas de evolución.¹¹

Hay dos métodos de reperfusión:

1. Reperfusión mecánica mediante el intervencionismo coronario percutáneo (Angioplastia Primaria): Es el tratamiento de elección ya que obtiene excelentes resultados. Para su realización, es necesario personal experto y una sala de hemodinámica.

2. Reperusión farmacológica con agentes fibrinolíticos: Permite su administración inmediata una vez diagnosticado IAM, pero presenta una mayor posibilidad de reoclusiones frente a la angioplastia primaria.
3. Fármacos analgésicos.
4. Fármacos anticoagulantes y antiagregantes.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES

Los pacientes que padecen una afección coronaria deben estar informados sobre la naturaleza de su enfermedad.

Para ello, es importante el trabajo del personal de enfermería con el paciente y sus familiares con el fin de informar y educar tratando de conseguir cambios en el estilo de vida y un manejo más eficaz de los factores de riesgo.

El IAM puede provocar cierta patología psicológica (ansiedad, depresión) en el paciente, ya que se someten a la presión de incorporar cambios en su estilo de vida al igual que sufren miedos derivados de una posible reaparición de un nuevo episodio de IAM así como desconocimiento de las consecuencias que puede suponer incluso a la pérdida de la vida.

Los pacientes necesitan apoyo profesional para mejorar la calidad de vida, la recurrencia de la enfermedad y aumentar la esperanza de vida.

Es imprescindible una educación enfocada al paciente que determine un control de la enfermedad gracias a programas de prevención y de rehabilitación.

La enfermedad coronaria, por lo tanto, puede prevenirse y/o mejorar gracias a planificación de prevención primaria (prevenir antes de que se presente la enfermedad mediante educación sanitaria a la población) y prevención secundaria (una vez que ya se ha presentado la enfermedad, establecer un plan de cuidados para mejorar la calidad de vida del paciente).

El objetivo de la educación sanitaria por parte del personal de enfermería es brindar planes de cuidados estandarizados, orientados a cada paciente y familia para mejorar la calidad de vida, el autocuidado y reducir la posibilidad de aparición de un nuevo episodio de la enfermedad. Debemos emplear herramientas para conocer los factores de riesgo, confeccionar junto con el paciente un plan de cuidados para intentar reducir el riesgo y mejorar la calidad de vida del mismo.

Este plan de cuidados diseñado intenta conocer los problemas reales y potenciales de salud del usuario. El proceso enfermero permite valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones de enfermería de forma organizada, sistematizada, planeada y continua para abordar el cuidado del paciente de forma integral y así mejorar y mantener su estado de salud.¹²

En la consulta de enfermería se incluirán todos los pacientes derivados del médico especialista o de Atención Primaria que hayan sufrido un IAM, con el fin de aminorar la incidencia de esta patología cardíaca en la sociedad actual.

Tras la valoración inicial del paciente en una primera consulta de enfermería, se priorizarán los cuidados según el riesgo y las necesidades del mismo. Será necesario empatizar con el paciente y valorar su situación personal con el objetivo de conseguir beneficios para el mismo.

El proceso de enfermería permite brindar los cuidados óptimos en el momento adecuado a los pacientes.

El plan de cuidados diseñado en este trabajo para el paciente cardiológico integraría 5 etapas:

1. **VALORACIÓN:** Consiste en obtener del paciente, en una primera entrevista, la información necesaria relativa a sus necesidades, problemas y factores de riesgo modificables, con el fin de conocer y dar una orientación correcta a los cuidados que debe plantearse desde la enfermería.
Es la base del plan de cuidados y permite obtener información de forma directa (mediante la entrevista personal al paciente, la observación y la exploración

física) o indirecta (mediante la historia clínica, miembros del equipo de salud o familiares y allegados).

La valoración va de lo general a lo específico. Mediante una serie de preguntas realizadas de forma intencionada, se busca conocer el estado de salud del paciente, su situación actual.

En la consulta de enfermería se realizará una valoración integral orientada a su patología cardiaca de IAM. El ideal es conseguir una relación enfermera – paciente afectiva, la continuidad en las intervenciones y la correcta adherencia al tratamiento. Siempre hay que pactar con el paciente cuando se establecen sus objetivos individualizados.¹³

La entrevista durará entorno a unos 20 – 25 minutos. El tiempo variará dependiendo de las características personales de cada paciente. Será necesario animar y brindar confianza para que sea él quién nos informe de su estado de salud y sus preocupaciones y así poder conocer más detalladamente la situación actual del mismo. Se utilizarán escalas como herramienta para completar la valoración inicial del paciente. (Anexo 1).

La historia clínica es un elemento esencial en la valoración. Servirá de herramienta de trabajo para el personal de enfermería, donde se registrará toda la información relevante a la patología del paciente.

En ella, se recogerán:

- Datos personales: Identificación del paciente, edad, dirección, ocupación, estado laboral, estado civil, número de contacto.
- Diagnóstico: Infarto Agudo de Miocardio (donde añadiremos la fecha en la que tuvo lugar el evento coronario).
- Antecedentes familiares
- Datos de pruebas diagnósticas
- Datos farmacológicos: Medicación actual que el paciente está tomando.

- Hábitos del paciente y estilo de vida: Para identificar los factores de riesgo se efectuarán preguntas al paciente tales como si fuma, si es diabético, hipertenso, tipo de alimentación, ejercicio, etc.
- Constantes: TA, peso, talla, IMC.
- Datos psicosociales: Conoceremos del paciente como es su descanso, el apoyo que recibe, su descripción del evento coronario, ect. Durante el desarrollo de dicha entrevista podemos obtener una información complementaria observando su comportamiento, reacciones y actitudes que puedan ayudarnos a identificar su nivel de estrés y/o ansiedad.

Tras la valoración inicial, pactaremos con el paciente la fecha de la siguiente consulta para informarle sobre su situación actual y comenzar a mejorar los factores de riesgo que han sido detectados en la entrevista con el objetivo de modificarlos.

2. **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:** Están orientados a conseguir cambios en el estado de salud de la población a la que se dirige. Para definir los diagnósticos es necesaria la recogida de información del paciente en una entrevista inicial para clasificar sus necesidades.

Una vez detectados los problemas de salud conocidos o que puedan sobrevenir tras la valoración inicial, estos pueden ser modificados mediante las intervenciones y actividades de enfermería, ya que a través de los diagnósticos se identifica y define el problema con el fin de conseguir un objetivo concreto. El diagnóstico preciso de los problemas de los pacientes asegura la selección de intervenciones de enfermería más efectivas y eficientes.¹⁴

3. **PLANIFICACIÓN:** Se basa en establecer las prioridades y elaborar un plan de cuidados en relación a sus necesidades (intervenciones y actividades de enfermería). La planificación permite ordenar los cuidados de enfermería para alcanzar los objetivos esperados para el paciente. Para ello, será necesario

priorizar los cuidados en relación a las necesidades del paciente, determinar los objetivos que queremos conseguir y establecer las actividades de enfermería que vamos a llevar a cabo para conseguir los objetivos definidos y posteriormente poder evaluar los beneficios de estas intervenciones.

El plan de cuidados será dinámico, es decir, podrá modificarse según varíen las necesidades. Un objetivo de la planificación de enfermería es conseguir resultados deseados por el paciente.

Será importante informar de todas las actividades que van a plantearse para que conozca y comprenda el valor de los cuidados y las intervenciones con el fin de conseguir los cambios que el paciente espera que sucedan con relación a los cuidados de enfermería.

4. **EJECUCIÓN:** Es la práctica del plan de cuidados.

Durante la ejecución de las actividades programadas individualizadas y personalizadas para cada paciente, es fundamental la información y educación sobre como conseguiremos modificar o mantener los hábitos y el estilo de vida del mismo.

La enfermera, como principal responsable de sus cuidados, debe trabajar con el paciente informándole de sus problemas de salud y ayudándole a conseguir el autocuidado dentro de sus competencias.¹⁵ La enseñanza ha de ser continua para que el paciente siempre esté informado. Es importante animarle mostrándole objetivos alcanzables por el mismo para que consiga una buena adherencia a su tratamiento.

5. **EVALUACIÓN:** Trata de valorar el progreso del paciente. Consiste en determinar si el plan de cuidados diseñado ha sido efectivo para mejorar su

estado o bienestar. La evaluación se realizará en cada consulta que tenga la enfermera con el paciente.

Se valorará el conocimiento e información que el paciente tenga de su situación actual, si conoce y maneja bien el tratamiento prescrito, los medios y medidas que emplea para conseguir sus objetivos y su actitud.

Una evaluación positiva se alcanza cuando el paciente consigue los resultados esperados en relación a unas actividades efectivas.

Se necesita información objetiva y subjetiva con el fin de conocer si hemos conseguido el resultado esperado. Es importante la evaluación continua del paciente.

Los cuidados de enfermería junto con la implicación del paciente en ellos, contribuye a que sean capaces de resolver sus problemas de salud, eviten la aparición de complicaciones y mantengan sus hábitos de vida saludables.

Tras esta última etapa, la información obtenida se registrará en la hoja de evolución del paciente, donde progresivamente se informará acerca de los cambios y mejoras con respecto a su situación actual de salud.

La consulta de enfermería permite la atención individualizada del paciente, determinando unos cuidados y controlando la situación clínica del mismo.

El plan de actuación planteado para la atención y seguimiento del paciente cardiológico se establecerá mediante:

Una primera consulta, donde tendrá lugar el primer contacto paciente – enfermera. Se realizará la valoración inicial integral mediante una entrevista y se recogerán todos los datos de interés del paciente relacionados con problemas de salud. Se utilizarán cuestionarios como la escala de Minnesota, el test de Morisky – Green, la escala de Pfeiffer y la escala de Barther para completar la valoración del usuario. (Anexo 1).

Se llegará a un acuerdo con el paciente para concretar la fecha de la siguiente consulta para informar sobre los factores de riesgo detectados y comentar las medidas que se van a llevar a cabo para mejorarlos.

Una segunda consulta, donde la enfermera estudiará con el paciente los factores de riesgo que perjudican a su salud, informará a la par que educará sobre las desventajas de los mismos, y tratará de llegar a un acuerdo con el paciente con el fin de mentalizar y conseguir que sea capaz de llegar a modificar sus hábitos de vida.

Consultas sucesivas, para valorar el cumplimiento de los objetivos, el estado de ánimo del paciente y determinar posibles signos de alarma o nuevas necesidades, al igual que la adherencia al tratamiento farmacológico.

En estas consultas de enfermería, se analizará:

- La sensación que el paciente refiere respecto a sus experiencias y la modificación de su rutina diaria.
- Se evaluará la presencia de síntomas de alarma cardiacos.
- La adherencia al tratamiento.
- Las actitudes y el estado de ánimo del paciente, su comportamiento y los medios con los que cuenta el paciente para llevar a cabo su día a día.

Los factores de riesgo más frecuentes a la hora de padecer patología cardiaca son:

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico producido por un déficit total o parcial de insulina. Su principal manifestación es la hiperglucemia.

Esta patología produce daño vascular. La lesión en vasos pequeños se denomina microangiopatía como retinopatía, nefropatía y neuropatía. Por otro lado, la lesión en vasos grandes se denomina macroangiopatía ocasionadas por la arteriosclerosis. En relación a estas lesiones, aumenta el riesgo de padecer afecciones cardíacas.

La educación sanitaria adaptada a cada paciente es un pilar fundamental para poder conseguir cambios en el estilo de vida hacia otros hábitos más saludables, mediante el ejercicio físico y los hábitos dietéticos, evitando o retrasando así la aparición de posibles complicaciones.¹⁶

Tras la valoración del paciente, se le informará acerca de su enfermedad y las complicaciones que produce. La enfermería tiene como último fin educar al paciente para que sea capaz de autocuidarse y que obtenga con ello aminorar el riesgo para su salud.

La alimentación es un proceso voluntario, y por lo tanto, educable. Uno de los objetivos del personal de enfermería es conseguir que el paciente sea capaz de modificar los hábitos dietéticos, si fuese necesario, para mejorar su control metabólico y reducir las complicaciones, al igual que mantener el peso ideal, glucemias lo más próximas a valores normales y concentraciones óptimas de lípidos plasmáticos.

Para ello, es importante individualizar la dieta en función de su peso, su estilo de vida, alimentos de consumo habitual, ect. La enfermera, en colaboración con el paciente, establecerá unos objetivos accesibles a corto y largo plazo que serán evaluados en consultas progresivas.

En la consulta, se enseñará al paciente como a través de una sencilla prueba puede efectuar el control de la glucemia, así como debe administrarse la insulina por vía subcutánea y los cuidados precisos para la prevención de lesiones.

Según el progreso obtenido, se apoyará al paciente con el fin de potenciar su conducta hacia estilos de vida más saludables al igual que se evaluarán posibles complicaciones asociadas a la patología vascular.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial se considera un factor de riesgo cardiovascular incidiendo en el aumento del desarrollo de patología vascular crónica como arteriosclerosis, de eventos agudos como infarto agudo de miocardio, angina inestable o disección de aorta, así como de afectación cardíaca y dentro de esta la insuficiencia cardíaca y arritmias como la fibrilación auricular (FA).

La elevación de la tensión arterial sistólica como la diastólica, mantienen una relación continua con la morbi-mortalidad del paciente hipertenso.

Informar al paciente sobre el riesgo cardiovascular que produce la hipertensión arterial, ayuda a motivarle en cuanto a la adherencia al tratamiento y las medidas terapéuticas que han de aplicarse.

El objetivo principal será conseguir que el paciente sea capaz de disminuir la tensión arterial y alcanzar valores más próximos a cifras óptimas, con el fin de que obtenga una mayor calidad de vida.¹⁷

El papel fundamental de enfermería consistirá en realizar una contemplación global del paciente, realizando no solo la medición de las cifras tensionales, sino también de la presencia de otros factores de riesgo como antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, diabetes, tabaquismo, sedentarismo, obesidad y/o hipercolesterolemia.

La mayoría de las veces se consigue reducir las cifras tensionales mediante la instauración de medidas higiénico-dietéticas como abandonar el consumo de tabaco, reducir la ingesta de bebidas alcohólicas, realizar ejercicio físico y reducir el peso o retirar la ingesta de sal en la dieta, además de un tratamiento farmacológico antihipertensivo. Es necesario informar al paciente de que el tratamiento farmacológico es un tratamiento crónico. Del mismo modo, informarle de los posibles riesgos que conlleva el no seguimiento de la educación sanitaria impartida y mentalizarle de que la buena adherencia al tratamiento es capaz de conseguir los objetivos terapéuticos que se proponen.

OBESIDAD

La OMS define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.¹⁸

Una herramienta fácil y rápida para determinar si una persona es obesa, es mediante el índice de masa corporal (IMC), que consiste en la división del peso (kilogramos) entre la talla (metros)². Si el resultado es igual o superior a 25, se considera persona con sobrepeso. Si el resultado es igual o superior a 30, se considera persona obesa.

El aumento del índice de masa corporal (IMC) es un riesgo de padecer un IAM, ya que a mayor IMC, mayor es la probabilidad de padecer un ataque al corazón. Supone un impacto negativo sobre la salud, aumentando el riesgo de morbi-mortalidad por complicaciones cardiovasculares y metabólicas principalmente.

El papel de la enfermería es fundamental tanto en la fase inicial de diagnóstico del paciente como en el seguimiento continuado de esta patología crónica.

La valoración inicial del usuario será útil para conocer los hábitos dietéticos, estado de ánimo, situación personal, ect., con el fin de orientar la educación sanitaria y planificar los cuidados individualizados del paciente.

El programa de salud diseñado por el personal de enfermería y dirigido de manera individualizada, tendrá como objetivo principal la reducción de peso a largo plazo, al igual que fomentar el ejercicio físico y motivar al paciente para conseguir una modificación de su conducta.

En primer lugar, será necesario conocer los hábitos dietéticos, para poder establecer un plan de cuidados diseñado según las necesidades del paciente. Se preguntará dónde acostumbra a realizar las comidas y con quien, las bebidas que toma, a qué hora realiza las comidas, que preferencias alimenticias tiene, ect. La enfermera proporcionará una educación alimentaria mediante consejos para conseguir una correcta alimentación.

Se aconsejará al paciente una distribución de alimentos a lo largo del día, con el fin de realizar tres comidas principales (desayuno, comida y cena) y dos almuerzos (uno por la mañana y otro por la tarde).

En segundo lugar, fomentar la actividad física ayuda a reducir peso y mejora el estado físico del paciente. El ejercicio junto con una buena alimentación consume calorías, mantiene la musculatura, disminuye otros factores de riesgo relacionados con la obesidad, como la hipertensión arterial y el colesterol, mejora la movilidad de las articulaciones y reduce el riesgo de problemas cardiovasculares. Será importante tener en cuenta las limitaciones del paciente como el exceso de peso, patología respiratoria, inseguridad en sí mismo, etc.

Se aconsejará realizar ejercicio físico diariamente, como caminar ya que es una actividad física sencilla, que puede realizarse en familia o amigos y conseguir que sea más ameno y divertido y el paciente puede organizarse estableciendo su ritmo y horario.

En tercer lugar, la obesidad es una enfermedad crónica que afecta al paciente de forma integral (física, social y psicológicamente). Es importante que este programa educativo proporcione al paciente la motivación, habilidades y conocimientos necesarios para llevar a cabo un cambio eficaz de los hábitos de vida.

DISLIPEMIA

La dislipemia es un trastorno del metabolismo lipídico que cursa con alteración de la concentración y/o composición de las lipoproteínas plasmáticas.¹⁹

Este término hace referencia no solo a la elevación del colesterol y/o de los triglicéridos, sino que también a la concentración inferior del colesterol HDL. La importancia en la reducción de las cifras del colesterol LDL se debe a que a mayor colesterol total, mayor riesgo cardiovascular.

En la valoración inicial al paciente, será necesario conocer los hábitos dietéticos, la ingesta de fármacos que toma (si los toma), antecedentes familiares y personales, hábitos como el tabaco o el alcohol, las cifras de tensión arterial, el índice de masa corporal y exploración de los pulsos.

La dislipemia es un factor de riesgo cardiovascular por lo que es preciso evaluar el riesgo vascular total.

El personal de enfermería se interesará en conocer la alimentación y la actividad física del paciente. Se aconsejará modificar los hábitos de vida estableciendo un equilibrio entre el gasto energético y la ingesta, con el fin de conseguir y mantener el peso adecuado para el mismo.

Si el paciente es fumador, será importante informar acerca de las consecuencias que acarrea fumar para tratar de lograr el abandono del tabaco puesto que, el tabaco elevan la concentración de colesterol total y disminuyen la concentración del colesterol HDL.

Se llevará a cabo una evaluación periódica del paciente con el fin de determinar su estado de salud. Si la modificación en el estilo de vida no diera resultado, se trataría farmacológicamente en relación con su riesgo cardiovascular.

TABACO

La OMS considera al consumo de tabaco un trastorno que incluye un consumo perjudicial que causa problemas físicos o psicológicos, síndrome de dependencia y síndrome de abstinencia y también informa que cualquier cantidad consumida de tabaco puede tener efectos nocivos.¹⁸

El primer paso para tratar este factor de riesgo, será identificar al paciente fumador mediante la valoración inicial. Si el paciente fuera fumador, será de utilidad conseguir más información acerca del consumo de tabaco, determinando el número de cigarrillos que fuma al día y el tiempo aproximado que lleva fumando.

Existe una relación entre la cantidad de tabaco consumida y la posibilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular.

El abandono del consumo de tabaco es más costoso a aquellos pacientes que llevan fumando un largo periodo de tiempo. Este aspecto será importante tenerlo en cuenta.

Sería necesario conocer las intenciones del paciente, si tiene intención de dejar de fumar y realizar un serio intento de abandono, si es un propósito que se plantea para dentro de un periodo de tiempo, si no tiene intención de deshabituarse, ect.

En todo caso, motivar al paciente es muy importante así como animar y apoyar al mismo para que conozca el riesgo que tiene ser fumador y se informará a cerca de las ventajas que genera el abandono del mismo. El objetivo será conseguir que el paciente sea capaz de valorar su necesidad y dependencia al tabaco y que él mismo tome la decisión de mejorar su calidad de vida.

SEDENTARISMO

La falta de actividad física es un factor de riesgo cardiovascular. Se entiende como actividad física a la energía necesaria para realizar un movimiento, es decir, es una energía a mayores de la que el organismo necesita para las funciones vitales como la respiración o el retorno venoso. Se consideran actividades físicas subir y bajar escaleras, andar, mover objetos, ect.

Existe una relación directa entre la alimentación y el consumo de energía. Actualmente, con el avance de las tecnologías y el transporte público, la inactividad física ha aumentado. Al disponer de facilidades a la hora de realizar actividades laborales o tareas del hogar, existe una menor motivación para la práctica de actividades físicas.

Es necesario tener en cuenta que el ejercicio realizado de forma regular mejora el estado de salud y produce beneficios para el paciente al disminuir el riesgo de padecer patología cardiaca.

Fomentar la actividad física ayuda a reducir el número de afecciones cardiacas, ya que el sedentarismo es un factor de riesgo que puede llegar a modificarse mediante la educación sanitaria. Un buen estado cardiorrespiratorio y la práctica de ejercicio reducen la aparición de infarto agudo de miocardio.²⁰

Las recomendaciones sobre la actividad física serán diferentes según las condiciones físicas y la edad del paciente. Realizar un mínimo de ejercicio físico al día es muy importante, porque a largo plazo ofrece beneficios para la salud. Algunos de los ejercicios recomendados serán caminar diariamente, reducir las horas de televisión, estiramientos, ect.

En consecuencia, la actividad física disminuye el riesgo de sufrir patología coronaria, permite mantener el peso del paciente, favorece la movilidad articular, reduce la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes u obesidad y mejora la salud mental.

CONCLUSIONES Y OPINIÓN PERSONAL

1. El infarto agudo de miocardio es una patología que provoca un elevado número de muertes en la sociedad actual. Por ello, creo oportuno fomentar la educación sanitaria a la población sana, y especialmente a la población de riesgo con el fin de reducir el número de casos de infarto por malos hábitos de vida.
2. Los pacientes con un ataque coronario previo sufren el riesgo de reinfarto además de la disminución en la calidad de vida. Una atención de enfermería centrada y orientada al paciente que ha padecido un infarto agudo de miocardio sería imprescindible ya que considero que son pacientes que requieren un seguimiento continuo con el fin de evaluar el riesgo y reducirlo. El paciente ha de ser capaz de establecer unos objetivos a cumplir y junto con el apoyo del personal de enfermería, lograr alcanzar esos beneficios deseados para el mismo.

3. El proceso de prevención en las enfermedades cardiovasculares desempeñado por los profesionales sanitarios es de vital importancia y así se demuestra en el estudio realizado dentro del programa de investigación en procesos inflamatorios y cardiovasculares, que analiza la incidencia de infarto agudo de miocardio proyectada a 2020, llegando a la conclusión de que es más rentable prevenir que curar.²¹ En este estudio la tendencia en la tasa de incidencia por infarto agudo de miocardio se verá incrementada por factores de riesgo tales como hipertensión arterial, tabaquismo y colesterol entre otros. Basándome en la bibliografía consultada, considero que habría que potenciar la intervención de los profesionales sanitarios en prevención, dotándoles de todos los medios necesarios para que puedan desarrollar con éxito una labor de prevención y control que haga disminuir los casos de infarto agudo de miocardio consiguiendo importantes resultados en la disminución de la mortalidad por esta patología cardíaca.

4. Actualmente, los profesionales sanitarios tienen como objetivo el abordaje de los pacientes con patología crónica. Existen limitaciones en el seguimiento y control de estos pacientes más vulnerables en relación a su estado de salud. La prevención secundaria para disminuir los factores de riesgo es necesaria pero los recursos destinados a la misma son insuficiente.²²

Según M^o Jesús Rodríguez García, enfermera de Atención Primaria, ejecutando un plan de cuidados efectivo y fortaleciendo la prevención secundaria se puede ayudar a mejorar la cantidad - calidad de vida y la situación de la enfermedad en la que el paciente se encuentra²³. En mi opinión, un seguimiento continuo y específico al paciente cardíaco, desempeñando las funciones de enfermería y potenciando el autocuidado por parte del paciente, daría resultados positivos en cuanto al pronóstico de la enfermedad, reduciendo la incidencia de infarto y aumentando la esperanza de vida de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amor A., Masana L., et al. Estimación del Riesgo Cardiovascular en España según la guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev. Española de Cardiología. 2015; 68 (5): p. 417 – 425.
2. Sevillano E. La crisis frena la caída de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Rev. El País. 28 de Agosto de 2014.
3. Andrés E., Cordero A., et al. Mortalidad y reingreso tras infarto agudo de miocardio, un estudio de seguimiento de ocho años. Rev. Española de Cardiología. 2012; 65 (5): p. 414 – 420.
4. Madrideojos R., Majem L., et al. “Salud en el corazón”. Resultados del programa de educación sanitaria en salud cardiovascular de Mutua Terrassa. Rev. Atención Primaria ELSEVIER. 2014; 46 (9): p. 457 - 463.
5. Barceló A., Cameron A., et al. Evite los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares. No sea una víctima, protéjase. OMS. 2005: p 4 - 44. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/cvd_report_es.pdf?ua=1
6. Anchique C. Prevención secundaria de enfermedad coronaria: Aún ajena a la práctica médica diaria. Rev. Colombiana de cardiología [Internet]. 2013; volumen 20 (2): p: 77- 79. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563313700305>
7. Sevillano E. La enfermedad cardiovascular es prevenible casi en el 90% de los casos. Rev. El País. 3 septiembre de 2014.
8. Dachin N., Puymirat E. 1980 – 2010: Las tres décadas gloriosas de la cardiología. Un esfuerzo colectivo y exhaustivo recompensado por unos resultados clínicos extraordinarios. Rev. Española de Cardiología. 2011; 64 (11): p. 956 – 961.
9. FAC. Federación Argentina de Cardiología [Internet] Congresos Internacionales de cardiología por Internet.. Argentina: FAC 5to Congreso Internacional de Cardiología. 5to Congreso Virtual de Cardiología – QCVC. Aguilera E. Publicado en Octubre de 2007. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/qcvc/publico/ap004/aguilerae.php>
10. Alonso J., Ayuso B., et al. Actuación en Atención Primaria ante el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Código Infarto. Majadahonda (Madrid). Ergon ; 2013: p 3-10.

11. Álvarez J., Casado I., et al. Reperusión del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en la Comunidad de Madrid. Código Infarto. Majadahonda (Madrid). Ergon; 2013; p 12- 32.
12. Benítez V., Castillo L., Armida R., de Jesús I. Proceso de enfermería en un paciente adulto mayor con infarto agudo de miocardio. Rev de Enfermería ENE [Internet]. 2010; 4(1): p. 64 – 83. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/112/95>
13. Potter P., RN, MSN, PhD, FAAN. Pensamiento crítico en la práctica de enfermería. En: Potter P., RN, MSN, PhD, FAAN. Fundamentos de Enfermería. Octava edición. Elsevier España S.L.; 2015: p 187 – 274.
14. Márquez P., Santos M., et al. Plan de cuidados en prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en una unidad de cuidados intensivos coronarios. Biblioteca Las Casas – Fundación Index [Internet]. 2009 5(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0415.pdf>
15. López MG., Rus C., et al. Aplicación de un plan de cuidados de enfermería en un programa de insuficiencia cardiaca. Rev. Enfermería en cardiología. 2007. N° 41: p 25-32.
16. Gomis R. La Diabetes. En: Rodés J., Piqué JM., et al. Libro de la salud del hospital clínico de Barcelona y la fundación BBVA. Bilbao: Editorial NEREA S. A. 2007; p. 411 – 415.
17. Díaz O., Villanueva I., Iglesias E. Hipertensión arterial. Papel de enfermería en educación sanitaria. En: Bravo M., Iñiguez A., Díaz O., Calvo F. Manual de cardiología para enfermeras. Alfer – Vigo; 2006; p. 320 – 325.
18. OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. España. OMS. Enero 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
19. Silveira A., Paredes E. Dislipemias. En: Baz J., Castro M., et al. Manual de cardiología para residentes. ERGON, S.A. Majadahonda (Madrid): AstraZeneca; 2014; p. 669 – 678.
20. Márquez R., Rodríguez J., De Abajo S., Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. Rev. Apunts Educación física y deportes. 2006 (83): p 12 - 24.
21. Incidencia de Infarto de Miocardio proyectada a 2020:¿Es más rentable prevenir que intentar curar?. Foro de Sanidad; 2011 Octubre 3 - 4. Universidad de Alcalá, España.

22. Rico – Blázquez M., Sánchez S., Fuentelsanz C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. Rev. Enfermería Clínica – ELSEVIER. 2014; 24 (1): p. 44 – 50.

23. Rodríguez MJ. Cuidados post-infarto: necesarios pero no suficientes. Rehabilitación cardiaca en la consulta de la enfermera comunitaria. RqR Enfermería comunitaria (Rev. de SEAPA). 2014; 2(1); p. 12 – 16.

ANEXO 1

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (MINNESOTA)

Cuestionario sobre calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca:

Las siguientes preguntas hacen referencia al modo en que su situación cardiaca impide que usted realice una vida tal y como la hubiera deseado. Los siguientes enunciados describen diferentes maneras en las que la gente se siente afectada. Si usted no está seguro de que alguna de las preguntas esté relacionada con su fallo cardiaco, o bien considera que no está relacionada por favor, marque el 0 y pase a la siguiente pregunta. En caso de que sí esté relacionada, señale el número que describa cuanto interfiere su situación cardiaca con la vida que a usted le gustaría llevar a cabo. *El 1 significa muy poco y el 5 significa mucho.*

¿Su situación cardiaca impide que usted realice la vida tal y como le gustaría durante el último mes debido a:

	1	2	3	4	5
Edemas en sus piernas, tobillos?					
Necesidad de descansar o tumbarse durante el día?					
Dificultad de andar o subir escaleras?					
Dificultad para hacer la tarea de la casa o el jardín					
Dificultad para desplazarse fuera de casa?					
Dificultad para descansar por la noche?					
Dificultad para relacionarse o hacer actividades con sus amigos/parientes?					
Dificultad para ganar dinero para vivir?					
Dificultad para realizar deporte, aficiones o pasatiempos?					
Dificultad para realizar sus actividades sexuales?					
Imposibilidad de comer/beber lo que usted desearía?					
Dificultad en la respiración?					
Sentirse cansado, débil, falta de energía?					
Necesidad de ser hospitalizado?					
Necesidad de invertir dinero en su salud?					

Efectos secundarios debidos a la medicación?					
Sentimiento de carga para su familia o amigos?					
Sentimiento de pérdida del autocontrol en su vida?					
Sentimiento de preocupación?					
Dificultad para concentrarse o recordar las cosas?					
Sentimiento de depresión?					

TEST DE MORISKY – GREEN (ADHERENCIA AL TRATAMIENTO)

“ Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?” SÍ NO

“ Toma los fármacos a la hora indicada?” SÍ NO

“Cuando usted se encuentra bien, deja alguna vez de tomarlos?” SÍ NO

“Y, si alguna vez le sienta mal, deja usted de tomar la medicación?” SÍ NO

(Una respuesta incorrecta califica de incumplidor. Se considera cumplidor si las cuatro preguntas son correctas).

ESCALA DE PFEIFFER (VALORACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO)

CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)		
	Ingreso	Alta
1. ¿Qué día es hoy? Día, mes, año (los tres correctos para puntuar)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Cómo se llama este lugar? Cualquier descripción correcta.		
4. ¿Cuál es el número de su teléfono? Si no tiene teléfono, ¿Cuál es la dirección de su casa?		
5. ¿Qué edad tiene?		
6. ¿Cuándo nació usted? Día, mes, año (los tres correctos para puntuar)		
7. ¿Quién es el rey de España?		
8. ¿Quién ganó la guerra civil española? O ¿Quién gobernó España durante 40 años?		
9. ¿Cuál era el nombre y apellido de su madre?		
10. Reste tres de veinte y siga restando tres de cada número nuevo. Para puntuar necesita la serie entera: 20-17-14-11-8-5-2		

PUNTUACIÓN TOTAL (nº errores)

No alfabetizado	
Menos de 8 años de escolaridad	
Más de 8 años de escolaridad	

ESCALA DE BARTHEL (VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA)

COMER	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo
0	DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona
VESTIRSE	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
5	NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	DEPENDIENTE.
ARREGLARSE	
5	INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
0	DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda
DEPOSICIÓN	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
0	INCONTINENTE.
MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.
0	INCONTINENTE.
IR AL RETRETE	
10	INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona
5	NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.
0	DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.
TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias)	
15	INDEPENDIENTE. No precisa ayuda
10	MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
5	GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0	DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
DEAMBULACIÓN	
15	INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo.
10	NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.
5	INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
0	DEPENDIENTE
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
5	NECESITA AYUDA
0	DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.
<20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve	

Figura 19. Índice de Barthel. Actividades básicas de la vida diaria.