



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE PREVENCIÓN
SECUNDARIA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN
ATENCIÓN PRIMARIA

Autora: Natalia Sánchez Gallego

Director 1: Ana Gascón Catalán



ÍNDICE

RESUMEN (español).....	3
RESUMEN (inglés).....	4
SIGLAS.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6-8
OBJETIVOS.....	8
METODOLOGÍA.....	9-10
DESARROLLO	
-DIAGNÓSTICO:	
• ANÁLISIS.....	11
• PRIORIZACIÓN.....	11-12
- PLANIFICACIÓN:	
• OBJETIVOS.....	13
• DESTINATARIOS.....	13
• RECURSOS.....	14
• ESTRATEGIAS.....	15
• ACTIVIDADES.....	15
• CRONOGRAMA.....	16-17
- EJECUCIÓN.....	18-22
- EVALUACIÓN.....	22
CONCLUSIONES.....	23
BIBLIOGRAFÍA.....	24-27
ANEXOS.....	28-38

RESUMEN

Objetivo: El Infarto Agudo de Miocardio es una enfermedad crónica y como tal se debe proporcionar una atención más completa con el fin de evitar recidivas y aumentos de morbilidad, mortalidad y reingresos hospitalarios. En la actualidad, uno de de los grandes retos que tiene Atención Primaria es el dar cobertura a las actividades preventivas necesarias que eviten el agravamiento y recidiva que presentan los pacientes que han sufrido dicha patología

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de bases de datos, páginas webs, libros y protocolos para elaborar un Programa de Educación para la Salud de Prevención Secundaria del Infarto de Miocardio en Atención Primaria.

Desarrollo: Las diferentes actuaciones del Programa de Salud deben estar encaminadas a mejorar el estado de salud físico y psíquico, detectando y controlando factores de riesgo y educando al paciente y su familia para conseguir su reinserción social y laboral.

Conclusiones: Los Programas de Educación de Prevención Secundaria en Atención Primaria organizados dentro de equipos coordinados, de intervención multidisciplinar y multifactorial se presentan como herramienta terapéutica útil para la consecución de los objetivos de prevención del Infarto Agudo de Miocardio, así como de las secuelas que producen.

Palabras clave: Infarto Agudo Miocardio, Prevención Secundaria y Atención Primaria.

ABSTRACT

Objectives: Acute Myocardial Heart Attack is a chronic disease and as such should provide more comprehensive care in order to avoid recurrence and increases morbidity, mortality and hospital readmissions. At present, one of the great challenges that Primary Health Care is to cover the necessary preventive activities to avoid worsening and recurrence presented by patients who have had this pathology.

Methods: Has conducted a literature search through databases, websites, books and protocols to Develop a Education Program for Secondary Prevention of Acute Myocardial Heart Attack in Primary Health Care.

Development: The different actions of the Education Programme should be aimed at Improving the state of physical and mental health, identifying and controlling risk factors and educating the patient and family to get their social and labor reinsertion.

Conclusions: Education Programs Secondary Prevention in Primary Health Care organized into teams coordinated, multidisciplinary and multifactorial intervention are presented as useful therapeutic tool for achieving the objectives of preventing Acute Myocardial Heart Attack as well as the consequences they produce.

Keywords: Acute myocardial heart attack, secondary prevention, primary health care.



SIGLAS

Enfermedades cardiovasculares (ECV)

Infarto agudo de miocardio (IAM)

Atención primaria (AP)

Programa de educación para la salud (PES)

Instituto General de Estadística (INE)

Prevención secundaria (PS)

Entrenamiento de relajación progresiva (ERP).

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la **principal causa de muerte** en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa.

Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,3 millones de personas por ECV, sobre todo por cardiopatías, y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte (1-2).

El infarto agudo de miocardio (IAM) es la necrosis miocárdica aguda de origen isquémico, secundaria a la obstrucción total de una arteria coronaria. Cuando la obstrucción coronaria se prolonga en el tiempo (más de 20-45 minutos) la isquemia produce una lesión tisular progresiva e irreversible.

La zona de necrosis está rodeada a su vez de una zona de tejido isquémico. Si no se recupera con rapidez la circulación mediante un tratamiento precoz en las 3-4h de iniciados los síntomas, se verá afectada la capacidad del corazón de mantener un gasto cardiaco eficaz, lo que culminará, en dependencia de la extensión del infarto, con un shock cardiogénico y en algunos casos la muerte del paciente (3-6).

El elevado número de casos de IAM en España está determinado fundamentalmente por el envejecimiento progresivo de su población. Según datos del Instituto General de Estadística (INE) referidos al año 2007, en mujeres, la causa relacionada con un mayor número de muertes fue el ictus (aproximadamente un 10% de todas las muertes), seguida del infarto agudo de miocardio (IAM) con el 8,6%. En hombres, en cambio, se invirtió el orden y el IAM representó el 10,5% del total de muertes.

En el año 2013 según datos obtenidos del INE se produjeron 394.120 ingresos en hospitales por IAM de los cuales 13.393 fueron en la provincia de Aragón.

Respecto a la edad de aparición del episodio en hombres en el año 2013 fue entre los 55-75 años; en las mujeres fue entre 65-75 años (7-9).

El conocimiento de los principales factores de **riesgo modificables** de las enfermedades cardiovasculares permite su prevención, ya que son **responsables del 80-90% de la enfermedad coronaria**.

Figuran entre los factores de riesgo modificables: dislipemia, tabaquismo, hipertensión arterial, inactividad física, obesidad, diabetes mellitus, dietas no saludables y estrés psicosocial.

Además también habrá que tener en cuenta los factores de riesgo no modificables: la edad superior de 55 años, la historia familiar de ECV, el sexo masculino y la etnia (10, 11).

La epidemiología de las ECV se caracteriza por tener una etiología **multifactorial**, los factores de riesgo cardiovascular se potencian entre sí y, además, se presentan frecuentemente asociados. Por ello, el abordaje más correcto de la prevención cardiovascular requiere una valoración conjunta de los factores de riesgo (12,13).

Los reingresos por infarto agudo de miocardio recurrente son muy frecuentes: se registró un reingreso debido a un nuevo infarto agudo de miocardio en el **44,2%** de los pacientes de 45 a 65 años durante el primer año y en el **73,9%** a los 3 años del alta hospitalaria (14,15).

El objetivo de la **prevención secundaria** (PS) de las ECV es reducir la aparición de nuevos acontecimientos cardiovasculares y la mortalidad asociada. Para conseguirlo, hay que abordar globalmente el riesgo cardiovascular de cada paciente y considerar el conjunto de factores de riesgo (16).

La **atención primaria** (AP) posee las características de accesibilidad y relación cercana del personal sanitario con el paciente que la convierte en la pieza clave de la atención sanitaria para llevar a cabo un proyecto de PS (17).

Los pacientes que han sufrido IAM tienen que afrontar muchos cambios en su forma de vida que altera su equilibrio y que hace necesario un proceso de adaptación en el plano personal, familiar, social y laboral. El

seguimiento por parte de su **enfermera de AP** ha demostrado que les ayuda a conseguir mayor adhesión a los nuevos hábitos si el nivel de información y educación que se les da a los pacientes y a sus familias es mayor y está planificado (18-20).

Se corre el riesgo de vulnerar esta adhesión y por tanto aumenta la probabilidad de sufrir un nuevo episodio de IAM, por ello, se debe establecer un **control** de estos pacientes **mantenido en el tiempo**, e incidiendo en los momentos de menor motivación (21).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Diseñar un programa de educación para la salud (PES) de Prevención Secundaria en Atención Primaria para pacientes que hayan sufrido un IAM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una revisión bibliográfica centrada en el seguimiento, información y apoyo que reciben los pacientes en AP tras sufrir un IAM.
- Evidenciar la importancia que los PES tienen sobre los pacientes que han sufrido un IAM.
- Poner de manifiesto la eficacia que el PES en PS tiene en el control de los factores de riesgo y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un IAM.

METODOLOGÍA

Se ha elaborado un PES en AP coordinado por el equipo de enfermería y con la colaboración de otros profesionales sanitarios; dirigido a pacientes y familiares que han sufrido un IAM.

Para alcanzar los objetivos citados anteriormente, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en donde toda la información utilizada se obtuvo a partir de bases de datos, protocolos, tesis, libros y páginas Web con las palabras clave: *enfermedades cardiovasculares, infarto miocardio, prevención secundaria, atención primaria, enfermería, myocardial y secondary prevention.*

Además toda la bibliografía utilizada ha sido publicada en los últimos 10 años.

BASES DE DATOS	PALABRA CLAVE	TOTAL	UTILIZADOS
Pubmed	myocardial "and" prevention secondary	5	1
Cuiden	infarto miocardio "and" prevención secundaria	5	1
Dialnet	Infarto miocardio "and" atención primaria	7	3
Science-direct	reinfarto miocardio "and" atención primaria	7	3
Science-direct	infarto miocardio "and" prevención secundaria	19	6
Science-direct	adherencia al tratamiento "and" atención primaria	2	1



Protocolos:

- Prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. Estratificación del riesgo cardiovascular (Servicio Aragonés de Salud).
- Protocolo de Relajación de Salud Mental (Servicio Murciano de Salud).

Libros:

- Asistencia de enfermería a los pacientes con cardiopatía coronaria. 2009 (Prentice-Hall).
- Cardiopatía isquémica. Medicina Interna. 2009 (Elsiever-Masson).
- Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009-2011 (Elsiever).

Páginas WEB:

- Organización Mundial de la Salud.
(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>)
- Fundación Española del Corazón.
(<http://www.fundaciondelcorazon.com/informacionparapacientes/enfermedades-cardiovasculares/infarto.html>)
- Instituto Nacional de Estadística.
(<http://www.ine.es/inebmenu/indice/htm>)
- Servicio Aragonés de Salud.
(<http://www.aragon.es/sas>)
- Ayuntamiento de Alagón.
(<http://www.ayuntamiento.es/alagon>)

DESARROLLO

DIAGNÓSTICO

1. ANÁLISIS

El paciente con ECV tiene una prioridad absoluta en la prevención de AP. Sin embargo, es frecuente observar que el acceso de los profesionales de enfermería a este tipo de enfermo está muy restringido, salvo por derivación médica.

La razón parte de que es un paciente controlado anualmente por el cardiólogo.

El hecho de que la estancia media hospitalaria de los pacientes haya disminuido notablemente hace que el paciente muchas veces no pueda recibir una educación adecuada en el hospital sobre su enfermedad.

En este complejo contexto, y con una estructura sanitaria diseñada para atender a pacientes con procesos agudos, el manejo para llevar a cabo la PS por parte de los profesionales es un reto organizativo para la gestión y un problema de salud pública (22,23).

2. PRIORIZACIÓN

El objetivo de la PS en IAM es reducir la mortalidad y la aparición de nuevos episodios.

Sin embargo, el cumplimiento de las medidas de PS aportadas durante su ingreso hospitalario deja mucho que desear; el estudio EUROASPIRE II muestra que a los 6 meses de seguimiento tras el IAM: el 20% de fumadores seguía fumando, el 53% de los hipertensos mantenía cifras elevadas de presión arterial, el 58% tenían un elevado colesterol y el 32% de los obesos seguía sin perder peso (24).

El autor Ortego destaca que los niveles más bajos de adhesión aparecen en pacientes con enfermedades crónicas, en las que no hay un malestar o un riesgo evidente, en aquellos que requieren cambios en el estilo de vida y cuando la prevención en lugar de curar o aliviar los síntomas pretende instaurar un hábito de vida (25).

Por tanto en este tipo de pacientes es conveniente mantener un **seguimiento**, ya que la conducta de adherencia decae con el tiempo.

Con todo esto queremos destacar la importancia de elaborar un PES por parte de enfermería en AP ya que es el lugar accesible con una relación cercana entre el personal sanitario y el paciente para llevar a cabo la **continuidad** de los cuidados.

Las diferentes actuaciones del PES deben estar encaminadas a mejorar el estado de salud físico y psíquico, detectando y controlando factores de riesgo y educando al paciente y su familia para conseguir su reinserción social y laboral (20).

Es por ello por lo que en este PES trabajaremos los siguientes diagnósticos NANDA:

- Conocimientos deficientes (00126) r/c falta de exposición m/p comportamientos inapropiados
- Disposición para mejorar la propia salud (00162): reducción de factores de riesgo, manejo adecuado del tratamiento, no hay presencia de los síntomas de la enfermedad.
- Deterioro de la capacidad de recuperación personal (00210) r/c IAM m/p actitudes negativas hacia la conducta de salud y falta de motivación para cambiar conductas.
- Ansiedad (00146) m/p cambio en el estado de salud r/c expresa preocupaciones debidas a cambios de acontecimientos vitales (26).

PLANIFICACIÓN

1. OBJETIVOS

GENERAL

Disminuir la morbilidad y mortalidad de los pacientes que han sufrido IAM a través de un PES de PS en el Centro de salud (CS) de Alagón.

ESPECÍFICO

- Mejorar y prolongar la calidad de vida del paciente que ha sufrido un IAM.
- Hacer consciente al paciente de cómo afecta en su salud la modificación del estilo de vida.
- Modificar los factores de riesgo cardiovascular para mejorar su estilo de vida.
- Vigilar la adherencia al tratamiento.
- Dar herramientas al paciente para el manejo de la ansiedad.
- Incorporar a las actividades laborales y habituales de su vida cotidiana.

2. DESTINATARIOS

Toda población perteneciente al CS de Alagón y que haya sufrido IAM en los últimos 6 meses, además de los familiares de estos pacientes, es decir, sus cuidadores principales.

El CS de Alagón corresponde al Sector sanitario Zaragoza III.

Consta de una **población de 15.549 personas**. Esta zona incluye 12 municipios y 15 entidades singulares de población. En funcionamiento desde el 1 de marzo de 1993 (27,28).

3. RECURSOS

-Recursos humanos: El PES no será realizado solo por enfermería; sino que contará con la colaboración del médico, fisioterapeuta y la psicóloga del centro.

-Recursos económicos: Para llevar a cabo el PES no se necesitará ingresos extras, ya que es un programa que sólo precisa de materiales disponibles en el CS.

-Recursos materiales:

- Materiales inventariables: ordenador, fotocopiadora, impresora, cintas rodantes, bicicleta estática, sillas, equipo de monitorización y carro de paradas.
- Materiales fungibles: folios, pizarra, rotulador.....

-Recursos espaciales: Todas las sesiones del PES serán llevadas a cabo en la sala de usos múltiples del CS de Alagón.

-Recursos temporales: Se desarrollará el PES 1 vez a la semana con 1 hora y 30 minutos de duración cada sesión durante 7 miércoles. En caso de que sea festivo algún miércoles se acordará con el grupo y con CS un día alternativo.



4. ESTRATEGIAS

Para entrar a formar parte del PES, los pacientes deberán de ser remitidos desde la consulta médica de AP.

El PES será llevado a cabo en la sala de usos múltiples del CS de Alagón cuya ubicación se encuentra en la planta calle.

Se trata de una sala amplia y grande que cuenta con sillas, pizarra, diferentes aparatos de ejercicios..... utilizada por varios profesionales sanitarios, en especial fisioterapeuta, por eso es preciso reversar para su uso.

La encargada de dirigir el programa será la **enfermera**, pero contará con la colaboración del **médico** para solicitar e interpretar pruebas diagnósticas como pueden ser las analíticas, electrocardiogramas....además de ser el responsable del seguimiento de la evolución clínica a nivel extrahospitalario. A nivel presencial el **fisioterapeuta** del CS acudirá a dos sesiones para la realización de actividad física; y la **psicóloga** también acudirá a una sesión con la finalidad de abordar aspectos psicológicos que la mayoría de estos pacientes sufren.

5. ACTIVIDADES

En la siguiente tabla se presenta el cronograma en el que aparece la actividad, fecha, hora, lugar y profesional encargado de cada sesión.

6. CRONOGRAMA

SESIONES	FECHA	ACTIVIDAD/ TEMAS	HORA	LUGAR	PERSONA
SESIÓN 1	8 Abril	-¿Qué es un IAM? -Reconocimiento de síntomas de alarma y actuación. -Adherencia al tratamiento.	17.30- 19.00	Sala de usos múltiples CS Alagón.	Enfermera
SESIÓN 2	15 Abril	-Conocimiento de los principales factores de riesgo. -Dieta. -Tabaco.	17.30- 19.00	Sala de usos múltiples CS Alagón	Enfermera
SESIÓN 3	22 Abril	-Actividad física.	17.30- 19.00	Sala de usos múltiples CS Alagón	Enfermera y Fisioterapeuta.
SESIÓN 3	29 Abril	-Actividad física.	17.30- 19.00	Sala de usos múltiples CS Alagón	Enfermera y Fisioterapeuta.

SESIÓN 4	6 Mayo	-Afrontamiento psicoemocional.	17.30- 19.00	Sala de usos múltiples CS Alagón	Enfermera y Psicóloga.
SESIÓN 5	13 Mayo	-Control emocional.	17.30- 19.00	Sala de usos múltiples CS Alagón	Enfermera
SESIÓN 6	27 Mayo	-Readaptación socio-laboral.	17.30- 19.00	Sala de usos múltiples CS Alagón	Enfermera.
EVALUACIÓN	En 6 meses	-Evaluación del PES	17.30- 19.00	Sala de usos múltiples CS Alagón	Enfermera y Médico.

EJECUCIÓN

La evaluación inicial del estado clínico del paciente es un componente esencial de los PES, se llevará a cabo previo al comienzo del programa en la consulta médica y enfermera.

Dicha evaluación incluye:

- Desarrollo y actualización de la historia clínica del paciente.
- Valoración física del paciente debido a la inclusión del ejercicio en el PES como medida de PS, no solo desde el punto de vista cardiorrespiratorio, sino también del aparato locomotor y neurológico. Hay que tener en cuenta que más del 20% de los pacientes presentan patologías concomitantes que les ocasiona el abandono del ejercicio.
- Datos analíticos y electrocardiograma.
- Valoración de calidad de vida a través del cuestionario de salud SF-36 consta de 36 ítems divididos en 8 dimensiones: Función física y social, limitaciones del rol físico y emocional, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. La puntuación va entre 0-100. A mayor puntuación mejor estado de salud (ANEXO 1) (13,29).

El programa consta de 7 sesiones que se llevarán a cabo todos los miércoles en la sala de usos múltiples del CS Alagón en horario de 17.30 a 19.00 horas en presencia de pacientes y familiares salvo las sesiones 3 y 5 que sólo serán para los pacientes.

A continuación se describe brevemente cada una de las sesiones y se presenta la carta descriptiva de la sesión 5 en anexos.

SESIÓN 1:

Tema: CONCEPTOS BÁSICOS DEL IAM

Objetivos:

1º Conocer qué es el IAM, consecuencias y métodos de actuación en caso de reaparición del episodio.

2º Potenciar la adherencia al tratamiento; se quiere conseguir:

- Otorgar a los pacientes responsabilidades en sus tratamientos.
- Entrenar a los pacientes en las habilidades necesarias para llevar a cabo el tratamiento.
- Prevenir las recaídas.
- Proporcionar a las familias información, entrenamiento y apoyo.

Metodología:

La primera parte se utilizará el soporte power point, y la segunda parte se hará en forma de debate además de evaluar el cumplimiento terapéutico mediante el Test de Morinsky-green (Anexo 2).

Al finalizar esta sesión se les requerirá a los pacientes que para la próxima sesión traigan un registro semanal de las comidas y bebidas que han realizado durante esa semana.

SESIÓN 2:

Tema: CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO DEL IAM

Objetivos:

1. Diferenciar factores de riesgo modificables y no modificables.
2. Evaluar hábitos alimenticios a partir del registro elaborado a lo largo de la semana.
3. Educar y aconsejar a los pacientes y familia con objetivos dietéticos y la manera de conseguirlos.

4. Ayudar a avanzar en el proceso de dejar de fumar y conseguir el cese completo (Anexo 3).

Metodología:

Nos apoyaremos en la imagen de la pirámide de los alimentos y utilizaremos el test de Fagerström para evaluar el grado de dependencia a la nicotina de los pacientes (Anexo 4).

SESIÓN 3:

Tema: ACTIVIDAD FÍSICA

Se llevará a cabo en dos días con la presencia del fisioterapeuta del CS.

Objetivo:

- Recomendar pautas de ejercicio físico teniendo en cuenta tanto la intensidad, duración y la frecuencia con la que se va a realizar el ejercicio físico (30).

Metodología:

Se trata de una actividad práctica; se utilizará la bicicleta estática y la cinta rodante.

Se les aconseja a los pacientes que al menos un par de días a la semana acudan al gimnasio al aire libre que hay en Alagón y que realicen estos mismos ejercicios.

SESIÓN 4:

Tema: AFRONTAMIENTO PSICOEMOCIONAL.

Se contará con la presencia de la psicóloga del CS.

El abordaje de los aspectos psicológicos del paciente que ha sufrido un IAM es de gran importancia. Se ha estimado que hasta un 50% de los pacientes ingresados en una Unidad coronaria presentan ansiedad.



Objetivo:

- Analizar con el paciente sentimientos y emociones poniéndoles nombre.

Metodología:

Se realizará en forma de debate para que los pacientes y familiares puedan exponer sus puntos de vista y de esta forma entre todos los presentes poder dar apoyo en encontrar soluciones.

SESIÓN 5:

Tema: ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

Objetivo:

- Enseñar una técnica de relajación llamada Entrenamiento de Relajación Progresiva (ERP) para controlar y manejar el nivel de estrés.

Metodología:

Sesión práctica que consiste en aprender a tensar y después relajar de manera secuencial varios grupos de músculos prestando atención a las sensaciones asociadas en la tensión y relajación.

Con ello se pretende que el paciente aprenda a relajarse y vaya reconociendo y discriminando la tensión y la relajación hasta conseguir reducir la tensión muscular cuando él quiera hacerlo (31).

Carta descriptiva (Anexo 5).

AL finalizar la sesión se les entregará una hoja de valoración del grado de relajación conseguido en casa (Anexo 6).

SESIÓN 6:

Tema: READAPTACIÓN SOCIO-LABORAL

Objetivos:

- Conocer la situación laboral actual del paciente y características del puesto de trabajo.
- Saber interpretar la repercusión del diagnóstico cardiológico en las diferentes actividades laborales.
- Informar y clarificar las dudas que se plantean ante la vuelta al trabajo.
- Trasmitir al paciente mensajes realistas y positivos sobre su futuro laboral (32).

Metodología:

Se realizará un debate con el fin de resolver dudas y ayudar en la toma de decisiones.

EVALUACIÓN

En primer lugar se les informa que tendrán que volverse a realizar en los próximos 6 meses una analítica sanguínea que será valorada por el médico del PES.

Se les pasará el cuestionario de calidad de vida SF-36 con el fin de ver la evolución del estado funcional y bienestar emocional con respecto al primer cuestionario realizado antes de comenzar el PES.

También se les administrará nuevamente al test de Morinsky-Green y Fagerström para evaluar tanto la adherencia al tratamiento como la dependencia al tabaco respectivamente.

Además se evaluara la satisfacción con el Programa de Educación para la Salud con un cuestionario (ANEXO 7).

Pasada esta revisión, luego serán llevadas a cabo cada año.

COCLUSIONES

Con la realización del Programa de Educación para la Salud de Prevención Secundaria en Atención Primaria se busca que el paciente sea conocedor de su enfermedad y del proceso y tratamiento de ésta, de las razones por las que debe adoptar cambios en su estilo de vida, y que deben ser realizados de forma duradera.

Se fomenta y ayuda al aprendizaje de nuevos hábitos para disminuir y hacer desaparecer los factores de riesgo cardiovascular que el paciente presenta, y evitar la aparición de otros nuevos.

En todo momento, se quiere incluir en este proceso a su familia, ya que es un pilar muy importante para el paciente y, además, constituyen una población de apoyo que debemos utilizar de forma positiva.

Por todo esto, consideramos que a través de un Programa de Educación para la Salud basado en la evidencia científica y dirigido a pacientes con IAM, **Enfermería** tiene una gran oportunidad de desarrollar y ejecutar competencias y responsabilidades. El resultado de este tipo de intervenciones es un paciente satisfecho, implicado en su autocuidado y capacitado.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011.
- (2) Organización mundial de la salud (OMS). enfermedades cardiovasculares. marzo 2013; Available at:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>.
- (3) Alves TE, Silva MG, Oliveira LC, Arrais AC, Menezes JE. Performance of the nursing professional in the emergency care to the users affected by acute myocardial infarction. Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE 2013 ;7(1):176.
- (4) LeMone P, Burke K. Asistencia de enfermería de los pacientes con cardiopatía coronaria. In: Martín-Romo M, editor. Enfermería medicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. Vol II. 4th ed. Madrid (España): Prentice Hall; 2009. p. 957.
- (5) Fundación Española del Corazón. Infarto. 2012; Available at:
<http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-parapacientes/enfermedades-cardiovasculares/infarto.html>.
- (6) Sanz G, Bosch X. Cardiopatía isquémica. Farreras Medicina Interna. 16th ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2009. p. 549-69.
- (7) Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de morbilidad hospitalaria, Año 2013; Available at:
<http://www.ine.es/inebmenu/indice/htm>
- (8) Sayago I, García F, Segovia J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. Rev Esp Cardiol 2013 Ago; 66(08):649-56.

- (9) Villegas M, Hernandez M^aC, Sáez AR. Consejos al paciente tras un Infarto Agudo de Miocardio. 2010;17 (5):279-91.
- (10) Gómez A, Martínez AP, Abadía B, Jimenez E, Garjón J, Magdalena J, et al. Protocolo de prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. Estratificación del riesgo cardiovascular. Servicio Aragonés de Salud 2006 Octubre.
- (11) Brunori E, Lopes C, Cavalcante A, Santos V, Lopes J, Barros A. Asociación de factores de riesgo cardiovasculares con las diferentes presentaciones del síndrome coronario agudo. Rev Latino-Am Enfermagem 2014 Jul; 22(4):538-46.
- (12) Villar F, Maiques A, Brotons C, Torcal J, Ortega R, Vilaseca J, et al. Guía de Prevención Cardiovascular en Prevención Primaria. Sociedad Española de Medicina de familia y comunitaria 2003 Nov: 1-76.
- (13) Mora JA. Programa de Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Prevención y Rehabilitación Cardíaca 2009: p. 123-88.
- (14) Christiaan JM. Mejora de la calidad de la asistencia en el infarto agudo de miocardio: es necesario prestar mayor atención al tratamiento médico óptimo a largo plazo y a la prevención secundaria. Rev Esp Cardiol 2012 Mar;65(5):401-2.
- (15) Andrés E, Cordero A, Magán P, Alegría E, Luengo E, et al. Mortalidad a largo plazo y reingreso hospitalario tras infarto agudo de miocardio: un estudio de seguimiento de ocho años. Rev Esp Cardiol 2012; 65:414-20.

- (16) Diogène E, Agustí A, Bosch M, Brotons C. Actualización de la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. Atención Primaria 2004; 33(1):44-9.
- (17) Muñoz MA. Eficacia de la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en atención primaria. Universitat Autònoma de Barcelona: Departamento: Pediatría, Obstetricia, Ginecología y Medicina Preventiva.; Nov 2005.
- (18) Cazorla M, Galán S, Corcoy R, Carrau E, Gusi G, Martínez A. Rehabilitación cardíaca. ¿Cómo mantener los cambios en el estilo de vida de nuestros pacientes?. Enfermería Cardiológica. 2004; 10(32-33):58-61.
- (19) Roig C, Juncá C, Merino O, Ortigosa L, Cazorla M, Monegal Ferran M, et al. Creencias y Percepciones de los cuidadores, formales e informales, del enfermo en cardiopatía isquémica. Enfermería Cardiológica. 2003; 10(29): 30-4.
- (20) Rodríguez M^a.J. Cuidados post-infarto: necesarios pero no suficientes. Rehabilitación cardíaca en la consulta de la Enfermera Comunitaria. Enfermería Comunitaria (Rev SEAPA).2014 Feb; 2 (1): 12-6.
- (21) Cazorla M, Ortigosa L, Isla P, Vivas E, Gil D, Gómez MJ, et al. La percepción del paciente con cardiopatía isquémica a los dos años del primer evento coronario. Enfermería Cardiológica. 2004; 11(31):30-5.
- (22) Oyanguren J. Programa de Prevención y Rehabilitación cardíaca en Atención Primaria. Prevención y Rehabilitación Cardíaca 2009: 265-86.
- (23) Nekane M. Seguimiento del paciente en la fase crónica de la enfermedad coronaria. Sociedad española de Cardiología 2013; 13(B):35-41.



- (24) Álvarez A, Barriales V, Cabal A, Fernández B, García F, Gómez A, et al. Guía de Recomendaciones Clínicas. Cardiopatía Isquémica. 2007.
- (25) Ortego M^aC, López S, Álvarez M^aL. La adherencia al tratamiento. Ciencias Psicosociales 2011;Tema 14.
- (26) Heather Herdman.T P, RN. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación. España: Elsevier; 2009-2011.
- (27) Servicio Aragonés de Salud (SALUD). Sector sanitario Zaragoza 3; Available at: <http://www.aragon.es/sas>
- (28) Ayuntamiento de Alagón. 2011; Available at: <http://www.ayuntamiento.es/alagon>
- (29) Gómez A, Miranda G, Pleguezuelos E, Bravo R, López A, Expósito JA, et al. Recomendaciones sobre rehabilitación cardíaca en la cardiopatía isquémica de la Sociedad de la Rehabilitación Cardio-Respiratoria (SORECAR). Rehabilitación 2014 Dic; 49(2):102-24.
- (30) Estable A. Rehabilitación cardíaca en cardiopatía isquémica. 2005 Jul; 5(1):34-42.
- (31) Ilán I, Hurtado A, Martín JC. Protocolo de Relajación de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud 2004.
- (32) Portuondo M^aT. Reincorporación Laboral. Manual de Enfermería Prevención y Rehabilitación Cardíaca 2009:333-48.

ANEXOS

ANEXO 1:

Olivares p. Perfil del estado de salud de beneficiarios de Isapres: Informe Preliminar.
Departamento de estudios. Gobierno de Chile. Marzo 2005

ESTADO DE SALUD

CUESTIONARIO SF-36 v.2 TM

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, **escriba la mejor respuesta posible**. No deje preguntas sin responder.

1.- En general, diría Ud. que **su Salud es**:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2.- Comparando su **Salud con la de un año atrás**, Como diría Ud. que en general, está **su Salud ahora?**

Mucho mejor Algo mejor Igual Algo peor Peor

3.- Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. ¿ **Su estado de Salud actual** lo limita para realizar estas actividades? Si es así. Cuanto lo limita? Marque el círculo que corresponda.

Actividades	Si, muy limitada	Si, un poco limitada	No, no limitada
a) Esfuerzo intensos; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que requieren gran esfuerzo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la aspiradora, caminar más de 1 hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Levantar o acarrear bolsa de las compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Subir varios pisos por las escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Subir un solo piso por la escalera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Agacharse, arrodillarse o inclinarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Caminar más de 10 cuadras (1 Km).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Caminar varias cuadras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) caminar una sola cuadra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Bañarse o vestirse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.- Durante el **último mes** ¿ Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de **su salud física**?

Actividades	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo u otra actividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estuvo limitado en su trabajo u otra actividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo dificultad para realizar su trabajo u otra actividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.- Durante el **último mes** ¿ Ha tenido Ud. **alguno de estos problemas** en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de **problemas emocionales** (sentirse deprimido o con ansiedad) ?

	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Ha reducido el tiempo dedicado su trabajo u otra actividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha logrado hacer menos de lo que hubiera querido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hizo su trabajo u otra actividad con menos cuidado que el de siempre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.- Durante el **último mes**, ¿ **En que medida** su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales normales** con la familia, amigos o su grupo social?

De ninguna manera Un poco Moderadamente Bastante Mucho

7.-¿ Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo en **el último mes**?

Ninguno Muy poco Leve Moderado Severo Muy severo

8.- Durante **el último mes** ¿ Hasta que punto el **dolor ha interferido con sus tareas** normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa) ?

De ninguna manera Un poco Moderadamente Bastante Mucho

9.- Las siguientes preguntas se refieren a **como se ha sentido Ud.** durante el último mes. Responda todas las preguntas con la respuesta que mejor indique su estado de ánimo. **Cuanto tiempo** durante el último mes:

	Siempre	Casi todo el tiempo	Un poco	Muy poco tiempo	Nunca
Se sintió muy animoso?	<input type="radio"/>				
Estuvo muy nervioso?	<input type="radio"/>				
Estuvo muy decaído que nada lo anima?	<input type="radio"/>				
Se sintió tranquilo y calmado?	<input type="radio"/>				
Se sintió con mucha energía?	<input type="radio"/>				
Se sintió desanimado y triste?	<input type="radio"/>				
Se sintió agotado?	<input type="radio"/>				
Se ha sentido una persona feliz?	<input type="radio"/>				
Se sintió cansado?	<input type="radio"/>				

10.- Durante **el último mes** ¿ **Cuánto de su tiempo** su salud física o problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales**, como por ejemplo; visitar amigos o familiares.

Siempre la mayor parte del tiempo Algunas veces Pocas veces Nunca

11.- Para Ud. Que tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su Salud?

	Definitivamente cierto	Casi siempre, cierto	No sé	Casi siempre, falso	Definitivamente falso
Me enfermo con más facilidad que otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy tan saludable como cualquiera persona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que mi salud va a empeorar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi salud es excelente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 2:

Brotons C, Ariño D, Borrás I, Buitrago F, González M.I, Kloppe P, y otros. Evaluación de la eficacia de un programa integral de prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular en atención primaria: PREseAP. Atención Primaria 2006;37(5):295-98.

Test de Morisky-Green

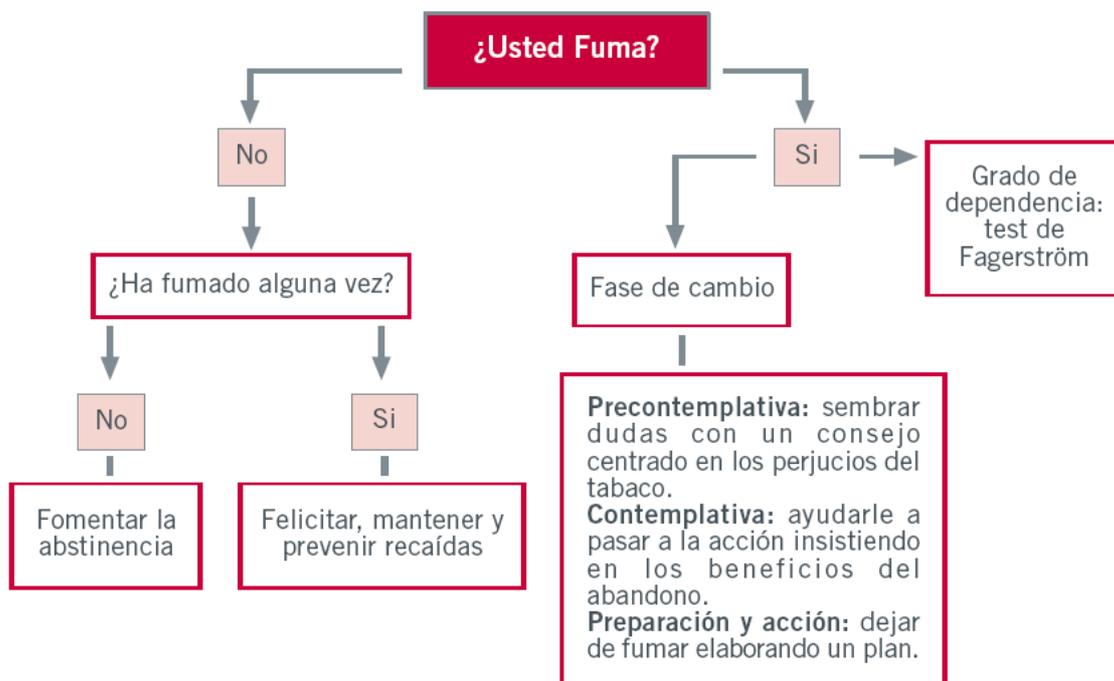
Valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica.

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

Anexo 3:

Rodriguez T, Rigo F, Mairata S, García B, Escriche L, Fiol F, y otros. Guía de actuación en atención primaria. Riesgo Cardiovascular. 2007.

Flujograma de actuación ante el hábito hacia el tabaco.



ANEXO 4

Rodriguez T, Rigo F, Mairata S, García B, Escriche L, Fiol F, y otros. Guía de actuación en atención primaria. Riesgo Cardiovascular. 2007.

TEST DE FAGERSTRÖM (REDUCIDO)

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma diariamente?

- Menos de 11: 0 puntos
- Entre 11 y 20: 1 punto
- Entre 21 y 30: 2 puntos
- Más de 30: 3 puntos

2. ¿Fuma más por la mañana que por la tarde?

- No: 0 puntos
- Si: 1 punto

3. ¿Cuándo fuma el primer cigarrillo después de despertarse?

- Más de una hora después: 0 puntos
- Entre 31 y 60 minutos: 1 punto
- Entre 6 y 30 minutos: 2 puntos
- En el momento de levantarse: 3 puntos

4. ¿Qué cigarrillo considera más importante?

- Otro: 0 puntos
- El primero: 1 punto

5. ¿Fuma también aunque esté tan enfermo que deba estar en la cama?

- No: 0 puntos
- Si: 1 punto

6. ¿Le cuesta trabajo no fumar en lugares prohibidos (cine, autobús, etc.)?

- No: 0 puntos
- Si: 1 punto

Se considera que con una puntuación total:

- ≤ 4 puntos: dependencia baja
- 5-6 puntos: dependencia moderada
- ≥ 7 puntos: dependencia alta

ANEXO 5

DESARROLLO SESIÓN 5 PROGRAMA DE EDUCACIÓN

Número y nombre de la actividad	Sesión 5. Entrenamiento en Relajación Progresiva (ERP) de Jacobson
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> -Aprender técnica de relajación. -Poder aplicar la técnica a la práctica. -Afrontar de manera adecuada la ansiedad.

Destinatarios	Pacientes pertenecientes al CS Alagón que han sufrido un IAM.
Metodología	Se llevará a cabo una actividad práctica y al finalizar se dará a cada paciente una hoja dónde se recuerdan todo lo explicado acerca del ERP.
Descripción del procedimiento	<p>La sala de usos múltiples se intentará que sea lo más silenciosa posible, con una luz suave y una temperatura agradable; todo ello para hacer sentirse al paciente lo más cómodo posible.</p> <p>La posición del paciente será sentado en una silla lo más cómodo posible y con la espalda bien apoyada en el respaldo. La cabeza recta, pies bien apoyados en el suelo sin cruzar piernas y manos descansan sobre los muslos.</p> <p>La enfermera en un primer lugar mostrará cómo se debe tensar y relajar los grupos musculares que intervienen; acto seguido lo realizarán los pacientes.</p> <p>Ella será la encargada de mandar tensar y relajar.</p> <p>Fase de tensión duración 5 segundos.</p> <p>Fase relajación duración 15 segundos.</p> <p>Comienzo de la actividad:</p> <p>-Brazo derecho: extender el brazo, cerrar el puño y doblar el brazo hacia el pecho (sin llegar a tocarlo) y apretar fuerte el puño, el antebrazo y todo el brazo hasta el hombro. El paciente se debe concentrar en la sensación de tensión.</p>

	<p>Posteriormente se le pide que deje caer el brazo de golpe sobre el muslo a la vez que se concentra en la sensación de relajación.</p> <p>-Brazo derecho: mismo ejercicio.</p> <p>-Frente: arrugando la frente, llevando las cejas hacia arriba, sintiendo la tensión en la frente.</p> <p>Para relajar soltar de golpe la frente llevando las cejas hacia abajo.</p> <p>-Ojos, nariz y parte superior de las mejillas: cerrar los ojos apretando fuerte a la vez que se arruga la nariz, como si oliera mal.</p> <p>-Mandíbula: la tensión se produce apretando los dientes.</p> <p>Para relajar dejar la mandíbula caída con los labios ligeramente entreabiertos.</p> <p>-Cuello: La tensión se produce empujando la barbilla hacia abajo evitando tocar el pecho.</p> <p>Para relajarlo dejar el cuello lo más flojo posible volviéndole a su posición inicial.</p> <p>-Hombros, pecho y espalda: para provocar tensión se le indica al paciente que se incorpore hacia delante de la silla, llevando los hombros hacia detrás e intentando juntar los omoplatos.</p> <p>Para relajarlos, se vuelve a la posición de relajación y se deja los hombros caídos y la espalda floja.</p>
--	--

	<p>-Músculos del abdomen: para tensarlos poner el estómago duro, apretando hacia dentro, como si nos fueran a pegar en él.</p> <p>Para relajarlo dejar hinchado el abdomen.</p> <p>-Pierna y pie derecho: la tensión se provoca levantando la pierna, el pie hacia dentro y tensando desde el pie hasta el muslo.</p> <p>Relajaremos dejando caer la pierna de golpe.</p> <p>-Pierna y pie izquierdo: mismo ejercicio.</p> <p>Una vez realizados todos los ejercicios se vuelve a repetir el recorrido tensando y relajando.</p> <p>Para terminar la actividad se les deja a los pacientes 2 minutos de disfrute de una sensación de relajación completa.</p> <p>Después se pedirá que vayan moviendo las manos y los brazos; luego los pies y piernas; cabeza y cuello, que se muevan en la silla y por último que abran los ojos.</p> <p>La enfermera durante esta etapa tendrá que ir aumentando el timbre de voz para incentivar la activación.</p> <p>Se le pedirá a los pacientes que practiquen el ERP 3 veces al día, espaciando las horas de práctica (mañana, tarde y noche), en un sitio donde esté sólo y no tenga interrupciones.</p>
--	--

	Evitar elegir un momento en el que seguidamente tengamos una cita, o algo urgente que hacer (31).
Recursos humanos y materiales	Para esta sesión hemos utilizado las sillas disponibles en el CS; y hemos imprimido y entregado la actividad desarrollada en esta sesión y una tabla de evaluación.
Lugar y Duración	La sesión ha tenido lugar en la sala de usos múltiples del CS Alagón. El comienzo es de 17:30 y el fin a las 19:00 horas.
Métodos de evaluación	Se les entrega a los pacientes una tabla que deberán rellenar en casa indicando el grado de relajación obtenido en el momento de realizar el ERP. (Anexo 6)

Anexo 6

VALORACIÓN DEL GRADO DE RELAJACIÓN EN EL HOGAR

Por favor, valore para cada día de la semana y cada vez que practique los ejercicios, el grado de relajación alcanzado en una escala de 0 a 10 teniendo en cuenta que 0 significa no haber logrado relajarse NADA y que 10 significa estar TOTAL y ABSOLUTAMENTE relajado.

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
MAÑANA							
TARDE							
NOCHE							

Anexo 7.

Cuestionario adaptado de: Delgado N, Guerrero M, Calderón A, Cruzado O, Guirado M^a A, Mancha M, y otros. Programa educativo para personas con diabetes tipo II. Servicio andaluz de Salud. Distrito Costa del Sol. SAS. 1^o Edición. 2013.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN

Con el objetivo de conseguir que este Programa de Educación sea verdaderamente útil para mejorar su salud y la de otras personas, necesitamos conocer su opinión. Por favor, valore del 1 al 10 (siendo el 10 la mejor puntuación):

A) El **ambiente de trabajo** en el programa ha sido **agradable**:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B) La **experiencia de intercambio** con otras personas en este programa ha sido enriquecedora:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C) La **preparación** de las personas que han dirigido el programa:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D) La **calidad de los materiales**: vídeos, guías informativas, etc.:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E) La utilidad de este programa para cuidar mejor su salud:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Recomendaría este programa a otras personas? Si / NO

Su **satisfacción general** con el programa:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1.- De este taller, ¿qué es lo que más le ha interesado, le ha gustado o le puede servir de ayuda?

2.- ¿Qué aspectos deberían mejorarse?

