



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

E. U. de Enfermería y Fisioterapia
Diplomatura en Enfermería
Trabajo fin de grado

Trabajo de carácter profesional.

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO AL
PACIENTE QUE SE INCORPORA A LA VIDA
LABORAL TRAS SUFRIR INFARTO AGUDO DE
MIOCARDIO”**

Silvia Suárez Moya

Tutor: Prof. Asoc. Araceli Rodríguez Vico

Salamanca, Enero 2018

Nunca pensé que, a mi edad, y después de más de 30 años dedicados a la enfermería, me encontraría realizando un TFG. Cuando se me requirió el grado para poder acceder a la promoción interna de la Administración Pública, me costó imaginar cómo iba a conciliar mi vida laboral, familiar y este nuevo proyecto que se me presentaba. Ante la imposibilidad de llevar acabo mis estudios de forma presencial en la universidad de mi ciudad, A Coruña, la Universidad de Salamanca me abrió sus puertas. Allí, me ofrecieron todo tipo de facilidades y es por ello que estaré siempre agradecida.

Tras unos meses pensando sobre el tema a tratar decidí, que, debido a mi experiencia como enfermera de empresa, me sería más sencillo elaborar un trabajo de carácter profesional. He considerado, evaluando los casos que se me han ido presentado a lo largo de mi trayectoria, que podría ser interesante centrarse en la prevención, cuidados y educación para la salud de los trabajadores que han sufrido un infarto agudo de miocardio y se incorporan a la vida laboral.

Me gustaría agradecer la inestimable ayuda de mi tutora, Araceli Rodríguez Vico, que me brindó una excelente orientación, consejo y paciencia. También, dar las gracias a mis hijas, quienes no dudaron en ofrecermme su ayuda y su tiempo, sobre todo en el aspecto tecnológico.

No quiero terminar sin volver a agradecer a la Universidad de Salamanca la oportunidad de poder graduarme en tan prestigiosa institución.

ÍNDICE

	Página
1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	5
3. JUSTIFICACIÓN	6
4. OBJETIVOS	7
5. DESARROLLO	7
5.1.- Diabetes mellitus	11
5.2.- Hipertensión arterial	12
5.3.- Sobrepeso	12
5.4.- Dislipemia	13
5.5.- Tabaquismo	14
5.6.- Sedentarismo	14
5.7.- Estrés laboral	15
6. CONCLUSIONES	16
7. BIBLIOGRAFÍA	18
8. GRÁFICOS	20
9. TABLAS	23
10. FIGURAS	26

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AACVPR	American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation
AF	Actividad física
AP	Atención primaria
EET	Especialista en enfermería del trabajo
FRC	Factor de riesgo cardiovascular
FRM	Factor de riesgo modificable
HCL	Historia clínica laboral
HDL	High Density Lipoproteins (Lipoproteínas de alta densidad)
HTA	Hipertensión arterial
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
IMC	Índice de Masa Corporal
LDL	Low Density Lipoproteins (Lipoproteínas de baja densidad)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PRC	Programa de rehabilitación cardíaca
RC	Rehabilitación cardíaca
RL	Reincorporación Laboral
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPRL	Servicio de Prevención de Riesgos Laborales
TA	Tensión arterial
TFG	Trabajo de Fin de Grado

1.- RESUMEN

Recuperar la normalidad en la vida diaria es una de las mayores preocupaciones que tiene un paciente tras sufrir un Infarto Agudo de Miocardio (IAM). Actualmente, casi el 90% se incorpora a la vida laboral. La American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR) define la Rehabilitación Cardíaca como “el proceso por el cual las personas con enfermedad cardiovascular recuperan y mantienen su estatus fisiológico, psicológico, laboral y emocional”.

Desde el 2001, trabajo en un Servicio de Prevención de Riesgos de una Administración pública, con 800 trabajadores, y he podido observar la necesidad de establecer una planificación de cuidados de Enfermería del Trabajo para la atención a los pacientes que han sufrido un IAM y vuelven a su vida laboral, y, así, lograr fomentar su autocuidado, mejorar su calidad de vida, y conseguir a largo plazo reducir los nuevos eventos coronarios.

PALABRAS CLAVE: Infarto Agudo de Miocardio (IAM), Proceso de Atención Enfermera, Salud Laboral, Enfermería del Trabajo, Prevención.

ABSTRACT

After suffering from an Acute Myocardial Infarction (AMI), one of the biggest worries a patient has is getting back to his former life with normality. Nowadays, almost 90% of the patients get back to their previous working life. The American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation defines Cardiac Rehabilitation as “the process by which a person with a cardiovascular disease can recover and maintain his or her physiological, psychological, emotional and employment status.”

Since 2001, I'm working at the Occupational Risks Prevention unit in a Public Administration, with around 800 employees, and I've had the opportunity to observe the need of establishing an Occupational Nursing care plan for treating patients who have suffered from an AMI and are reincorporated to their working life, encouraging, that way, self-care, improving their life quality, and achieve, long-term, reducing new coronary events.

KEY WORDS: Acute Myocardial Infarction (AMI), Nursing Care Plan (NCP), Occupational Health, Risks Prevention, Occupational Nursing.

2.- INTRODUCCIÓN

En los últimos 30 años, la reincorporación al trabajo tras sufrir un IAM era algo anecdótico, por múltiples factores y la puesta en marcha de estrategias destinadas a la prevención y rehabilitación cardíaca, en la actualidad casi un 90% de pacientes vuelven al trabajo.¹ La reincorporación laboral (RL), es el último escalón del conjunto de procesos de rehabilitación. Se define como la vuelta del paciente a su puesto de trabajo habitual en iguales condiciones laborales, bajo un proceso de adaptación.

Una gestión integral sobre las personas, el trabajo y su coordinación, es actualmente lo más efectivo para la correcta RL. Es importante destacar que será el Cardiólogo el que aconsejará o no la RL post-infarto, teniendo en cuenta la gravedad de las lesiones y las características del puesto de trabajo.

Indicada por el Cardiólogo la RL, al alta médica, el paciente será controlado en atención primaria y acudirá a las revisiones del especialista, ambos recursos continuarán con la prevención secundaria, parece importante añadir un recurso quizá infrautilizado como los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL), generalmente multidisciplinarios, y muy accesibles para el trabajador ya que en muchos casos están ubicados en los propios centros de trabajo y cuentan con profesionales: técnico en prevención de riesgos, médico especialista en medicina del trabajo, y enfermero del trabajo. Centrándonos en el enfermería del trabajo, en la Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo², el especialista en enfermería del trabajo (EET) está capacitado para desarrollar su actividad en cinco grandes áreas: Preventiva, Asistencial, Legal y Pericial, Gestora y Docente e Investigadora y sus funciones no deben limitarse a la vigilancia de la salud y a proporcionar la atención sanitaria de urgencia en el lugar de trabajo, sino que también debe extender su actividad a las circunstancias que afectan a la salud de los trabajadores, formar e informar, promocionar la salud y colaborar con el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Los pacientes que se incorporan al trabajo tras haber sufrido un IAM, acuden al SPRL, ya que tras una baja médica larga es necesario realizar reconocimiento médico para que el especialista en medicina del trabajo les dé el apto para desarrollar sus funciones, y establecer el tipo de puesto de trabajo que pueden desempeñar, una vez acabado este proceso, en que puede haber modificaciones o no, según el tipo de puesto de trabajo, el paciente comenzará de nuevo su vida laboral.

La planificación de cuidados de enfermería del trabajo para este tipo de pacientes, me

ha parecido interesante, porque estos trabajadores sufren un cambio repentino en su vida, siendo inesperado y con un corto periodo de tiempo para asimilarlo, por lo que es de gran interés que el EET, le dote de herramientas útiles en el manejo de su enfermedad y tratamiento, así como que colabore en el cambio de estilo de vida, porque, en base a numerosas encuestas y estudios, (Tabla 1) , el control de los factores de riesgo modificables (FRM) disminuyen la incidencia de la enfermedad y que la prevención secundaria de los mismos reduce el riesgo de sufrir un nuevo episodio coronario³.

3.- JUSTIFICACIÓN

Entre el periodo comprendido entre 2012 y 2017 se produjeron en mi empresa (800 trabajadores) 26 casos de infarto agudo de miocardio (Gráfico 1). Distribuidos:

- Año 2012: 3 casos
- Año 2013: 2 casos
- Año 2014: 5 casos
- Año 2015: 3 casos
- Año 2016: 6 casos
- Año 2017: 7 casos

De estos casos, si separamos por sexo, 25 correspondieron a hombres y solo 1 a mujeres. (Gráfico 2). Hablamos de edades comprendidas entre 48 años el más joven y 66 el mayor (Gráfico 3).

Dos trabajadores fallecieron, uno fue incapacitado (incapacidad permanente total) y los 23 restantes se incorporaron finalmente al trabajo tras una baja médica de una media de 6 meses. (Gráfico 4)

En relación con los factores de riesgo asociados a sufrir IAM (Gráfico 5):

- Diabetes mellitus: 1
- Hipertensión Arterial: 6
- Sobrepeso 12
- Dislipemia 10
- Tabaquismo: 20
- Sedentarismo: 24
- Estrés laboral:21

Esto no se trata de un estudio de investigación, es simplemente el reflejo de la realidad de un centro de trabajo.

Esta realidad me llevó a reflexionar sobre este problema ya que año a año iba en aumento el número de trabajadores que acudían al SPRL a consulta tras su reincorporación laboral. A la vista de estas cifras parece interesante diseñar unos cuidados de enfermería que incidan sobre la modificación de los factores de riesgo asociados a sufrir IAM, que pueden ser individualizados, con objetivos a corto y largo plazo, consiguiendo una correcta adaptación al puesto de trabajo, mejorando así la calidad de vida del trabajador/paciente, su satisfacción laboral, y con un claro objetivo primordial, evitar con esta prevención, un nuevo evento coronario.

4.- OBJETIVOS

Objetivo general:

- Diseñar cuidados de enfermería del trabajo aplicados a la prevención secundaria del paciente que se incorpora a la vida laboral tras sufrir IAM.

Objetivos específicos:

- Disminuir la incidencia de un nuevo IAM.
- Mejorar la calidad de vida del paciente logrando adecuar su trabajo a sus nuevas condiciones de salud.
- Obtener un buen rendimiento y satisfacción laboral.

5.- DESARROLLO

El IAM es un proceso mórbido que afecta inicialmente a las arterias coronarias y tiene como consecuencia la necrosis de una parte del músculo cardíaco. Las arterias del corazón suministran oxígeno y nutrientes al músculo cardíaco y en el transcurso del IAM, alguna de estas arterias se obstruye debido a un proceso denominado trombosis⁴. Éste se produce por la activación de la coagulación de la sangre en la arteria afectada previamente por aterosclerosis. Los síntomas del IAM se identifican con facilidad siendo lo más característico, dolor persistente y opresivo en el pecho, en el centro o en los costados que puede ir acompañado de irradiación del dolor hacia el brazo izquierdo, espalda, abdomen, mandíbula y cuello. Generalmente el dolor aparece en reposo, y una vez instaurado no cede, ni con movimientos, ni cambios de posición y suele ir

acompañado de náuseas, sudoración fría y agitación.

Todo paciente diagnosticado de IAM debe ser atendido precozmente, ya que se trata de una urgencia. La desobstrucción arterial en las primeras 12 horas desde la aparición de los síntomas, mejora la calidad de vida y reduce la morbilidad. El resultado de la re-perfusión será más beneficioso en cuanto se disminuya el tiempo de intervención. Hay dos métodos de re-perfusión:

- Mecánica. (angioplastia primaria) mediante intervencionismo percutáneo
- Farmacológica. Con agentes fibrinolíticos, completan el tratamiento los fármacos analgésicos, anticoagulantes y anti-agregantes⁵

Los pacientes que padezcan un IAM deben de estar informados sobre la naturaleza de su enfermedad, y para esta labor resulta muy importante el papel del enfermero/a del trabajo, generalmente ya conocido por el trabajador dentro de su empresa, resultando así, idóneo para informar y educar tratando de conseguir cambios en el estilo de vida y un manejo más eficaz de los factores de riesgo.

El IAM suele provocar cierta patología psicológica (ansiedad y/o depresión) ya que el paciente se encuentra sometido a la presión de incorporar cambios en su vida y también a sufrir miedo, bien derivado de una posible aparición de un nuevo episodio de IAM, de un desconocimiento de las consecuencias que esto pueda tener, e incluso miedo a perder la vida. Es imprescindible establecer por parte del personal de enfermería un apoyo continuado, para conseguir mejorar su calidad de vida, su auto-cuidado, y reducir el riesgo de padecer un nuevo episodio coronario.

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

Tras la incorporación al trabajo después del alta médica, y una vez el trabajador es apto para desarrollar sus funciones en el puesto de trabajo, desde la consulta de la enfermería laboral del servicio de prevención de riesgos, se le ofrecerá la posibilidad de continuar su proceso de rehabilitación cardíaca, como complemento de su tratamiento en Cardiología y Atención Primaria (AP), explicándole con claridad que se trata de una actividad totalmente voluntaria, que pretende ofrecerle los cuidados que necesite con el fin de apoyarle en los cambios de estilo de vida que precise. Será necesario empatizar con el trabajador y valorar su situación personal con el objetivo

de conseguir beneficios para el mismo.

Los cuidados para este trabajador que se reincorpora a su vida laboral después de sufrir IAM, comprenden 5 etapas:

- 1) VALORACIÓN: Es el punto de partida y la base de todas las etapas siguientes de la actuación enfermera. Es un proceso continuo y dirigido hacia un fin que incluye diferentes acciones: obtención de información, interpretación de ésta, así como su organización⁶.

Entre las distintas clasificaciones para la organización de la información recogida, he elegido la propuesta por *Marjory Gordon*, que se basa en 11 funciones patrones de salud (Tabla 2).

Patrones:

- (1) Percepción de la salud
- (2) Nutricional-Metabólico
- (3) Eliminación
- (4) Actividad-Ejercicio
- (5) Sueño-Descanso
- (6) Cognitivo-Perceptivo
- (7) Autopercepción-Autoconcepto
- (8) Rol relaciones
- (9) Sexualidad-Reproducción
- (10) Tolerancia al estrés
- (11) Valores-Creencias.

Generalmente en la consulta de enfermería del servicio de prevención, el trabajador es conocido, y esto resulta ideal para conseguir que la relación paciente-enfermero/a pueda ser de confianza, lo que asegurará la continuidad de las intervenciones y la correcta adherencia al tratamiento. Esta recogida de información se registrará en la historia clínica laboral (HCL). Tras la valoración inicial se pactarán las siguientes consultas adaptadas al horario que mejor le resulte con sus actividades, incluso puede ser sin horario, fijando solamente fecha, y en la siguiente visita se le informará, sobre su situación actual y los factores de riesgo que han sido detectados y habrá que modificar.

- 2) DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: Están orientados a conseguir cambios en el estado de salud del paciente, el diagnóstico enfermero identifica y define el problema con el fin de conseguir un objetivo concreto, haciendo así que las intervenciones de enfermería sean más efectivas y eficientes⁷
- 3) PLANIFICACIÓN: Establece las prioridades y diseña los cuidados en relación a las necesidades detectadas, nos permite ordenar los cuidados para alcanzar los objetivos esperados. Esta planificación será dinámica, es decir, se podrá ir modificando según varíen las necesidades. El trabajador será informado de todas las actividades que van a plantearse, para que conozca y comprenda el valor de los cuidados y las intervenciones, que le llevarán a alcanzar los objetivos propuestos.
- 4) EJECUCIÓN: Es la puesta en práctica de los cuidados. Durante la ejecución de las actividades programadas es fundamental la información sobre como conseguiremos modificar los hábitos y el estilo de vida, y conseguir su autocuidado. Es muy importante que estas actividades tengan continuidad en el tiempo y que el paciente vea como va alcanzando los objetivos por sí mismo.
- 5) EVALUACIÓN: Valora el progreso del paciente. Va a determinar si los cuidados diseñados han sido efectivos para mejorar su estado o bienestar. Esta evaluación se hará en cada consulta. Se valorará el conocimiento e información que el paciente tenga de su situación en ese momento, si conoce bien y maneja 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. Los cuidados de enfermería y la implicación del paciente en ellos, garantiza su capacidad para poder resolver los problemas de salud, evitar la aparición de complicaciones y mantener sus hábitos de vida saludables.

Tras esta última etapa, los datos obtenidos y actuaciones propuestas se registrarán en la hoja de evolución del paciente, (Tabla 3), donde progresivamente se le irá informando acerca de los cambios de su situación de salud.

La consulta de enfermería del trabajo permite la atención individualizada, así el plan de actuación para la atención y seguimiento del trabajador comenzará con:

- ✓ Una primera consulta, donde tendrá lugar la valoración inicial, se le informará de los factores de riesgo detectados, y se podrá empezar a plantear las medidas que se realizarán para mejorar su salud y adaptación al trabajo.
- ✓ En una segunda consulta, una vez el enfermero/a haya analizado la información, efectuado los diversos diagnósticos, y planificado las intervenciones necesarias, se trasladará esta información al paciente para llegar a un acuerdo sobre las medidas que se van a llevar a cabo.
- ✓ En las consultas sucesivas se valorará el cumplimiento de los objetivos planteados, el estado de ánimo del paciente y su adherencia al tratamiento.

Los factores de riesgo más frecuentes que presentan los pacientes que han padecido IAM son:

5.1.- 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 vascular⁸ Las lesiones en vasos pequeños se denominan microangiopatías (retinopatía, nefropatía, neuropatía). Las de los vasos grandes se llaman macroangiopatías ocasionadas por arteriosclerosis. Ambas lesiones aumentan el riesgo de sufrir afecciones cardíacas. La educación sanitaria adaptada a cada paciente es fundamental para poder conseguir cambios en su estilo de vida para mejorar su estado de salud, mediante actividad física y hábitos dietéticos, evitando o retrasando la aparición de complicaciones (Figura 1).

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

Para esto, es importante individualizar la dieta en función de su peso, su estilo de vida, alimentos de consumo habitual... El enfermero/a, en colaboración con el paciente, establecerá unos objetivos accesibles a corto y largo plazo, evaluados posteriormente.

5.2.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA) se considera un factor de riesgo cardiovascular (FRC), incidiendo en el aumento del desarrollo de patología vascular crónica, como arteriosclerosis, eventos agudos como el IAM, angina inestable o disección de aorta, así como de afectación cardíaca, insuficiencia cardíaca, arritmias y fibrilación auricular⁹

Tanto la elevación de la tensión arterial (TA) sistólica como la diastólica, mantienen una relación continua con la morbimortalidad del paciente hipertenso.

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

El objetivo principal será conseguir que el paciente sea capaz de disminuir la TA y alcanzar valores más próximos a cifras óptimas, con el fin de que mejore su estado de salud.

El papel fundamental de enfermería consistirá en realizar una observación global del paciente, no solo midiendo la TA, sino también informando al paciente de otros factores que inciden sobre la HTA, como los antecedentes familiares de enfermedad vascular, diabetes, tabaquismo, sedentarismo, sobrepeso y/o hipercolesterolemia (Figura 2).

Generalmente, se consiguen reducir las cifras tensionales, mediante la instauración de medidas higiénico-dietéticas como abandonar el consumo de tabaco, reducir el consumo de alcohol, realizar ejercicio físico, hacer una dieta baja en sal y en el caso de tener sobrepeso, disminuirlo, además de un tratamiento farmacológico.

5.3.- SOBREPESO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.¹⁰ Podemos determinar fácilmente el sobrepeso mediante el índice de masa corporal (IMC), que consiste en la división del peso en kilogramos entre la talla en metros elevado al cuadrado. Si el resultado es igual o superior a 25, se considera que la persona tiene sobrepeso (Tabla 4).

El aumento de masa corporal es un riesgo de padecer un IAM, y además supone un

impacto negativo sobre la salud, aumentando el riesgo de morbi-mortalidad por complicaciones cardiovasculares y metabólicas. El papel de la enfermería es fundamental tanto en la fase inicial de diagnóstico, como en el seguimiento continuado, para conseguir reducir el peso del paciente hasta cifras por debajo de 25 de IMC.

En primer lugar, habrá que conocer los hábitos dietéticos, se preguntará dónde suele realizar las comidas y con quien, las bebidas que toma, a qué hora realiza las comidas, sus preferencias alimenticias... El enfermero/a proporcionará las correcciones necesarias según estos hábitos, se aconsejará al paciente sobre la conveniencia de realizar 5 comidas al día, y también fomentará la actividad física. El ejercicio junto con una buena alimentación consume calorías, mantiene la musculatura, disminuye otros factores de riesgo como la hipertensión e hipercolesterolemia, mejora la movilidad articular y reduce el riesgo de problemas cardiovasculares.

Se aconsejará realizar ejercicio físico diariamente, como caminar, ya que es una actividad sencilla, que puede realizarse en familia, o con amigos y conseguir que sea ameno y divertido. El sobrepeso suele afectar al paciente de forma integral (física, social y psicológica), por esto es importante que se proporcione al paciente la motivación, habilidades y conocimientos necesarios para llevar a cabo un cambio eficaz de sus hábitos de vida (Figura 3).

5.4.-DISLIPEMIA

La dislipemia es un trastorno del metabolismo lipídico que cursa con alteración de la concentración y/o composición de las lipoproteínas plasmáticas. ¹¹

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

En la valoración inicial será necesario conocer los hábitos dietéticos, el tratamiento farmacológico, sus antecedentes familiares y personales, hábitos como el consumo de tabaco o alcohol, las cifras de tensión arterial, y el índice de masa corporal.

El enfermero/a 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 las cifras de

colesterol y triglicéridos dentro de la normalidad. Si el paciente es fumador, será importante informar de las consecuencias, ya que el tabaco eleva la concentración de colesterol total y disminuye la concentración de 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 da resultado, se trataría farmacológicamente.

5.5.-TABAQUISMO

La OMS considera el consumo de tabaco, un trastorno que incluye, un consumo perjudicial que causa problemas físicos o psicológicos, síndrome de dependencia, síndrome de abstinencia, y también informa de que cualquier cantidad consumida de tabaco puede tener efectos nocivos para la salud (Figura 4).

El primer paso para tratar este FRM, será identificar al paciente fumador en la valoración inicial. Se le preguntará sobre sus patrones de consumo, desde cuando fuma, y número de cigarrillos (Tabla 5), ya que estas dos circunstancias serán determinantes, tanto como para valorar el riesgo que representa, como la dificultad que tendrá para abandonar este hábito. Es imprescindible que el paciente decida dejar de fumar. En todo caso, motivaremos al paciente, informándole sobre el riesgo que corre y las grandes ventajas que tendrá para su salud el abandono de este hábito. El abandono del consumo de tabaco podrá ser abordado de manera individual o colectiva, ya que en los servicios de prevención de riesgos laborales se efectúan programas de deshabituación para todos los trabajadores que desean dejar de fumar (Tabla 6), y son generalmente en horario laboral y los llevan a cabo equipos multidisciplinares, obteniendo resultados muy buenos.

5.6.-SEDENTARISMO

Actualmente, con los avances tecnológicos, la distancia del domicilio al lugar de trabajo, el tiempo escaso del que disponemos para el ocio, la inactividad física ha ido aumentando de manera alarmante¹². Al disponer de facilidades a la hora de realizar tareas laborales, existe una menor motivación para realizar actividades físicas sencillas como subir y bajar escaleras, andar, o mover objetos. Esta inactividad física es un factor de riesgo cardiovascular. Es necesario tener en cuenta que el ejercicio realizado de forma regular mejora el estado de salud (Gráfico 6).

Las recomendaciones sobre la actividad física (AF) serán diferentes según las condiciones físicas y la edad del paciente (Figura 5). Generalmente los puestos de trabajo al que se reincorporan los trabajadores que han padecido IAM, son de oficina, esto es sentado prácticamente toda su jornada, se les recomendará, si es posible venir andando al centro de trabajo, o aparcar más lejos su vehículo, o si usa transporte público, bajarse un par de paradas antes. Ya en el trabajo como cada hora y media, podrá hacer estiramientos y dar un pequeño paseo para relajarse y evitar posturas forzadas. Fuera del trabajo y siempre con supervisión del Cardiólogo, se reforzará la necesidad de hacer ejercicio, ya que como hemos visto la AF mejora no solo el riesgo de enfermedad vascular, sino también los otros factores de riesgo expuestos.

5.7.-ESTRÉS LABORAL

La persona, en distintos ámbitos de su vida, se ve sometido a múltiples presiones que le generan estrés. Una de las fuentes más importantes de estas presiones está relacionada con el desarrollo del trabajo. En general, el trabajo en una empresa está sujeto a unas condiciones y una forma de organización que no están determinadas por las capacidades, necesidades, o expectativas del trabajador, sino que se estructura en orden a otros tipos de factores (tecnología, objetivos, volumen de trabajo)¹³. Aunque los trabajadores en general tienen una gran capacidad de adaptación, en algunas ocasiones los requerimientos del trabajo obligan a realizar un esfuerzo adaptativo para el que el sujeto no está preparado, lo cual le origina una serie de problemas de adaptación o de ajuste (Figura 6). Este desajuste será el que progresivamente pueda comenzar a generar situaciones estresantes. La persona percibe que no dispone de recursos suficientes para afrontar la problemática laboral y aparece la experiencia del estrés. La adaptación de las personas depende del mantenimiento de un equilibrio dinámico muy complejo, llamado homeostasis. El organismo reacciona ante las situaciones estresantes poniendo en marcha un conjunto de respuestas adaptativas, cuyo fin es restablecer la homeostasis. Para ello utiliza gran cantidad de reacciones fisiológicas (aumento de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, aumento de la frecuencia respiratoria, tensión muscular, aumento de la transpiración, secreción de glúcidos y lípidos al torrente sanguíneo, digestión más lenta, etc.). La respuesta al estrés constituye una alerta física y mental, preparando a todo el organismo para una acción potencialmente necesaria. Es obvio que muchas dificultades de los trabajadores,

que afectan a su salud y al desempeño de su tarea, se originan en el trabajo, debido en parte a que permanece la mayor parte del tiempo en él, y en él se relacionan y desarrollan. Los trastornos cardiovasculares pueden ser consecuencia de la respuesta inadaptada del organismo ante uno o varios agentes estresantes.

Para el trabajador que se reincorpora a la vida laboral, después de haber sufrido IAM, la prevención ante el riesgo de estrés laboral resulta muy importante, y desde la consulta de enfermería laboral se puede desempeñar un canal de comunicación entre la empresa y el trabajador, analizando los factores tanto físicos (iluminación, ruido, temperatura) como en los relativos al contenido de la tarea (carga mental) para evitar las situaciones estresantes, adaptando el puesto de trabajo a la persona, y obtener una satisfacción laboral, lo que favorece la mejora de la calidad de vida.

6.- CONCLUSIONES

1.- Como consecuencia de la creciente mejora del pronóstico del paciente que sufre un IAM, la rehabilitación cardíaca (RC) se completa con la reincorporación laboral, en casi un 90%, de las personas en edad laboral. Parece muy importante, desde la consulta de enfermería del trabajo, colaborar junto los demás recursos, tanto como para prevenir un nuevo evento coronario, como para conseguir cambios en hábitos poco saludables y conseguir mejorar el estado de salud del paciente.

2.- El paciente ha de ser capaz de establecer unos objetivos a cumplir y con el apoyo del personal de enfermería del trabajo lograr alcanzar esos objetivos fijados. Esto resultará mucho más fácil, con una planificación y seguimiento, una vez valorados los problemas. También el enfermero/a resulta un canal de comunicación con la empresa, lo que es muy útil para poder adaptar el puesto de trabajo a las nuevas características del paciente.

3.- Empezar a trabajar centrándonos en un modelo de enfermería y utilizando un lenguaje enfermero, no tiene que representar un reto para el enfermero/a del trabajo. Una vez familiarizados con él, veremos que no resulta tan complejo usar el lenguaje propio de nuestra profesión. Éste nos permitirá expresar exactamente qué hacemos y porqué lo hacemos. Nos ayudará a una aplicación más científica, estructurada y personalizada de los cuidados de enfermería, adecuándolos a las necesidades

individuales de cada trabajador/paciente. Facilitará la investigación y nos dará más seguridad y satisfacción profesional propiciando tanto la autoevaluación del profesional como la de todo el proceso.

El especialista de enfermería del trabajo trabaja con personas que en determinadas etapas de su vida pueden estar necesitadas de ayuda, y a través de la relación enfermero/a-paciente, no solamente se ayudará al trabajador, sino que también nos ayuda a los profesionales a desarrollarnos y crecer.

7.- BIBLIOGRAFÍA

1. De Pablo C. et al. Casi el 90% de los pacientes se reincorpora a la vida laboral tras un evento cardíaco. Fundación Española del Corazón, III Foro de Salud Cardiovascular para Pacientes y Familiares. 28 de mayo de 2015. Nota de prensa disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2748-casi-90-de-pacientes-se-reincorpora-a-vida-laboral-tras-evento-cardiaco.htm>
2. Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa Formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo. BOE-A-2009-8880.
3. Anchique C. Prevención secundaria de enfermedad coronaria: Aún ajena a la práctica médica diaria. Rev. Colombiana de cardiología [Internet] 2013; volumen 20 págs. 70 – 79
4. 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 2007.
5. Álvarez J., Casado I., et al. Repercusión del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en la Comunidad de Madrid. Código Infarto. Majadahonda (Madrid). Ergon; 2013: p 12- 32.
6. Gordon M. Diagnóstico Enfermero, Proceso y Aplicación. 3ª Edición, Mosby/Doyme. Madrid 1996.
7. Gordon M. Manual de Diagnóstico Enfermero, Mosby/Doyme. Madrid 2003.
8. 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
9. Díaz O., Villanueva I., Iglesias E. Hipertensión arterial. Papel de enfermería en educación sanitaria. En: Bravo M., Iñíguez A., Díaz O., Calvo F. Manual de cardiología para enfermeras. Alfer – Vigo; 2006; p. 320 – 325.
10. OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. España. OMS. Enero 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
11. 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.
12. Márquez R., Rodríguez J., De Abajo S., Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. Rev. Apuntes Educación física y deportes. 2006 (83): p 12 – 24.

13. Del Hoyo M.A., Estrés Laboral. Documento divulgativo, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Servicio de Ediciones y Publicaciones INSHT, Madrid; 2004. p. 5 – 12

8.- GRÁFICOS

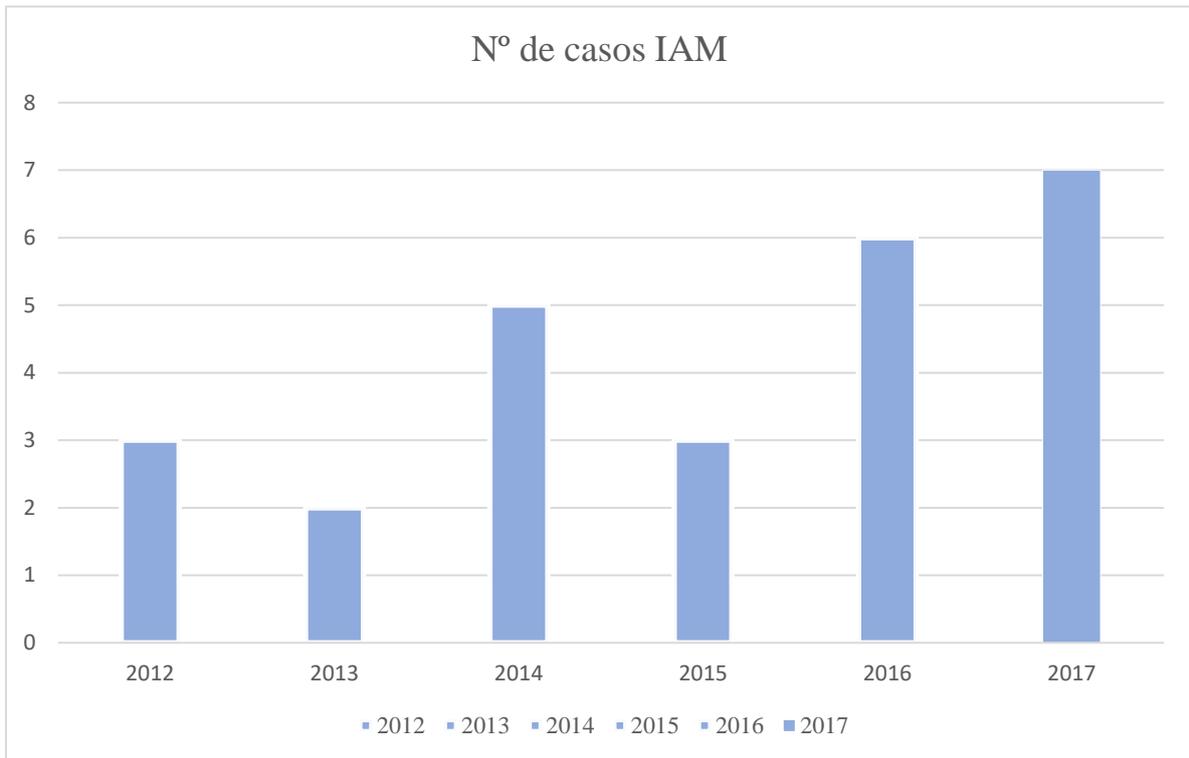


Gráfico 1. Número de casos IAM por año.

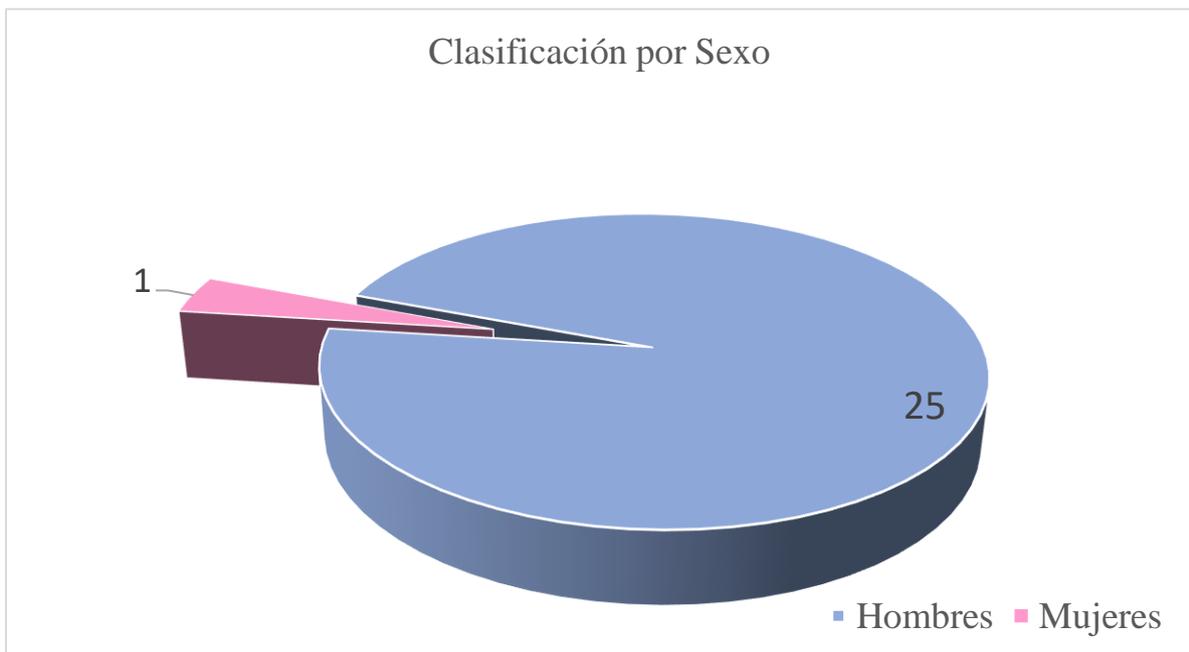


Gráfico 2. Distribución de casos por sexo.

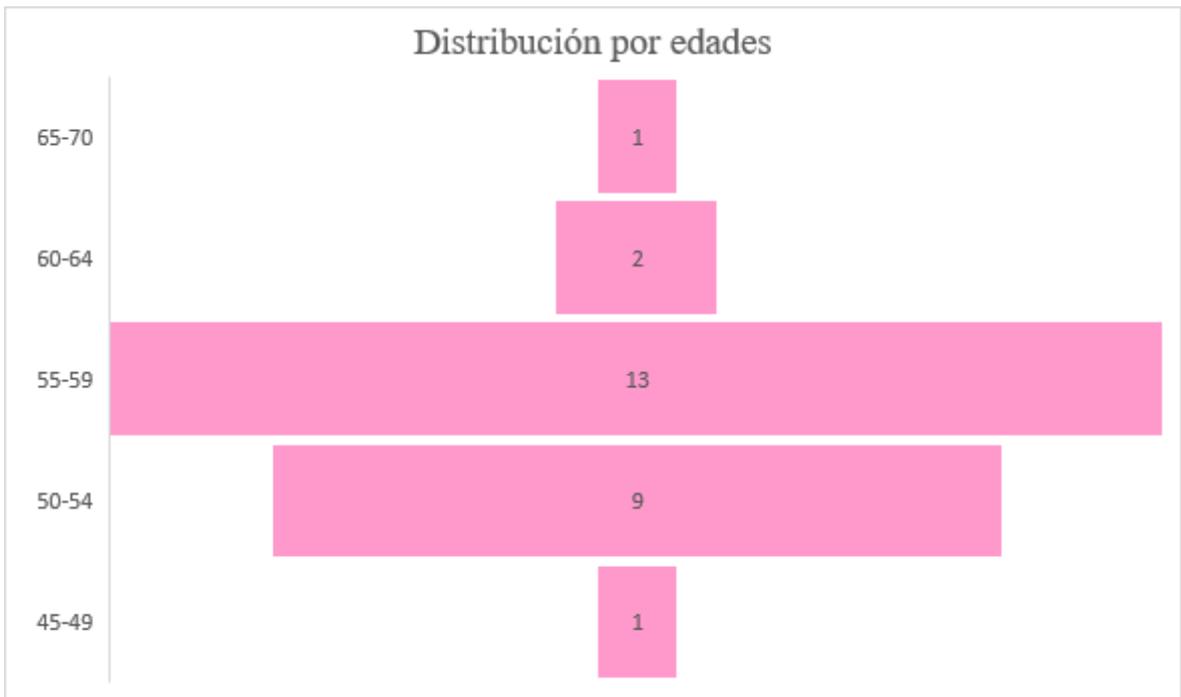


Gráfico 3. Distribución IAM por grupos de edad.

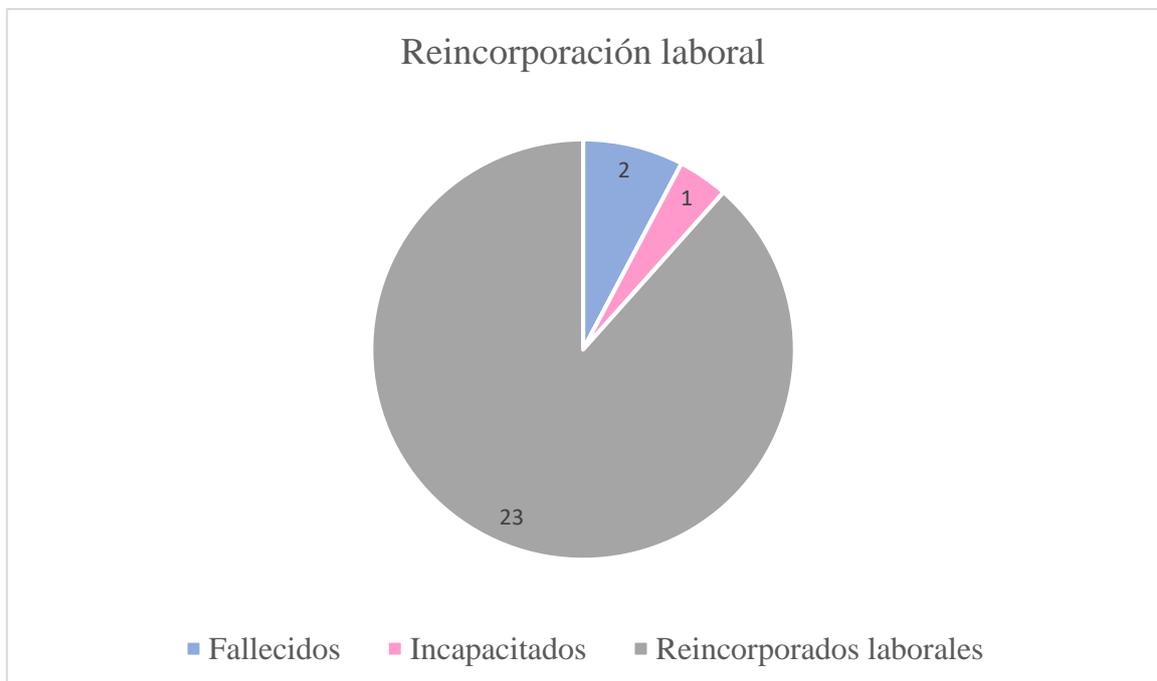


Gráfico 4. Reincorporación a la Vida Laboral.

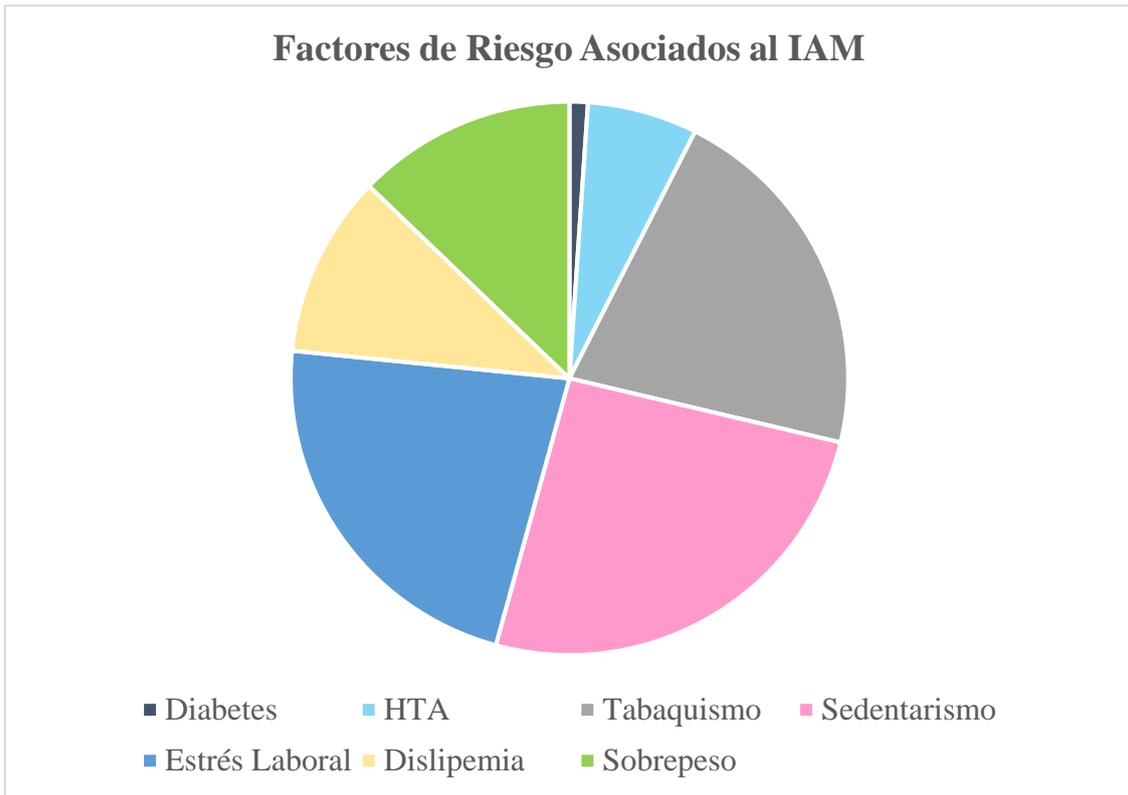


Gráfico 5. Distribución de factores de riesgo asociados al IAM.

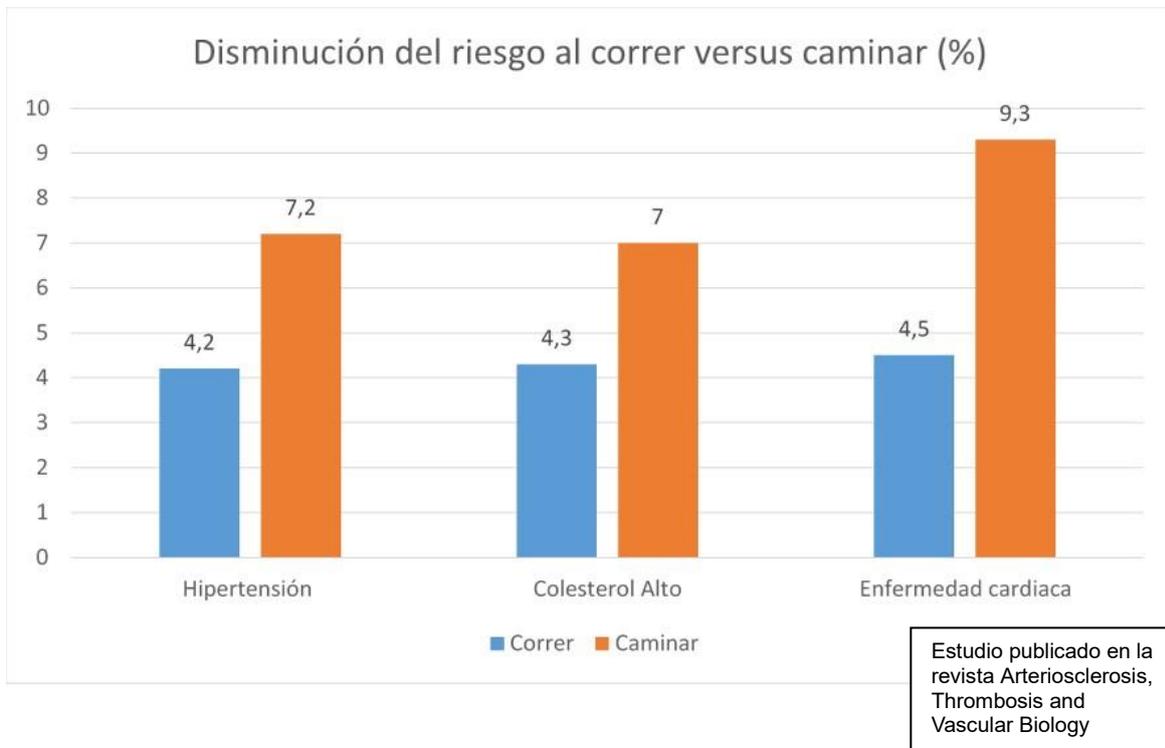


Gráfico 6. Beneficios de la Actividad Física.

9.- TABLAS

Marcadores de riesgo	Factores de riesgo	Hábitos de vida
Edad	Colesterol elevado	Dieta rica en grasas
Sexo masculino	Colesterol HDL reducido	saturadas y colesterol
(Varones	Colesterol LDL elevado	Dieta hipercalórica
< 55 años	Tabaquismo	Sedentarismo
y mujeres	Hipertensión arterial	Conducta tipo A
< 65 años)	Diabetes e hiperglucemia	Determinantes
	Triglicéridos elevados	sociolaborales
	Obesidad central	Estrés
	Síndrome	
	polimetabólico	

Tabla 1. Factores de Riesgo para IAM.

Patrones Funcionales de Salud	Manifestaciones de Dependencia	Manifestaciones de Independencia	Datos a considerar
1. Percepción y manejo de la salud			
2. Nutricional-metabólico			
3. Eliminación			
4. Actividad-ejercicio			
5. Sueño-descanso			
6. Cognitivo-perceptual			
7. Autopercepción-autoconcepto			
8. Rol-relaciones			
9. Sexualidad-reproducción			
10. Afrontamiento-tolerancia al estrés			
11. Valores-creencias			

Tabla 2. Valoración según patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
P.1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo	Hasta 5 minutos	3
	De 6 a 30 minutos	2
	De 31 a 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
P.2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?	Sí	1
	No	0
P.3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
P.4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Menos de 10 cigarrillos	0
	Entre 11 y 20 cigarrillos	1
	Entre 21 y 30 cigarrillos	2
	31 o más cigarrillos	3
P.5. ¿Fuma con mas frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
P.6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

RESULTADOS

- Puntuación entre 0 y 4: El fumador es poco dependiente de la nicotina
- Puntuación de 5 a 6: El fumador tiene una dependencia media
- Puntuación entre 7 y 10: El fumador es altamente dependiente de la nicotina

Tabla 5. Test de Fragestrom para evaluar la dependencia del tabaquismo.

1. Personas que, después de haber realizado tres o más intentos serios de abandono del consumo de tabaco, correctamente tratados por un profesional sanitario, no han logrado dejar de fumar.
2. Personas con enfermedades psiquiátricas que, estando controladas, deseen abandonar el tabaco.
3. Pacientes que presentan serios problemas de salud relacionados con el uso del tabaco (cardiopatía isquémica descompensada o de menos de 3 meses de evolución, EPOC, hipertensión arterial descompensada, arritmias cardíacas graves no controladas, enfermedad vascular no controlada, etc.).
4. Personas que han padecido otros trastornos adictivos.
5. Fumadoras embarazadas que deseen dejar de fumar y no puedan conseguirlo sin ayuda especializada.
6. Poblaciones de alto riesgo socio-sanitario.

Fuentes: Adaptado de Jiménez-Ruiz. 2001; Jiménez-Ruiz 2003.

Tabla 6. Grupos de Pacientes susceptibles de ser atendidos en una unidad de tabaquismo.

10.- FIGURAS



Figura 1. Factores de Riesgo de la Diabetes Mellitus.



Figura 2. Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial.

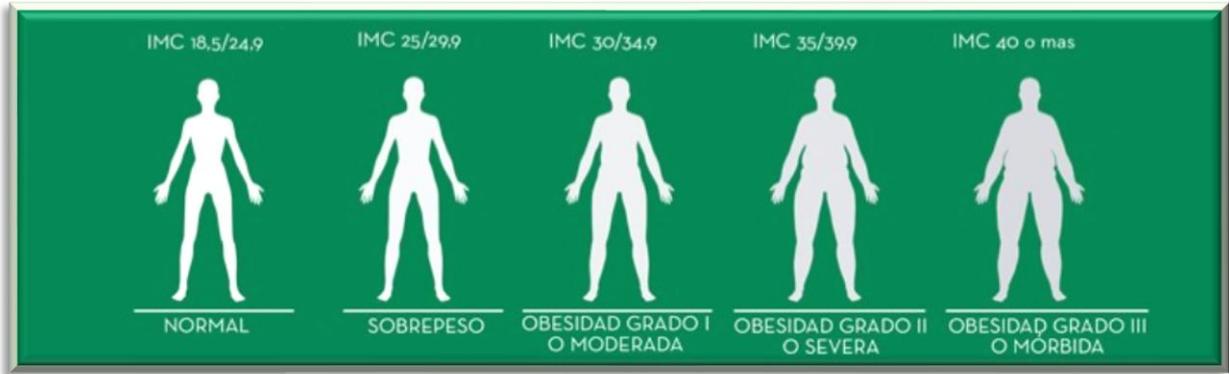


Figura 3. Clasificación por Índice de Masa Corporal.



Figura 4. Tóxicos de un cigarrillo de tabaco.

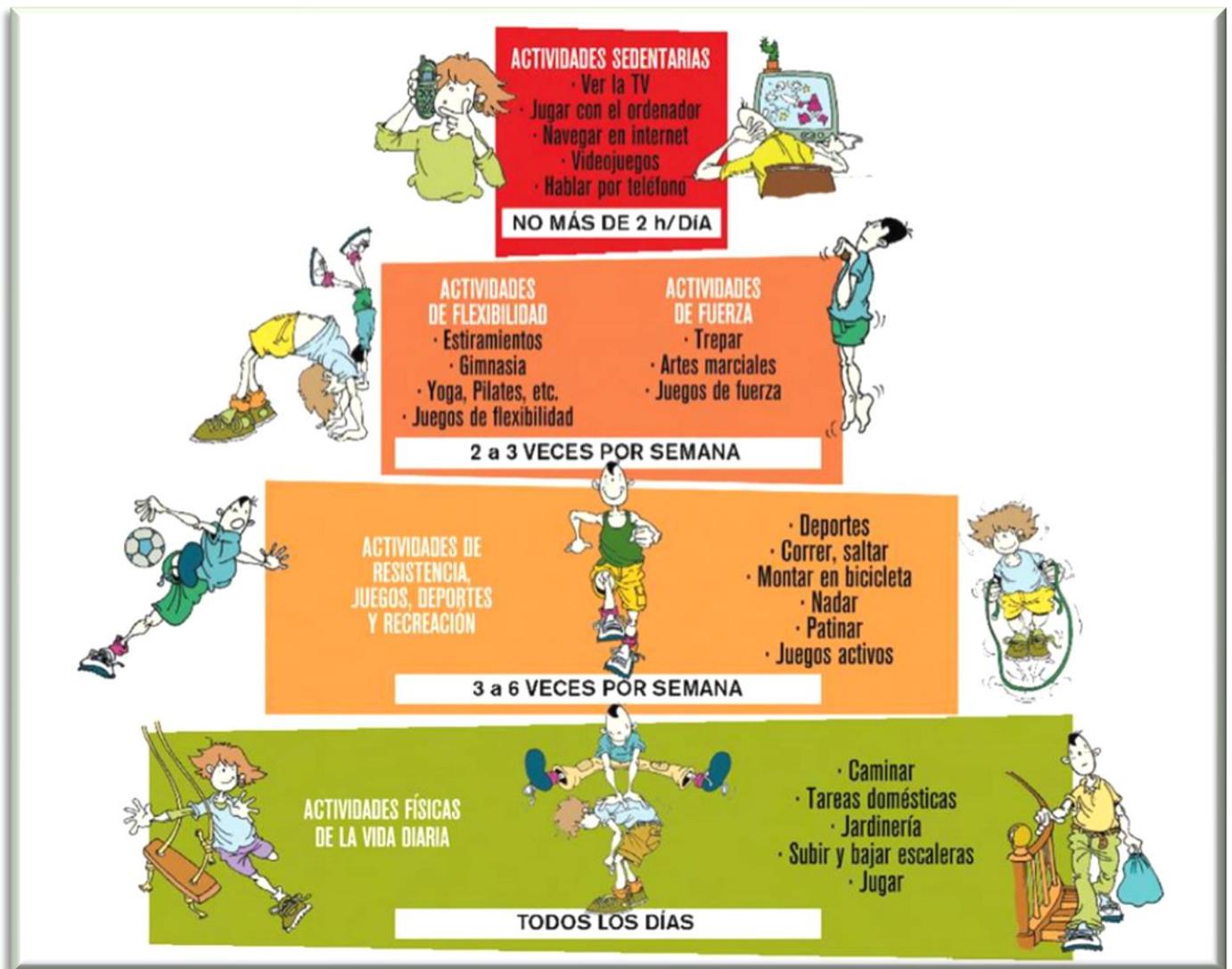


Figura 5. Recomendaciones sobre Actividad Física.



Figura 6. Alerta sobre el estrés laboral.