



comunicaciones orales  
enfermería

## EDUCACIÓN DEL PACIENTE CARDIACO

Fernández Menéndez MC, Fernandez Alonso MJ

*Enfermeras del Área del Corazón del HUCA. Asturias*

**INTRODUCCIÓN:** En España, actualmente, las enfermedades cardiovasculares representan el 34% de las causas de mortalidad como 1ª causa . Su impacto social ha llevado al Ministerio de Sanidad y Consumo a elaborar un Plan Integral de Cardiopatía Isquémica (PIC) centrado en la prevención, detección precoz y mejora del tratamiento, apuesta por “La creación de programas de mantenimiento de las medidas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca y que para ello, se debe estimular la implicación de los profesionales en la realización de los mismos”

Prevención secundaria son aquellas medidas encaminadas a disminuir el riesgo de nuevos eventos una vez que se ha manifestado la enfermedad

**OBJETIVOS:** Los programas de Educación para la Salud en pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) tienen como objetivo:

- Facilitar información a los pacientes y promover su aprendizaje
- Conseguir la participación directa en el proceso asistencial, del paciente y la implicación de los familiares en el proceso
- Modificación de conductas y hábitos
- Detectar y conocer los miedos ,temores, mitos y creencias que desarrolla el paciente coronario tras sufrir uno de estos procesos

**METODOLOGÍA:** Control de los factores de riesgo cardiovascular modificables a través de Intervenciones de Enfermería:

- Tabaco
- Hipertensión (HTA)
- Hipercolesterolemia
- Diabetes
- Obesidad
- Estrés
- Recomendaciones sobre:
- Ejercicio Físico
- Nutrición
- Actividad Laboral
- Actividad sexual
- Alcohol
- Medicación

CONCLUSIÓN :

- El control y seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular es primordial en la prevención secundaria de la enfermedad coronaria y es ahí donde el papel de la enfermería es esencial para la información al paciente y sus familias
- Nuestro colectivo debe potenciar la educación sanitaria como herramienta para disminuir los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) dentro de un equipo multidisciplinar
- Es importante diseñar y difundir una guía práctica que facilite el inicio de medidas de Prevención Secundaria desde el ingreso hospitalario del paciente.

## LA CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN EN PACIENTES CARDIOLÓGICOS

Freire de la Fuente J, Novoa Santos M.P, Rúa Mellado M.T, Carballo Sánchez R.M,  
Rodríguez Blanco A, Castro Mangana R

*CHOU (Enfermeras de la Unidad de Cardiología del CHOU)*

**INTRODUCCIÓN:** La conciliación de medicación trata de asegurar que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente, excepto si se han modificado/suspendido por el médico, asegurándose de que están prescritos con la dosis, vía y frecuencia correctas y adecuados a la situación del paciente y a la nueva prescripción realizada en el hospital

### **METODOLOGÍA:**

**OBJETIVO:** describir los errores de conciliación de medicación presentes al ingreso. Estudio descriptivo, durante marzo y abril de 2009 en cardiología CHOU. La muestra estaba constituida por pacientes cardiológicos. Se utilizó cuestionario modificado de Delgado et al. Análisis: estadística descriptiva, t-student y chi cuadrado. SSPS 14.0

**RESULTADOS:** La muestra compuesta de 70 pacientes analizándose un total de 391 fármacos. Edad media 72,8 (+ 10,6) años. Consumo medio de 5,52 (+ 3,6) fármacos. El 73% hombre y el 27 % mujer. El porcentaje de error de conciliación es de 41,71%. La discrepancia mas frecuente es la diferencia de medicamento (21,35%), la Omisión de medicamento (11,98%), diferencia vía/dosis/pauta (7,29%) medicamento innecesario (1,56%). La media de discrepancias por paciente es de 2,3 (+ 1,875) con un máximo de 9 discrepancias en un paciente. A mas edad mayor nº de medicamentos crónicos y discrepancias ( $p=0,000$ )

### **CONCLUSIONES:**

- El consumo de fármacos y la edad influye en el error.
- El número de errores de conciliación es alto, mayor que en otros estudios.
- Llama la atención que la discrepancia mas frecuente sea la diferencia de medicamento
- Porcentaje muy alto de hombres.
- Conciliar la medicación es un procedimiento eficaz que permite detectar los errores antes de que puedan producir daño al paciente . La conciliación es una aportación enfermera a la seguridad del enfermo cardiológico por su riesgo dado el elevado número de fármacos que consumen.

## CUIDADOS CARDIOLÓGICOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

Vázquez Campo M, Martínez Ques A.A, Novoa Santos M.P., Fernández Gil M.A.

*Complejo Hospitalario de Ourense Fundación Cabaleiro Goás*

**INTRODUCCIÓN:** Enfermería debe prestar cuidados seguros, basados en evidencia científica. Actualmente existen numerosas guías de práctica clínica que proporcionan mucha información sobre prevención/tratamiento no farmacológico de enfermedades cardiovasculares.

### **METODOLOGÍA**

**OBJETIVO:** sintetizar los mejores cuidados cardiológicos referidos a estilos de vida y tratamiento no farmacológico, con sus niveles de evidencia y grados de recomendación.

Búsqueda en bases de datos de guías de práctica clínica:

- guía salud
- nice Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
- New Zeland Guidelines Group
- Health Services Technology Assesment Text (HSTAT)
- Pubgle

La evaluación de guías se realizó por pares con instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation Colaboration) desechándose las guías que no obtuvieran más de 30 puntos.

### **RESULTADOS:**

Se obtuvieron 24 GPC relacionadas con el área cardiovascular de las que 3 fueron desechadas por calidad baja

Los resultados se agrupan en recomendaciones sobre estilos de vida saludables.

Las principales recomendaciones son:

- Ejercicio: El ejercicio aeróbico y de resistencia pueden mejorar los síntomas y sin afectar a la función cardíaca.
- Programas de rehabilitación: Programas que combinan el ejercicio, apoyo psicológico y la educación mejoran los factores de riesgo.
- Tabaco: La abstinencia es beneficiosa para el estado clínico del paciente.
- Actividad sexual: los profesionales sanitarios deben de estar preparadas para abordar con sus pacientes temas relacionados con la sexualidad y que con una actividad sexual

no supone un alto riesgo para el desarrollo de isquemia.

- Vacunas: los pacientes con IC deben de recibir vacunación contra la gripe (por alto riesgo de desarrollar complicaciones derivadas de la infección) y también recomiendan la vacunación contra la enfermedad neumocócica, con nivel de evidencia IV y grado de recomendación C. Se recomienda además vacunación contra la influenza y el neumococo.
- Transporte aéreo: El transporte aéreo será posible para la mayor parte de los pacientes cardiológicos, dependiendo de su estado clínico a la hora de viajar
- Alcohol, dieta y terapias naturales: son los puntos con mayor desacuerdo entre las distintas guías seleccionadas

### **CONCLUSIONES**

- La investigación secundaria aporta material para el conocimiento de unos cuidados cardiológicos seguros basados en la evidencia.
- También identifica posibles líneas de investigación futuras.
- Existencia de pocas guías clínicas clasificadas con la escala AGREE como “Muy recomendadas”

## PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES INGRESADOS POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Rodriguez Fernandez I, Losada Prol E, Seara Iglesias M.J., Sanjurjo Rivo F., Fernandez Gil M.A.

*CHOU (Complejo Hospitalario de Ourense)*

**INTRODUCCIÓN:** Se denomina síndrome metabólico (SM) a la conjunción de varias enfermedades o factores de riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular o diabetes mellitus (definición según la NCEP-Nacional Colesterol Educacion Program- ATPIII, año 2001). El diagnóstico se establece cuando están presentes tres o más factores de riesgo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo, realizado durante los meses de febrero, marzo y abril de 2009 en el Servicio de Cardiología del CHOU. Muestra compuesta por todos los pacientes ingresados por cardiopatía isquémica.

Variables: edad, género.

Factores de riesgo estudiados:

- obesidad abdominal
- triglicéridos
- HDL
- presión arterial
- glucosa en ayunas.

Se utilizó estadística descriptiva: medidas de frecuencia y porcentaje para variables discretas y medias de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, rango) para variables continuas. Estadística inferencial: t-student y chi cuadrado según proceda. Programa: Data Entry y SPSS 14.0.

**RESULTADOS:** muestra compuesta por 162 pacientes, de los que un 72,84% eran hombres y 27,16% mujeres, con una edad media de 70,28 +/- 12,04 años (rango 52). 68 pacientes reunían las características de SM al ingreso. Del resto, 13 cumplen también criterios de SM. El perfil medio de la muestra estudiada es el de un varón, con 101 cm de cintura, glucosa basal de 105,78, con HDL de 42,34 y TAG de 157,31.

### **CONCLUSIONES:**

- El estudio realizado pone de manifiesto la presencia de SM en, al menos, el 50% de los pacientes estudiados.
- Llama la atención el número de pacientes ingresados(8%) con varios factores de riesgo no tratados, lo que sugiere una mala prevención.
- La muestra está constituida por más hombres, pudiendo existir un sesgo de género.

## ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN LA ANGIOPLASTIA AMBULATORIA

Herrera Alvarez C, Gómez Fernández M, Ocaranza Sánchez R, Sánchez Hernández E, García Mosquera V, Martínez Pérez M, Argibay Pytlik V, Iñiguez Romo A.

*Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Meixoeiro. Servicio de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista*

**INTRODUCCIÓN:** El número de angioplastias ha aumentado gradualmente en los laboratorios de hemodinámica. El desarrollo de técnicas mínimamente invasivas, e l uso de la vía radial y d e nuevos fármacos antiagregantes en la prevención de la trombosis aguda ha hecho posible la disminución de la estancia hospitalaria tras ICP. La mayor seguridad de la técnica unida al aumento de la demanda asistencial ha llevado a considerar la ICP ambulatoria en unidades de alto volumen.

**OBJETIVO:** Analizar la eficacia de la actuación de enfermería en la angioplastia (ICP) ambulatoria.

**MÉTODO:** Durante el año 2008 se recogieron los datos de forma consecutiva de 365 pacientes enviados a nuestra unidad para ICP de forma ambulatoria. Los cuidados de enfermería se establecieron en un protocolo específico para las ICP ambulatorias. Inclusión: pacientes ambulatorios programados, acceso radial o femoral con dispositivo de cierre, lesiones coronarias tipo A y/o B, doble antiagregación previa > 3 días, consentimiento informado, éxito del procedimiento, domicilio < 1 hora del laboratorio, cuidador principal, teléfono y vehículo propio. Exclusión: introductor arterial > 6F, lesiones complejas, resultado subóptimo, inestabilidad hemodinámica, elevación enzimática 6 horas después del ICP e imposibilidad de seguimiento. Los pacientes fueron ingresados directamente en nuestra unidad y se aplicaron los protocolos de preparación previa y los protocolos específicos. Los cuidados de enfermería post-ICP se establecieron en: valoración del electrocardiograma, vigilancia de los signos y síntomas de las complicaciones precoces y su resolución, tratamiento con doble antiagregación, cuidados del acceso vascular, valoración autonomía, análisis de enzimas cardíacas después 6 horas. Al alta se realizó educación sanitaria al paciente y su familia, entrega de la guía de recomendaciones, valoración de la adhesión al tratamiento antiagregante y cita para consulta de seguimiento de enfermería 24-48 horas.

**RESULTADOS:** De los 365 pacientes a los que se les realizó ICP electiva tras el procedimiento fueron ingresados 90 pacientes por cumplir alguno de los criterios de exclusión. 285 (74%) pacientes regresaron a su casa (ICP ambulatoria). De estas, 259 (91%) fueron por acceso radial frente a un 26 (9%) de acceso femoral. En la rama femoral, 4% se trato con dispositivo de cierre y 9% con compresión mecánica. Hubo 1 reacción vasovagal en el momento del alta que no precisó ingreso. No hubo ningún evento cardíaco mayor ni ningún reingreso.

**CONCLUSIONES:** La calidad de los cuidados de enfermería establecidos para la ICP posibilita el alta precoz del paciente de manera segura y eficaz.

## ESTUDIO DEL TIEMPO DE LLEGADA A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LOS PACIENTES CON IAM. RESULTADOS DEL ESTUDIO PILOTO

Lopez-Guerrero Vazquez P, Fernandez Malvesado H, Rico Gonzalez E.

*Servicio de Urgencias Complejo Hospitalario Ourense*

**INTRODUCCION:** El dolor toracico es uno de los principales motivos de consulta en los Servicios de Urgencias (SU); se calcula que el 5% de las atenciones se producen por este motivo y aproximadamente el 20% de los dolores torácicos son diagnosticados de IAM o angor, y siendo un objetivo de calidad asistencial para cualquier IAM un tiempo registro aguja menor de 30 minutos para la trombolisis, ésta no se puede llegar a realizar por el factor tiempo.

**OBJETIVOS:** Describir las características de los pacientes y su posible relación con el tiempo de llegada a los SU de los pacientes diagnosticados de IAM.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio observacional retrospectivo a 25 pacientes atendidos por dolor toracico en nuestro SU, seleccionándose los diagnosticados de IAM, la duración de este pilotaje fueron los meses de enero y febrero del 2009.

Las variables a estudio: edad, sexo, origen, solicitud asistencia, factores riesgo cardiovascular, antecedentes previos cardiopatía, irradiación dolor, tiempo de llegada al SU, toma de nitratos.

**RESULTADOS:** El 32% de las historias revisadas tiene antecedentes de cardiopatías. El 72% son varones, el 76% son mayores de 65 años, el 75% vive en zonas urbanas, el 25% tienen antecedentes de fumador, el 70% acuden directamente a los servicios de urgencias hospitalarios. Con respecto al tiempo que tardan entre la instauración del dolor y su llegada a los S. de Urgencias el 32% tardan mas de 24 horas, el 20% mas de 8 horas y el 24% menos de una hora. El análisis estadístico no muestra relación significativa de este elevado tiempo con respecto al resto de variables.

**DISCUSION:** Mas del 50% de los pacientes tardan entre 8 y 24 horas en acudir a los SU después de haber tenido episodios de dolor toracico a pesar de ser pacientes con antecedentes coronarios y de tener más de un factor de riesgo, lo que nos obliga a plantearnos nuevas estrategias en la atención de estos pacientes enfocados a reducir el retraso en el tiempo de acudir a los S. de urgencias para su tratamiento

## PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA IMPLANTACIÓN PERCUTÁNEA DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA EDWARDS-SAPIENS

Paz I, González C, Pazos V, Canedo A, Losada T, Arcay C, López D

*Unidad de Hemodinámica. Servicio de Cardiología del CHUAC*

**ANTECEDENTES Y OBJETIVO:** La estenosis aórtica (EA) es la valvulopatía más frecuente en los países occidentales diagnosticándose en un 4.6% de la población mayor de 75 años. La cirugía de recambio valvular aórtico es el tratamiento de elección para pacientes sintomáticos con EA severa. Sin embargo, en personas de edad avanzada y/o comorbilidad importante, la cirugía no es aconsejable. Recientemente se han desarrollado dispositivos que permiten la implantación de prótesis aórticas transcáteter convirtiendo esta técnica en una prometedora alternativa para los pacientes de alto riesgo quirúrgico o no operables. El procedimiento se realiza bajo anestesia general y requiere un equipo multidisciplinar de cardiólogos intervencionistas y enfermeras con experiencia en hemodinámica, ecocardiografista, anestesista, cirujano cardíaco y enfermera instrumentista. Es responsabilidad de la enfermera revisar con antelación todo el material necesario y su correcto funcionamiento. Nuestro objetivo fue analizar el papel de la enfermería y las complicaciones durante el implante de dicho dispositivo en una serie de 12 casos realizados en nuestra Unidad.

**MÉTODOS:** análisis de una cohorte de 12 pacientes a los que se implantó una prótesis aórtica biológica tipo Edwards Sapien mediante acceso transfemoral entre Diciembre de 2008 y Mayo de 2009.

**RESULTADOS:** la edad media de la serie fue de  $81 \pm 4$  años y el 67% eran varones. 11 pacientes (91%) presentaban insuficiencia cardíaca en clase III (11, 91%) o IV (1, 9%) de la NYHA. Un paciente (9%) presentaba además angina y otro había presentado además un síncope. Se empleó prótesis de 26 mm en el 91% de los casos. Durante el procedimiento 5 pacientes (42%) presentaron alguna complicación (2 episodios de FA rápida, un bloqueo de 2º grado transitorio, un bloqueo de rama izquierda transitorio, una disfunción protésica tras el implante que obligó a implante de una segunda prótesis y una oclusión de la arteria que sirvió de acceso vascular obligando a realizar un by-pass fémoro-femoral cruzado). No hubo ninguna complicación referente a fallo en la preparación del material ni durante la estimulación con marcapasos a altas frecuencias. No hubo ningún fallecimiento intrahospitalario.

**CONCLUSIONES:** El papel de la enfermería durante el implante de una prótesis percutánea es fundamental. En nuestra experiencia, creemos que las enfermeras deben realizar de forma repetida la misma actividad hasta dominarla: instrumentación, sobreestimulación, y preparación del material específico. Durante el procedimiento es imprescindible una perfecta coordinación del equipo y mantener una asepsia rigurosa.

## FLEBITIS POR AMIODARONA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS. INCIDENCIA, DETERMINANTES ETIOLÓGICOS Y REPERCUSIONES

Outes Velay B, Gago Gago M.C, Neuro Rey C, Arufe Manteiga M.I, Reino Maceiras M.V, López Sixto S, Ruiz González C, Paz Fuentes A.E, Abu Assi E.

*Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Servicio de Cardiología y  
Unidad Coronaria*

La flebitis (F) es una complicación común asociada a la administración intravenosa (iv) de amiodarona (Am). Por ello, las guías de práctica clínica (GPC), recomiendan su administración a concentración (C) <2 mg/ml. En la vida real, no es infrecuente su administración a C mayores de las recomendadas.

**OBJETIVOS:** Determinar la incidencia, los determinantes etiológicos y las repercusiones de la F inducida por Am, en pts ingresados una unidad de cuidados coronarios (UCC) de un hospital de 3º nivel.

**MÉTODOS:** Prospectivamente, entre 9/07 y 4/09, 107 pts consecutivos fueron tratados con Am iv. Se determinó la incidencia de F asociada a su administración y se evaluaron los factores que pudieron contribuir a su desarrollo y la repercusión sobre la estancia hospitalaria y la necesidad de retirada de tratamiento. La administración iv de Am fue por vía periférica empleando un filtro de 0,2 µm. El ritmo de las perfusiones se programaba mediante bombas volumétricas.

**RESULTADOS:** La C media empleada en la perfusión continua fue de 2,2±0,5mg/ml (50% concentrada a >2mg/dl). 33% recibieron bolo concentrado a >3mg/ml. 28% desarrollaron F y en 12% se retiró el tratamiento. La mediana del tiempo transcurrido desde el inicio de perfusión hasta el desarrollo de F fue de 1 [0-2] días. La estancia hospitalaria fue mas prolongadas en los que desarrollaron F (8±3 vs 6±2;p0,03). En el análisis de regresión logística (variables en el modelo: edad, sexo, diabetes mellitus, C del preparado >2 mg/ml, tratamiento concomitante con Clk y/o vancomicina, administración previo de bolo y el ritmo de perfusión), una C >2 mg/ml no fue un predictor independiente de desarrollo de flebitis. Conclusiones: La F inducida por Am es una complicación frecuente en pts ingresados en una UCC y la mitad de las perfusiones administradas corresponde a C mayor de la recomendada. Sin embargo, la C de perfusión de Am recomendada en las GPC no se asocia, per se, al desarrollo de F.