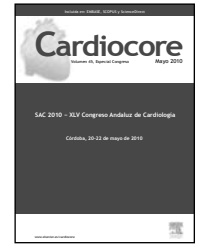




Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocore



SAC 2010 – XLV Congreso Andaluz de Cardiología

Córdoba, 20-22 de mayo de 2010

COMUNICACIONES DE ENFERMERÍA: ORALES

E-059. EFICACIA DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA SOBRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y CAMBIOS EN LOS ESTILO DE VIDA

C. Recuerda Casado, C. Rus Mansilla, C. Durán Torralbo, M.M. Martínez Quesada, G. Cortez Quiroga, G. López Moyano, Y. Rustarazo Franco, M. Delgado Moreno y M. López González

Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén.

Introducción: Los programas de Rehabilitación cardíaca han demostrado mejorar la capacidad funcional y el control de los factores de riesgo cardiovascular.

Objetivo: Evaluamos la capacidad funcional, el control de algunos factores de riesgo modificables y los cambios en los estilos de vida de nuestros pacientes.

Metodología: El programa completo tiene una duración de tres meses y consiste en 4 charlas educativas realizadas por enfermería y 9 sesiones de ejercicio físico adaptadas a la capacidad funcional basal y guiadas por fisioterapeuta y enfermera. Se realizó al principio y final del periodo: ergometría, medidas antropométricas y valoración de enfermería siguiendo las taxonomías Nanda/NIC/NOC usando la escala Likert de 1 a 5 para medir el grado de consecución de los objetivos individuales.

Resultados: Se reclutaron 19 pacientes que ingresaron por síndrome coronario agudo. La edad media fue de $53,63 \pm 9$, varones el 84,2%. Al iniciar el programa el índice de masa corporal (IMC) tenía una media de 28,88 frente al 27,96 del final ($p < 0,05$) Realizaban ejercicio físico regular el 27,6% al inicio frente al 86,7% al concluir ($p < 0,05$). Mejoró la capacidad funcional ($8,9 \pm 1,9$ basal vs. $11,3 \pm 3,2$ a los 3 meses, $p < 0,01$). En la valoración realizada por la enfermera antes y después del programa hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en todos los indicadores NOC utilizados, mejorando el grado de conocimiento de la enfermedad y régimen terapéutico, la tolerancia a la actividad física, el manejo de la energía, el control del dolor, el autocontrol de la enfermedad, la conducta de cumplimiento, la autoestima y el control de la respuesta al miedo.

Conclusiones: La participación en un programa de rehabilitación cardíaca ayuda a mejorar: el IMC, la realización de ejercicio físico regularmente, la capacidad funcional, el grado de conoci-

miento sobre la enfermedad, las medidas de autocontrol, la conducta de cumplimiento, la autoestima, el control de la ansiedad y el seguimiento de los hábitos saludables de nuestros pacientes.

E-060. IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA FORMACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES FRÁGILES EN LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

C. Durán Torralbo, M.G. López Moyano, M. Martínez Quesada, C. Rus Mansilla, G. Cortez Quiroga, C. Recuerda Casado, Y. Rustarazo Franco, M. Delgado Moreno y M. López González

Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén.

Introducción: La prevalencia de la insuficiencia cardíaca aumenta con el envejecimiento progresivo de la población y con más frecuencia el paciente anciano frágil es atendido en estas unidades.

Objetivos: Analizar el impacto de enfermería en la formación del cuidador del paciente anciano frágil, comparando la evolución de los pacientes que recibieron la educación personalmente frente a los que la recibió el cuidador.

Pacientes y métodos: De los 91 pacientes atendidos en la unidad, entre febrero de 2006 y enero de 2010, 30 fueron considerados pacientes frágiles. Trece tenían imposibilidad de acudir a las visitas programadas de la unidad de insuficiencia cardíaca, por lo que la enfermera de la unidad asumió la formación del cuidador responsable del paciente, que asistió a tres charlas para un mejor conocimiento de la enfermedad y su tratamiento, síntomas de alarma por los que debía consultar y modificación en el estilo de vida.

Resultados: La edad fue similar en ambos grupos (77 ± 8 años en el grupo control vs. 77 ± 4 años en el grupo de tratamiento), al igual que la puntuación de Minnesota (50 ± 19 grupo control vs. 35 ± 19 grupo tratamiento) y los niveles de BNP basal (178 ± 274 vs. 342 ± 314). Referente al género se observó mayor porcentaje de varones en el grupo de tratamiento (82% vs. 30%, $p < 0,05$). Tras un seguimiento medio de 22 ± 12 meses comparamos ambos grupos y observamos que no existieron diferencias en mortalidad (en el grupo control 31% vs. 41% en el grupo de tratamiento; $p = 0,5$), ni en ingresos por insuficiencia cardíaca (53% en el grupo control vs. 52% en el grupo de tratamiento; $p = 0,9$).

Conclusión: La educación sanitaria impartida por la enfermería de la unidad de insuficiencia cardiaca a los cuidadores de pacientes frágiles, tiene una eficacia similar a la de la intervención dirigida al propio paciente.

E-061. CARDIOLOGÍA EN GÉNERO FEMENINO

M.D. Lara Lara, C. Segura Saint-Gerons, E. Bujalance Roman, Berral Baeza, A. Ocaña Durán, M. Ruiz Ortiz y E. Romo Peñas

Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La enfermedad cardiovascular ha sido hasta ahora poco reconocida. Actualmente esta enfermedad es más frecuente que todos los tumores (incluido el de mama), por lo que todas las Sociedades Científicas cardiovasculares han comenzado un programa de concienciación de este grave problema que afecta a la población femenina.

Objetivos: – Determinar cual es el motivo de primera cita a nuestra consulta para establecer las pautas a seguir. – Implicar a la propia paciente junto a su enfermera de referencia en el autocuidado y promoción de hábitos cardiosaludables mediante la educación.

Material y método: Se han estudiado todos los pacientes que han acudido a nuestra consulta desde el 1 de octubre de 2009 a 31 de enero de 2010, cuantificados si acudían a revisión programada o era una primera cita. Se han establecido los diagnósticos más frecuentes. Se han tenido en cuenta los factores de riesgo cardiovascular que son susceptibles de modificar, estableciendo las cifras que según las guías de práctica clínica se consideran normales. Se ha utilizado el paquete informático SPSS.

Resultados: Se han estudiado un total de 1021 pacientes (n = 1.021) de los cuales 490 son hombres (47,99%) y 531 mujeres (52%). De este total de 1021 pacientes, 352 (34,48%) son primeras citas y 669 son citas de revisiones (65,52%). Dentro de las primeras citas (n = 352) 153 son hombres (43,46%) y 199 son mujeres (56,54%) y en la cifra total de revisiones (n = 669) el número de hombres es de 337 (50,37%) y 332 mujeres (49,62%). Se estratificaron en grupos de edad, con predominio (28,80%) entre los 70 y 79 años. El diagnóstico de 1ª cita en las mujeres destaca la cardiopatía isquémica (30,15%) seguida de las arritmias supraventriculares (20,60%).

Conclusiones: – Las mujeres acuden en mayor número por primera vez a la consulta. – La edad más vulnerable es la comprendida entre 50 y 80 años (con un pico mayor a los 70-79 años), siendo la Cp I el diagnóstico más prevalente. – Habría que planificar intervenciones enfermeras sobre los factores de riesgo cardiovascular en las edades previas a esta etapa crítica, dado que la mayoría de son silentes. – Enfermería tanto en atención primaria como

E-062. UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO Y SÍNCOPE. EXPERIENCIA INICIAL DE NUESTRO CENTRO

N. Fernández Borrego, M.A. Ramírez Marrero, D. Gaitán Román, A.M. Vega Romero, N. Hevia Ceva y M. de Mora Martín

Servicio de Cardiología. H.R.U. Carlos Haya. Málaga.

Introducción: Se define como dolor torácico cualquier molestia o sensación anómala presente en la región del tórax situada por encima del diafragma. Representa el 5% de las urgencias. El síncope es una pérdida de conocimiento repentina y por lo general breve y reversible. Es común, el 20% de los adultos jóvenes han

padecido por lo menos un episodio. El síncope es responsable del 3% de las visitas a urgencias.

Objetivo: Analizar los resultados obtenidos en nuestra Unidad como consecuencia de una intervención inmediata tanto en el síncope como en el dolor torácico (sin compromiso hemodinámico).

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de los pacientes ingresados consecutivamente en nuestro servicio de urgencias desde junio de 2009 a 25 de febrero 2009 con diagnóstico de dolor torácico y/o síncope. Se recogieron datos: edad, sexo. Se clasificaron según motivo de derivación y pruebas realizadas. Igualmente se ordenaron según resultados tras la primera visita.

Resultados: Se incluyeron 528 pacientes, 303 hombres (57,4%) y 225 mujeres (42,2%), con una edad media de $57,6 \pm 15,9$ años (15-92). Los síntomas fueron: dolor torácico en un 64,2%, síncope 19,7%, fa-flutter 2,7% y otros 13,4% (palpitaciones, IC...). Las pruebas diagnósticas de la primera visita fueron: 44,3% ergometría, 64,8% ecocardiograma, 21% Holter. La derivación tras la primera visita fueron: el 63,1% altas, 5,7% ingresos, 31,2% revisiones.

Conclusiones: La consulta de dolor torácico mejora la calidad asistencial al paciente; disminuye el número de altas inapropiadas, el número de ingresos innecesarios y, por tanto, los costes hospitalarios. Se reducen las bajas laborales y la desestructuración temporal familiar. Para ello es necesario que los protocolos diagnósticos se utilicen de forma sistematizada y lo realice personal entrenado.

E-063. RESULTADO DE LOS CUESTIONARIOS DE VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

R. Bombin Benito, M.M. Arquellada Martínez, P. Quintero Sánchez y C. Cruzado Álvarez

Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.

Introducción: El resultado de la asistencia sanitaria además de medirse en términos de efectividad, eficiencia y eficacia, debe medirse en términos de satisfacción del paciente. El Servicio Andaluz de Salud (SAS), implantó la encuesta de satisfacción como herramienta para valorar la calidad percibida por los usuarios desde su experiencia asistencial. La finalidad de estas encuestas no se reduce a obtener opiniones de pacientes y usuarios, además, sirven para establecer objetivos en la gestión del sistema.

Objetivo: Valorar la satisfacción de los pacientes atendidos en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Corazón y establecer áreas de mejora.

Material/método: Cuestionario de valoración de la Atención Hospitalaria del SAS. Consta de 13 preguntas cerradas y 2 preguntas abiertas. Los indicadores de satisfacción fueron calculados sobre respuestas efectivas (no se incluyen no sabe/no contesta). Fueron puntuados de 1 a 5; considerando satisfechos los valores 4 y 5. Este cuestionario fue entregado a todos los pacientes al ingreso hospitalario. Era anónimo y voluntario.

Resultados: N = 133 cuestionarios, entre enero y junio de 2009; tasa de respuesta 13,8%. Preguntas cerradas: se obtuvo mayor porcentaje de satisfacción en la UGC frente al Hospital. Las áreas mejor valoradas fueron: trato recibido (98,5%), atención de médicos y enfermeras (96,9%), atención sanitaria (96,2%), recomendarían nuestro hospital (92,4%). Preguntas abiertas: menciones positivas 98 (60,9%) menciones negativas 58 (34,6%). Los aspectos mejor valorados fueron: atención del personal, la profesionalidad, limpieza. Los aspectos que menos gustaron fueron: falta de información, tiempos de espera, régimen de visita, ruido.

Conclusiones: Los cuestionarios de valoración de la Atención Hospitalaria son un instrumento válido para medir la satisfacción del usuario y establecer áreas de mejora en la unidad. Se

hace necesario aumentar la tasa de respuesta y difundir los resultados obtenidos a los profesionales para valorar los puntos fuertes y débiles de la Unidad.

E-064. EXPERIENCIA ENFERMERA EN REHABILITACIÓN CARDIACA FASE II

F. Benítez Ruiz, C. Cruzado Álvarez, R. Aguilar Jiménez, A. Gómez González y A. Montiel Trujillo

Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.

Introducción: Los programas de prevención y rehabilitación cardiaca se han mostrado como una herramienta eficaz y rentable en la prevención y control de enfermedades cardiovasculares. En nuestro centro venimos desarrollando un programa de rehabilitación cardiaca (RhC) desde el año 2000. Las enfermeras hemos sido los últimos miembros del equipo multidisciplinar en incorporarnos a la fase II del programa.

Objetivo: Analizar los diagnósticos enfermeros más utilizados e identificar áreas de mejora.

Material/método: Estudio descriptivo retrospectivo. Se han estudiado todos los pacientes que participaron del programa de RhC en fase II durante el año 2009. Para el análisis de los datos se ha utilizado programa estadístico SPSS versión 13.0 para Windows.

Resultados: N = 33 pacientes. Características iniciales de los pacientes: Edad media 54,6 (33-67), 97% hombres. Diabetes (25%), dislipemia (68,8%), HTA (37,5%), fumadores activos (9,4%), exfumadores (75%), sobrepeso (59,4%), obesidad (25%), sedentarismo (60%) Presentaban TA > 130/80 (43,8%). Los diagnósticos de enfermería más prevalentes fueron: - Conocimientos deficientes sobre el control de su enfermedad r/c falta de exposición (100%). - Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c percepción de barreras (25%) - Ansiedad r/c cambios en el estado de salud (100%) En la revisión posterior a la fase II, todos los pacientes diabéticos presentaban cifras de hemoglobina glicosilada < 7 y aumentaron en 2,2 mets \pm 1,8. La pérdida de peso fue de 2,2 kg \pm 2.

Conclusiones: Se hace necesario fomentar la participación de mujeres en programas de RhC. Debemos establecer mecanismos de comunicación eficaces con enfermería de primaria para mantener la adhesión al tratamiento y el control de factores de riesgo cardiovasculares.

nos como solucionar esta falta de conocimientos y ayudarles a afrontar de la forma más sencilla la adquisición de nuevos hábitos, desechar otros.

Objetivos: 1.- Valorar el déficit de conocimientos al alta hospitalaria en nuestra unidad de cardiología tras sufrir un síndrome coronario agudo. 2.- Mejorar y adecuar la información que se transmite a estos pacientes.

Material y método: Realizamos un Estudio Cualitativo, descriptivo. Se ha realizado una recogida de información a través de entrevistas abiertas e individuales antes del alta domiciliaria a pacientes ingresados en nuestra unidad de Cardiología durante el año 2009, sobre hábitos de vida cardiosaludables y sobre sus actividades cotidianas diarias. Tras ello hemos realizado un grupo de trabajo para analizar este problema y se ha realizado una revisión bibliográfica profunda sobre el tema y dar cobertura a esa demanda de información.

Resultados: Se ha realizado una guía con los temas más demandados por nuestros pacientes en un lenguaje accesible para ellos, tales como la alimentación, ejercicio, medicación, crisis de dolor torácico, tabaco, sexualidad y estrés.

Conclusiones: La conclusión fundamental que se desprende es que la información que se facilita a los pacientes mediante esta guía cubre la necesidad de conocimientos sobre su vuelta a la cotidianidad de sus vidas y cómo afrontarla tras haber sufrido un síndrome coronario agudo.

E206. FIBRILACIÓN AURICULAR Y ANTICOAGULANTES ORALES EN ANCIANOS. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, NIC Y NOC EN EL PACIENTE Y EL CUIDADOR PRINCIPAL

M.D. Lara Lara, C. Segura Saint-Gerons, M. Sánchez Moyano, E. Romo Peñas, M. Ruiz Ortiz y V. Mengibar Pareja

Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La Fibrilación Auricular (FA) es la alteración más frecuente del ritmo cardiaco, y responsable de embolismo en Accidente cerebrovascular (ACVA) Su prevalencia aumenta con la edad. Se recomienda la anticoagulación oral (ACO) como medida profiláctica.

Objetivos: Determinar que pacientes con FA en tto con ACO son independientes y cuales no, precisando cuidador. Establecer los Diagnósticos de Enfermería relacionados con la FA y las intervenciones enfermeras (NIC) en la educación del paciente y del cuidador principal, valorando los resultados (NOC).

Material y método: Estudiamos los pacientes atendidos en nuestra consulta desde en 1-9-200 al 31-11-2009; valorando variables demográficas y grado de dependencia Consideramos criterios de inclusión la FA y el flutter auricular quedando excluidos los pacientes con FA secundaria a patología valvular y/o con cardiopatía estructural El tratamiento ACO incluido en el estudio ha sido AAS, clopidogrel y acenocumarol.

Resultados: Estudiados 942 pacientes. 97 con FA (10,29 de la muestra. Eran hombres 423 pacientes (44,90%) y 519 mujeres (55,1%). Edad media agrupada por decenios: 41-50 años: 5 pacientes (5,15), 51-60 años 9(9,25%) 61-70 17(17,53%) 71-80 42(43,31%), 81-90:24 (24,75%). Del total con FA 50 pacientes son independientes y 11 (11,35%) son atendidos por un cuidador principal mayor. Los pacientes tratados con acenocumarol son 76 (78,35%), 12 con AAS (12,37) y clopidogrel 4 (4,1 2); 5 rechazan ACO. Los diagnósticos de enfermería: Déficit de conocimientos sobre fibrilación auricular manifestado por incumplimiento del ttº con ACO, Déficit de conocimientos de los ACO. Los NOC fueron; Conocimiento sobre la FA, Conocimiento sobre los ACO, Conocimiento ACO-alimentos, Preparación del cuidador familiar domiciliario. Los NIC: Enseñanza proceso enfermedad, Enseñanza medicamentos prescritos, Manejo de la medicación, Apoyo al cuidador principal.

COMUNICACIONES DE ENFERMERÍA: PÓSTERS

E205. VALORACIÓN DEL DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS DE PACIENTES AL ALTA HOSPITALARIA TRAS HABER SUFRIDO UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

M.B. Rojas-Mata, S. Navarro-Rodríguez, M.D. Alcántara-Pedrosa, F. Navarro-Gil, N. Hevia-Ceva y M. de Mora-Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: El déficit de conocimiento que tienen nuestros pacientes a la hora de afrontar los cambios en su estilo de vida y los nuevos hábitos que deben de adquirir, nos llevo a plantear-

Conclusiones: Los pacientes dependientes necesitan un cuidador principal que asuma los cuidados (rol del cuidador). Los diagnósticos de enfermería, los NIC y NOC son fundamentales para la educación del paciente independiente y del cuidador principal. Enfermería es clave en la educación.

E207. DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE LA REALIZACIÓN DE UNA CARDIOVERSIÓN AMBULATORIA

M. Rojas-Mata, S. Navarro-Rodríguez, D. Alcantara-Pedrosa, F. Navarro-Gil y M. Hevia-Ceva

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La cardioversión eléctrica electiva (CEE) es un procedimiento frecuente que se puede realizar de forma ambulatoria. Nos planteamos la necesidad de la aplicación de la metodología enfermera con el fin de prestar unos cuidados de mayor calidad.

Material y método: Se realiza un Estudio Descriptivo Retrospectivo sobre 77 pacientes sometidos a una cardioversión ambulatoria en la unidad de Cardiología de nuestro Centro Hospitalario. Para la recogida de datos se utilizó los registros de enfermería y las historias clínicas de los pacientes. A partir de ellos se identificaron los diagnósticos enfermeros existentes y los problemas de colaboración más habituales, aplicando la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Objetivos: 1.- Identificar y analizar la prevalencia de los diagnósticos de enfermería y los problemas de colaboración en pacientes sometidos a una cardioversión ambulatoria. 2.- Valorar las posibles modificaciones en las actuaciones de enfermería para dar al paciente cuidados con más calidad y realizar un plan más estandarizado a este tipo de paciente.

Resultados: Se han atendido a 78 pacientes, 47 en el año 2009 y 31 pacientes en el año 2008; 56 son hombres (71,8%) y 22 son mujeres (28,2%); edad media 59,9 años; De las cardioversiones realizadas no han sido efectivas (28,2%), si han sido efectivas (71,8%); De ellos se han practicado cardioversiones previas (30,77%) de los casos, y siendo su primera cardioversión en un (69,27%). Los diagnósticos de enfermería (Dde) encontrados han sido: Ansiedad (90%). Déficit de conocimiento sobre el procedimiento (99%), Manejo ineficaz del régimen terapéutico en un (15%), Temor (99%), Deterioro del patrón respiratorio (30%) y los problemas de colaboración fueron; dolor no torácico, tensión arterial, náuseas.

Conclusiones: Llegamos a la conclusión con este estudio que la aplicación del proceso enfermero permite disminuir la variabilidad enfermera en la continuidad de cuidados y mejorar la calidad asistencial aunque se trate de un proceso en un paciente ambulatorio.

E208. LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA: CLAVE PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

L. García Garrido¹ y A. Baltasar Bagué²

¹Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. ²Departament d'Infermeria. Universitat de Girona.

Introducción: La patología crónica necesita de una educación terapéutica sistemática y estructurada que recaer, en parte, sobre la motivación y la etapa de cambio en la que se encuentra el paciente.

Objetivos: Presentar el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente a través de un caso clínico y describir la etapa de cambio donde se sitúa el paciente y la intervención educativa de acuerdo con la etapa de cambio.

Método: Trabajo metodológico que tras la revisión de diferentes fuentes bibliográficas sobre la adopción y el mantenimiento de un comportamiento saludable en una patología crónica, presentamos el modelo transteórico adaptado a un caso clínico de un paciente diagnosticado de infarto de miocardio con progresión a miocardiopatía dilatada. El modelo se recoge en una parrilla donde se describe, por una parte, las cinco etapas: la precontemplación, la contemplación, la preparación, la acción y, el mantenimiento. Por otra parte, en la misma parrilla se representan los diferentes comportamientos: el abandono del tabaquismo, el ejercicio físico y la alimentación. La enfermera proporciona la parrilla y el paciente señala la etapa de acuerdo a la motivación en la que se encuentra para cada uno de los comportamientos. Para la intervención enfermera, se relacionan las cinco etapas con cuatro variables que describen las características de la etapa de cambio.

Resultados: El paciente se sitúa para el abandono del tabaquismo y la realización de una dieta baja en grasas saturadas y hiposódica en la etapa de preparación. En cambio, para la práctica del ejercicio físico, prevé cambiar en los próximos 6 meses (contemplación). Referente a las intervenciones de la etapa de contemplación, la enfermera debe aceptar su actitud, no obstante debe ayudarlo a creer en su capacidad para la práctica del ejercicio físico. Por otra parte, en la etapa de preparación, la enfermera y el paciente escogerán los objetivos que este pueda asumir.

Conclusiones: Demostramos la utilización práctica del modelo transteórico, que nos permite conocer la etapa en que se sitúa el paciente y nos estructura las prioritarias intervenciones educativas.

E209. CALIDAD EN LA COLOCACIÓN DEL REGISTRO EKG HOLTER 24 H EN NUESTRO HOSPITAL

J. Nieves, M.J. Toril, C. Villanueva, A. Nevado, I. García y R. Madrid

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Durante la realización de las Pruebas Funcionales de Cardiología, el paciente está acompañado por personal médico y/o de enfermería según corresponda. En el EKG Holter de 24 h no es así, puesto que la enfermera inicia el proceso de la grabación y el paciente se marcha hasta el día siguiente que vuelve al Hospital para su desconexión y retirada.

Objetivo: Analizar el número de registros Holter que requieren ser repetidos por parte de enfermería, ya sea por obtener una grabación incompleta o por estar tan artefactado que nos imposibilite su análisis e interpretación, y estudiar la posible influencia de la época estival y sexo del paciente.

Métodos: Estudiamos el periodo comprendido entre el 1 enero y el 31 de diciembre del año 2009. Debido a la característica principal de este registro "Realización de un EKG continuo y haciendo vida normal" en esta Unidad consideramos: - Que lo más importante es transmitirle una buena información, por lo que comenzamos a explicarle al paciente y un familiar de forma verbal todo el proceso de colocación, continuando con qué debe ó no hacer el resto del tiempo, qué queremos saber de sus hábitos, síntomas, Antes de marcharse le entregamos esta misma información por escrito y ellos anotaron en el reverso de la misma hoja las horas de vigilia, deporte y síntomas si los tuvieron. - Colocación de electrodos en el pecho: Rasurado y limpieza exhaustiva de la piel y recomendamos al citar traigan camiseta interior de algodón. - Colocación cable paciente: Conexión electrodo/grabadora. Al programar la grabación comprobamos a través del visor del programador la calidad de la grabación, desechando el cable si observamos el registro artefactado o de baja calidad. - Grabadora: Pilas nuevas en cada registro. Reco-

mendamos no saquen la grabadora de la funda, para evitar su desconexión.

Resultados: En la Unidad de Holter de este Hospital, teniendo una dotación de seis grabadoras, durante el año 2009 han sido colocados un total de 1046 registros, de los cuales 887 (85%) ha sido a pacientes ambulatorios y 159 (15%) a pacientes ingresados. No hubo que repetir ninguno a pacientes ingresados, mientras que de los pacientes ambulatorios hubo que repetirlo a un total de 7 pacientes (0,66%), de los cuales 4 eran mujeres y 3 hombres. En el primer trimestre se repitieron cuatro, en el mes de junio uno y dos en el último trimestre del año.

Conclusiones: El número de estudios Holter de 24 h que ha sido necesario repetir por desconexión o imposibilidad de análisis e interpretación ha sido muy escaso, por lo que consideramos que las medidas tomadas por parte del personal de enfermería han sido adecuadas. No hemos encontrado relación con el sexo ni con la época estival.

E210. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EL MANEJO HOSPITALARIO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

D. Alcántara Pedroza, E. Liarte González, L. Muñoz Jiménez, N. Fernández Borrego, N. Hevia Ceva y M. de Mora Martín

Servicio de Cardiología.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Objetivos: Realizar un análisis de las características clínicas, el manejo hospitalario y los cuidados de enfermería administrados a los pacientes ingresados en el servicio de cardiología.

Métodos: Se diseñó un estudio observacional, prospectivo, en el que se incluyeron de forma consecutiva los pacientes ingresados durante 2 meses. Se recogieron datos sobre características sociodemográficas y clínicas de los pacientes, diagnóstico al ingreso, estudios complementarios realizados y cuidados de enfermería durante su estancia en planta.

Resultados: Se recogieron un total de 108 pacientes de los cuales el 61,1% son hombres y el 38,9% son mujeres, con una edad media de 63,6 años. Los motivos de ingreso mas frecuentes fueron síndrome coronario agudo (38,9%) y la insuficiencia cardiaca (21,3%). Solamente un 8,1% había presentado ingresos en el último año. Las comorbilidades fueron valoradas mediante el índice de Charlson, con un valor medio de 1,25. Sobre los factores de riesgo cardiovascular, un 70,4% presenta hipertensión arterial, 43,5% diabetes mellitus y un 41,7% dislipemia. Un 83,3% de los pacientes precisó canalización vía periférica la cual se mantuvo durante una media de 4,5 días, sondaje vesical el 10,2% durante una media de 0,63 días, oxigenoterapia 37,4% durante una media de 2 días, medicación iv 34,3%, durante 1,04 días. Al 96,3% de los pacientes se le extrajo analítica al ingreso. Durante el ingreso, a un 40,7% se le extrajo un nuevo control analítico, 32,4% 2 controles, 9,3% 3 controles y 4,7% 4 controles. Se realizó ECG y RX tórax en el 100% de los pacientes, ecocardiografía al 56,6%, Holter al 5,8%, test de perfusión al 6% y cateterismo cardiaco al 60,7%. El 99% fue alta a domicilio, siendo la estancia media de 6,39 días. Analizados los resultados en función de la edad, aumentan de forma lineal los días que se mantiene la medicación iv, necesidad de sondaje y oxigenoterapia, índice de comorbilidades y complicaciones y estancia media.

Conclusiones: Los pacientes son ingresados principalmente por cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca. En general presentan una baja tasa de comorbilidades y complicaciones, con una corta estancia media, que aumentan en función de la edad de los pacientes.

E211. TRASLADO DE PACIENTES DE RIESGO EN AMBULANCIA MEDICALIZADA CON ENFERMERA

M.G. García Barrera, M. Jiménez Quintana, I. Redaño Ponce, E. Luna Rodríguez, G. Retegui García de Quesada y M. Ruiz Borrell

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

En 2009 se planteó el traslado de pacientes ingresados con sospecha de enfermedad coronaria de forma directa al laboratorio de hemodinámica del hospital de referencia para la realización de coronariografía programada. Se estimó como mejor opción el traslado de ida en ambulancia medicalizada asistida por enfermera especializada en comunicación con el servicio de cardiología. Con este estudio pretendemos evaluar las características del transporte propuesto y la seguridad del mismo. Se registraron características basales de los pacientes, diagnóstico e indicación de coronariografía, complicaciones durante el traslado, así como el resultado final del procedimiento intervencionista. Se estimaron como pacientes candidatos a este traslado a aquellos con SCASEST de alto riesgo estables tras una semana de ingreso, dolor torácico con test de isquemia positivo, o como estudio rutinario en paciente con patología valvular o miocardiopatía dilatada. De 95 pacientes seleccionados, 2 se anulaban por indicación médica por dolor torácico persistente. Las características de los 93 restantes fueron edad media 63,2 años (máxima de 81 y mínima de 38) y un 76,3% de varones. La indicación principal en el 83,9% de los casos fue SCASEST. Se encontró enfermedad coronaria en el 73,1%. Complicaciones: hipertensión arterial en 10 ocasiones, 2 hipotensiones, 2 dolores torácicos y 1 vómito. Fueron todas ellas solventadas y no motivaron anulación del traslado tras contactar con cardiología. Solamente motivaron un retraso como máximo de 35 min.

Conclusión: El traslado de pacientes seleccionados en ambulancia medicalizada asistidos por enfermera en comunicación con hospital de referencia hasta el laboratorio de hemodinámica presenta una baja tasa de complicaciones, por lo tanto puede ser realizado de forma rutinaria.

E212. PLAN MEJORA AFRONTAMIENTO DE PACIENTES CORONARIOS

A. Benítez Leiva, M. de Mora Martín, F. Fernández Camino e Y. Gómez Narvaez

H.R.U. Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La enfermedad cardiaca es la principal causa de morbilidad en el mundo occidental, las personas que sobreviven se enfrentan a un futuro incierto, porque tienen un riesgo de muerte de 2-9 veces mas alta que la población general, los individuos que han sufrido un evento isquémico agudo tienen mayor riesgo de padecer otro a corto plazo y en ellos se deben aplicar estrictas medidas de prevención secundaria. El afrontamiento Positivo de la enfermedad es un factor muy importante para su pronóstico. Tener un manejo efectivo de las relaciones con los miembros familiares y llevar a cabo la realización de tareas adaptativas según los casos, es lo que justifica la realización de este Plan.

Objetivos generales: Desarrollar un programa de reuniones con pacientes coronarios para propiciar la comunicación entre ellos, fomentar la empatía, el conocimiento de la enfermedad, del sistema y servicios sanitarios, la información y la optimización de los recursos disponibles. Desarrollar una aptitud de "lucha positiva" ante la enfermedad. Compartir reuniones con los responsables y personal de los servicios y centros asistenciales implicados.

Objetivos específicos: Mejorar el Afrontamiento ante la enfermedad por parte del paciente. El conocimiento de la enferme-

dad. El conocimiento del sistema y servicios sanitarios disponibles. El seguimiento del proceso. El conocimiento de los métodos de diagnóstico, fármacos y terapias utilizadas. Propuestas de mejorar de la atención a los pacientes. De la confortabilidad de los centros asistenciales. De mejora de los servicios y centros asistenciales.

Alcance: Pacientes captados por los Enfermeros Gestores.

Procedimiento: Elaborar una base de datos de los pacientes captados. Informando de forma personalizada de los objetivos de las reuniones a los pacientes. Elaboración del documento.

E213. EDUCACIÓN SANITARIA A UN PACIENTE CARDIOLÓGICO ADICTO A SUSTANCIAS TÓXICAS

F. Arroyo Morón, E. Bujalance Román, M. Sánchez Moyano, R. Roldán López, C. Segura Saint-Gerons y R. Luque López

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Paciente con 39 años de edad, diagnosticado de síndrome coronario agudo adicto a sustancias tóxicas (alcohol y cannabis), con afrontamiento inefectivo del régimen terapéutico, que presentó riesgo de autolesión con violencia dirigida a otros.

Objetivo: Conseguir a través de la educación sanitaria mejorar el afrontamiento al régimen terapéutico del paciente y su cuidador, su madre (00069). Cambiar las conductas violentas (1401) y es establecer una continuidad de cuidados en su domicilio, a través de la enfermera de enlace hospitalaria con la enfermera de atención primaria y posteriormente realizar una valoración de resultados.

Metodología: Estudio descriptivo de un plan de cuidados con una valoración inicial de enfermería al ingreso basado en taxonomía NANDA.

Conclusiones: Con la educación sanitaria y el plan de cuidados se consiguió que el personal de enfermería proporcione al paciente la aceptación de su estado de salud, autocontrol de la conducta violenta y mayor adherencia al régimen terapéutico delegando su seguimiento a su enfermera de enlace comunitaria.

E214. TEST DE FLECAINIDA: PRUEBA DIAGNÓSTICA EN EL SÍNDROME DE BRUGADA

R. Roldán López, A. García Merino, C. Segura Saint-Gerons, M. Sánchez Moyano, M. Muñoz Medina y R. Luque López

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: El síndrome de Brugada está caracterizado por episodios de síncope o muerte súbita en pacientes con un corazón estructuralmente normal. La administración por vía intravenosa de fármacos antiarrítmicos bloqueadores de los canales de sodio permite desenmascarar a pacientes con electrocardiograma basal normal.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia con el test de Flecaínida y el manejo de estos pacientes por parte de enfermería, en nuestra unidad de Cardiología.

Material y métodos: Estudio retrospectivo con 12 pacientes a los que se les realizó el Test de Flecaínida. Tras información exhaustiva por parte de enfermería del procedimiento, la misma mañana de su ingreso, se les canalizó una vía venosa periférica para perfundirle 2 mg de Flecaínida por kilo de peso diluida en 250 cc de suero glucosado al 5%, a pasar en 15 min. Cada 2 min se le realizó un electrocardiograma de 12 derivaciones, otro una hora después y posteriormente se procedió al alta.

Resultados: De los 12 realizados, el 50% fue positivo, no hubo ningún tipo de complicaciones durante el procedimiento. Se estudiaron todos los familiares de aquellos pacientes que presentaron un test de Flecaínida positivo para Síndrome de Brugada.

Conclusiones: 1) El test de Flecaínida permite desenmascarar el Síndrome de Brugada (potencialmente letal) en pacientes que de otra manera quedarían sin diagnosticar. 2) Dado que no hemos tenido ninguna incidencia consideramos dicho test una prueba relativamente segura. 3) Con el protocolo utilizado se pudo diagnosticar al paciente con un ingreso reducido (2 o 3 h). 4) El personal de enfermería de hospitalización está capacitado para la realización del test de Flecaínida.

E215. PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL, EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

M. Sánchez Moyano, A. García Merino, R. Roldán López, F. Arroyo Morón, C. Segura Saint-Gerons, T. Berral Baeza, V. Mengibar Pareja y A. Rodríguez Borrego

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: El cuidador principal del paciente cardiológico es la persona que sin pertenecer a ninguna institución sanitaria ni social sin percibir salario ni formación, dedica gran parte de su tiempo y esfuerzo a asumir tareas, proporcionando cuidados, es el responsable del cuidado en su domicilio. La dedicación exclusiva genera un sobreesfuerzo físico y mental alterando aspectos de su vida emocional, laboral y social.

Objetivo: Definir el perfil del cuidador principal del enfermo cardiológico en nuestra unidad.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo desde septiembre-2009 a enero 2010 a 60 cuidadores principales de pacientes cardiológicos, ingresados en nuestra unidad, mediante entrevista y previa firma del consentimiento informado. Se les pasó una encuesta donde se reflejaban datos del cuidador: demográficos, sanitarios y laborales, edad, sexo, nivel de estudios, actividad, personas a su cargo, si tenían alguna patología o sufrían de problemas físicos, psíquicos o sociales y el tiempo que dedicaban al cuidado y datos del paciente: patología, edad, sexo, nivel de estudios, actividad y tiempo de evolución de la enfermedad.

Resultados: La edad media del paciente fue de 63 años; 57% varones; 40% jubilados; 36% padecían insuficiencia cardiaca, 28% cardiopatía isquémica. La edad media del cuidador fue de 53 años, 72,4% mujeres, 83% casadas, 64% con hijos a su cargo, 24% con otras personas, 50% tenían estudios primarios, 34,4% amas de casa, 44,8% trabajaban, dentro de los cuales el 19% tuvo que reducir su jornada laboral y un 18% dejó el trabajo. El 60% eran cónyuges, 34% hijos, 81% convivían con el paciente, el 50% dedicaba al cuidado, prácticamente la jornada, 41% presentó nerviosismo, 34% tristeza, 40% restricción de tiempo de ocio, 41% restricción de libertad y el 29% tenía falta de formación.

Conclusiones: Conocer el perfil de estos cuidadores principales nos proporcionó la información necesaria para detectar problemas, pudiendo así elaborar programas e intervenciones que aseguraran la calidad del cuidado, disminuyendo el sobreesfuerzo, y la claudicación de los cuidadores mejorando por tanto su calidad de vida.

E216. COMPARACIÓN DE RESULTADOS ANALÍTICOS OBTENIDOS DE UN CATÉTER ENDOVENOSO CON LOS DE UNA VÍA PERIFÉRICA. GASÓMETRO FRENTE A LABORATORIO CENTRAL

A. García Merino, R. Roldán López, C. Segura Saint-Gerons, A. Salado Leal, C. Maldonado Casado, T. Berral Baeza, R. Luque López, F. Arroyo Morón y V. Mengibar Pareja

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Los pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología, con frecuencia se encuentran hemodinámicamente inestables y sufren

descompensaciones que requieren una atención urgente. Dentro de esta atención urgente, es necesario conocer la situación del estado interno del paciente. Desde hace dos años disponemos en la planta de hospitalización de Cardiología de un gasómetro (modelo Genius 4000) que permite conocer además otros parámetros analíticos como la hemoglobina, hematocrito, sodio y potasio.

Objetivo: Comparar los resultados obtenidos de sangre procedente de un catéter endovenoso analizados con el gasómetro, con los de una muestra de sangre extraída por venopunción directa analizada por el laboratorio del hospital conociendo los tiempos de obtención de resultados por ambos métodos.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo con 180 pacientes ingresados consecutivamente en nuestro servicio. A todos se les extrajo 6 ml de sangre venosa por venopunción directa para el laboratorio central. Al mismo paciente se le extraían 2 ml de sangre por el catéter endovenoso periférico. La analítica extraída por laboratorio seguía su curso habitual y la sangre extraída por nosotros era analizada con el gasómetro. Posteriormente se compararon ambos resultados.

Resultados: La causa más frecuente de ingreso hospitalario fue insuficiencia cardiaca descompensada (42%). Hubo una correlación significativa entre los parámetros del laboratorio y la del gasómetro en: glucosa ($r = 0,93$, $p < 0,001$), sodio ($r = 0,79$, $p < 0,001$), potasio ($r = 0,73$, $p < 0,001$), hemoglobina ($r = 0,64$, $p < 0,001$), y hematocrito ($r = 0,62$, $p < 0,001$). El tiempo en obtener los resultados de una analítica ordinaria fue 213 ± 92 min frente a 92 ± 37 min extraída de forma urgente, y el tiempo en tener los resultados del gasómetro fue de $8,6 \pm 3,9$ min, $p < 0,001$.

Conclusiones: Los valores de glucosa, sodio, potasio, hemoglobina y hematocrito obtenidos de sangre venosa de un catéter endovenoso y analizados por nuestro gasómetro son válidos, obteniéndose en un tiempo sensiblemente inferior a los resultados de laboratorio, evitando una venopunción al paciente con la disminución del dolor y las molestias que ello conlleva.

E217. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN RÉGIMEN AMBULATORIO CON LOS PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN

C. Segura Saint-Gerons, A. Segura Saint-Gerons, M.D. Lara Lara, M. Muñoz Medina, M. Sánchez Moyano, R. Roldán López, A. García Merino y V. Mengibar Pareja

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: En mayo de 1986 se inició en nuestro centro el programa de Trasplante Cardíaco, habiendo trasplantado hasta la actualidad a 526 pacientes, la enfermera que los atendió en régimen ambulatorio ha sido siempre la misma y esta mantiene una estrecha relación con la enfermería de hospitalización para la continuidad de cuidados al marcharse el paciente a su domicilio.

Objetivo: Revisar los diagnósticos enfermeros más frecuentes en el alta de enfermería de estos pacientes y conocer las intervenciones realizadas para mejorar los resultados.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes que se han trasplantado de corazón en los tres últimos años, a los cuales se les entregó el alta de enfermería y continuaron su seguimiento en régimen ambulatorio.

Resultados: Se trasplantaron 69 pacientes, 45 varones y 24 mujeres, con edad media de 44 ± 19 (3-64), se trasplantaron en código electivo el 75% y en código urgente 25%. Los diagnósticos más frecuentes, que necesitaron intervención de enfermería desde consultas externas para su solución fueron: ansiedad (00146), temor (00148), conocimientos deficientes (00126) y manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078). Los resultados a los

tres meses de las intervenciones de enfermería fueron positivos, descendiendo 2 puntos en los diferentes diagnósticos, evaluados con escalas tipo Likert.

Conclusiones: El alta de enfermería es una herramienta muy útil para la continuidad de los cuidados, aunque el lenguaje, a veces, no es el idóneo para los pacientes. La educación sanitaria impartida por enfermería debe tener los mismos criterios para evitarles confusiones innecesarias a nuestros pacientes

E218. INFLUENCIA DE LA SALUD ORAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN

C. Segura Saint-Gerons¹, R. Alcántara Luque², J.L. Zafra Fernández¹, O. Luque Alcaraz¹, V. Mengibar Pareja¹, J.M. Arizón del Prado³ y R. Segura Saint-Gerons³

¹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Centro Levante Sur. Córdoba. ³Distrito Guadalquivir. Córdoba.

Uno de los objetivos de cualquier intervención en salud sobre una población es mejorar la calidad de vida. La salud oral influye en la calidad de vida de nuestros pacientes ya que la falta de ella, no solo produce la aparición de procesos dolorosos, sino también procesos estéticos, fonatorios o masticatorios disminuyendo la calidad de vida. Existen diferentes métodos para medir el impacto de la salud oral sobre la calidad de vida pero pocos que estén validados para la población hispana. La encuesta Perfil de Impacto de Salud Oral es la versión española de la encuesta "Oral Health Impact Profile" y ha sido validada para población hispanoparlante por lo que la hemos elegido para nuestro estudio.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal con los pacientes que acudían a la consulta de trasplante Cardíaco y habían firmado el consentimiento informado, para realizarles la encuesta "Perfil de impacto de Salud Oral".

Resultados: Presentamos resultados preliminares con 51 pacientes, 38 eran hombres y 13 mujeres. Con una edad media 53,57 (19-78) El 14% se trasplantaron en código urgente, 42,5% con diagnóstico de Miocardiopatía dilatada y 32,5% M. Isquémica. El 52,9% no habían acudido al dentista ni una sola vez en el último año y que el 45,1% solo se cepillaban los dientes una o ninguna vez al día, siendo los que más higiene oral tenían, aquellos que llevaban menos tiempo trasplantados.

Conclusiones: La educación Sanitaria impartida por enfermería debe ser continua y en todas las revisiones ya que abandonan su higiene oral con el tiempo y debemos aconsejar revisiones por sus especialistas, ya que los aspectos que mas han influenciado sobre la disminución de la calidad de vida de los pacientes han sido la estética y el dolor de la cavidad oral, de dientes o encías

E219. DETECCIÓN Y CUIDADOS DE PACIENTES FRÁGILES EN UN LABORATORIO DE ECOCARDIOGRAFÍA

R. Madrid Fernández, A. Nevado Tirado, C. Villanueva Antón, J. Nieves Sánchez e I. García González.

Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Se consideran "pacientes (pts) frágiles" aquellos pts con alta dependencia de cuidados, frecuentadores de servicios de urgencias y con ingresos reiterados en el Hospital, bien por edad, proceso crónico incapacitante o pts pluripatológico.

Objetivo: Cuantificar y describir la población de pts frágiles atendidos y analizar los cuidados requeridos por los mismos en un Laboratorio de Ecocardiografía a lo largo del año 2009 así

como efectuar la prueba en condiciones de seguridad y comodidad en todo momento, asumiendo la responsabilidad de los pts durante su realización.

Pacientes y métodos: Cuando los pts llegan al laboratorio de ecocardiografía se les recibe, se anotan sus datos en el libro de registros, se verifican datos de identificación con los datos de la prueba solicitada y se detectan necesidades para poder adecuar cuidados de enfermería a las alteraciones detectadas. Una vez finalizada la prueba, se informa de las incidencias y evolución del paciente durante la exploración al profesional de referencia en caso de pts hospitalizados, y al cuidador principal en los ambulantes.

Resultados: En el año 2009 fueron registrados en nuestro laboratorio 35 pts frágiles, de los cuales 28 estaban hospitalizados y 7 eran ambulantes. De todos, 15 fueron considerados “gran discapacitado” con dependencia casi total en su vida cotidiana, y los 20 restantes necesitaban ayuda parcial. Los pts frágiles detectados necesitaron los siguientes cuidados de enfermería: 1) Los 35 pts necesitaron ayuda para la movilización (valorando la necesidad de participación de uno o varios colaboradores, enfermera y/o auxiliar), 2) En 20 pts se requirió protección de catéteres, drenajes y dispositivos que pudieran tener al movilizarlo, 3) En 15 pts se procedió a mantenimiento de oxigenación, 4) Todos requirieron monitorización eletrocardiográfica y 5) En los 35 pts se realizó protocolo de prevención de caídas.

Conclusión: Es significativo el elevado consumo de recursos humanos y materiales requeridos a pesar de que el total de pacientes frágiles detectados no fue muy numeroso.

E220. INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS

C. Recuerda Casado, C. Rus Mansilla, C. Duran Torralbo, M.M. Martínez Quesada, G. Cortez Quiroga, G. López Moyano, D. Arias Galán, M. Delgado Moreno y M. López González

Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén.

Introducción: La calidad de vida y el estado de ánimo son aspectos importantes a valorar en pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo.

Objetivo: Evaluamos el impacto de un programa rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes y en su estado de ánimo.

Método: El programa tiene una duración de tres meses, consistente en 4 charlas educativas realizadas por enfermería y 9 sesiones de ejercicio físico guiadas por fisioterapeuta y enfermera, además de técnicas de relajación, control del estrés y asesoramiento individualizado en la consulta. Se realizó al principio y final del periodo valoración mediante el cuestionario para determinar la calidad de vida en el paciente postinfarto Velasco-Del Barrio y el test para el cribado de la Depresión-Ansiedad de Goldberg.

Resultados: Se reclutaron 19 pacientes que ingresaron por síndrome coronario agudo. La edad media fue de $53,63 \pm 9$ años, varones el 84,2%. En el cuestionario de calidad de vida de Velasco del Barrio las diferencias fueron estadísticamente significativas (basal $110 \pm 3,7$ vs. 74 ± 31 a los tres meses, $p < 0,01$) Al inicio el test de Ansiedad- Depresión de Goldberg la media de la puntuación para la Ansiedad fue de 4,07 y a los tres meses 2,53 ($p = 0,06$) y para la Depresión al principio la media de la puntuación fue de 2,40 y al concluir el programa 1,87 ($p = 0,292$). Aunque existe mejoría en el test de Goldberg, apreciando una disminución en la puntuación obtenida al final, tras realizar el análisis estadístico no obtenemos resultados significativos.

Conclusiones: El programa de rehabilitación cardíaca llevado a cabo en nuestro hospital ayuda a los pacientes a mejorar su calidad de vida. Existe una tendencia a la mejoría del estado de ánimo en estos pacientes que puede verse reforzada en un futuro con terapias psicológicas más específicas.

E221. DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN LA POBLACIÓN DE REFERENCIA DEL HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR

C. Durán Torralbo, M.G. López Moyano, M. Martínez Quesada, C. Rus Mansilla, G. Cortez Quiroga, C. Recuerda Casado, Y. Rustarazo Franco, M. Delgado Moreno y M. López González

Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén.

Introducción: Pese a demostrarse la eficacia de los programas multidisciplinarios la población diana manifiesta una serie de dificultades que les hace rechazar su inclusión en él. Objetivo: describir las causas del rechazo y los problemas en la población susceptible de ser incluida en el programa y valorar su abordaje.

Método: Se incluyeron todos los pacientes atendidos en la unidad analizando dos grupos: los que rechazaron el programa (grupo 1) y los que lo realizaron completo (grupo 2). Se comparó el perfil del paciente que se adhiere al programa y del que no lo hace recogiendo variables demográficas y etiológicas. La calidad de vida se midió mediante el cuestionario de Minnesota. Se incluyó la información recogida en la Valoración Inicial de Enfermería según Virginia Henderson identificando al cuidador formal, los motivos del rechazo, el nivel cultural y el conocimiento basal de la enfermedad.

Resultados: Desde febrero del 2006 a enero del 2010 se atendieron 114 pacientes, no existiendo diferencias significativas en cuanto a la edad, la etiología, ni en el test de Minnesota. Los pacientes del grupo 1 dependían de otra persona para su cuidado distinta de su pareja que los del grupo 2, con diferencias estadísticamente significativas (52% vs. 15%, $p < 0,05$). El nivel cultural bajo se recogió en un 82% del grupo 1 vs. un 75% del grupo 2. En el grupo 1 el conocimiento basal fue bajo un 74% vs. un 69% del grupo 2. El principal problema en el grupo 1 para su inclusión fue el transporte para acudir al hospital en un 65%.

Conclusión: El perfil del paciente que rechaza el programa es el de una persona que depende de otra para su cuidado, con nivel cultural y conocimiento de la enfermedad bajo y cuyo principal problema es el transporte que conecta el hospital con los pueblos de referencia.

E222. DOS AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL SEGUIMIENTO DOMICILIARIO DE LOS PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS IMPLANTABLES

C. Segura Saint-Gerons, M.D. Lara Lara, T. Berral Baeza, R. Luque López, M. Sánchez Moyano y R. Roldán López

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La telemedicina, de la que forma para CareLink, ha cambiado la existencia a los pacientes con Arritmias malignas, portadores de un Desfibrilador Automático Implantable. Siendo de una mayor importancia en pacientes con Miocardiopatía, tanto Dilatada, Isquémica o Valvular, que desarrollan episodios de Insuficiencia Cardíaca o pacientes limitados para acudir a la consulta.

Objetivo: Analizar nuestra experiencia con estos dispositivos, valorar si nuestro programa educativo ha sido beneficioso y el grado de satisfacción de los pacientes a los cuales se les ha entregado el monitor para uso domiciliario.

Material y métodos: Estudio descriptivo y prospectivo con 30 pacientes, con más de 300 transmisiones que utilizan esta tecnología. La transmisión de la información se realizó automática o manual a un servidor seguro por medio de una línea telefónica estándar. La recepción de los datos se realizó en un ordenador personal con conexión a Internet.

Resultados: 97% de los pacientes comprendieron la formación impartida por enfermería. El 99% de las transmisiones se realizaron correctamente. El 53% de las transmisiones tuvieron algún evento: 5,5% arritmias ventriculares malignas, el 9,4% detectaron insuficiencia cardiaca y el 28% arritmias auriculares. Los pacientes manifestaron un alto grado de satisfacción de estar en este programa considerando nuestro sistema de entrenamiento muy positivo y sintiéndose mejor controlados gracias a este sistema.

Conclusiones: Este sistema permite un seguimiento más frecuente de los dispositivos implantados. Detectando de una manera precoz y eficaz cualquier evento clínico del paciente y anomalías del dispositivo. A través de la consulta telefónica evitamos ingresos hospitalarios y optimizamos tratamientos a los pacientes que lo requieran. El conocimiento de esta tecnología, por parte de enfermería, ayuda al paciente a darle el mayor rendimiento a estos dispositivos y a disminuir la ansiedad que les genera su patología.

E223. ¿ES ADECUADA LA TENSIÓN ARTERIAL EN NUESTROS PACIENTES CARDIOLÓGICOS?

M.D. Lara Lara, C. Segura Saint-Gerons, M. Muñoz Medina, R. Roldán López, E. Romo Peñas, M. Ruiz Ortiz, V. Mengibar Pareja y M.C. Maldonado Casado

Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es un proceso crónico con gran prevalencia en la población adulta, constituyendo uno de los mayores factores de riesgo cardiovascular (FCR), con importancia en la medida correcta de la TA para establecer un diagnóstico preciso de la HTA y tomar decisiones terapéuticas.

Objetivos: Ver la incidencia de HTA en nuestra consulta. Instaurar las medidas de tratamiento no farmacológico coadyuvantes con la terapia antihipertensiva.

Material y método: Se han estudiado todos los pacientes atendidos en nuestra consulta de cardiología desde el 1 de octubre del 2009 al 31 de diciembre del 2010. Se han considerado criterios de inclusión: edad superior a 40 años y TA mayor o igual a 140/90 mmHg. Se ha tomado la TA a la llegada y finalización de la consulta, contrastándose las cifras obtenidas con los registros de la cartilla de hipertenso, medidas por su enfermero/a de referencia, o las automedidas. Utilizándose el paquete estadístico SPSS 6.1.

Resultados: De una muestra de 723 pacientes, 397 mujeres (54,23). Edad entre 2 meses y 96 años. Según la literatura hemos establecido punto de corte en 40 años, resultando 674 pacientes incluidos (92,07) y de ellos tienen HTA como FRC es de 532 (74,93). Los normotensos con cifras tensionales elevadas medido en la consulta son 92 (17,29) por efecto "bata blanca", y los pacientes con TA mal controlado son 311 (46,14).

Conclusiones: - La HTA ocasiona costes sanitarios directos o indirectos elevados. - Enfermería tiene un papel clave para recomendar, educar, apoyar e implicar al paciente en el control de su HTA. - Enfermería, trabajando con un protocolo de actuación coordinado con el medico, es el personal mas cualificado para el manejo de la HTA.

E224. MANEJO INEFECTIVO DE NITROGLICERINA SUBLINGUAL EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

C. Lópezosa Moya, M.E. Liarte González, J.A. Vega Ruiz, M.D. Herreros Benítez y N. Hevia Ceva

Servicio de Cardiología.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La nitroglicerina sublingual (NTGsl) constituye el tratamiento de inicio del episodio isquémico agudo, autoadministrado en muchas ocasiones por el paciente antes de contactar con los servicios sanitarios. El conocimiento de la pauta correcta de administración puede determinar la resolución del episodio isquémico y evitar posibles complicaciones.

Objetivos: Valorar el nivel de conocimiento de la pauta de empleo de NTGsl en pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica. Proporcionar educación sanitaria que ayude a mejorar el uso efectivo de dicho tratamiento.

Material y métodos: Estudio observacional basado en una encuesta multirrespuesta, realizado a pacientes ingresados en el servicio de cardiología entre marzo y junio del 2009.

Resultados: La muestra era de 100 pacientes, 72,5% varones con una edad media de 72 ± 9 años. Todos ellos conocían algunas de las formas comerciales de la NTGsl y cuándo debían emplearlo. La explicación de cómo utilizarla la había hecho el cardiólogo en un 64%, en los servicios de Urgencias en un 23% o Atención Primaria en un 13%. A la pregunta de con qué intervalo de tiempo debía emplearse ante la persistencia del dolor torácico, el 37% respondió cada 5 min, 27,5% cada 15 min, 14,5% cada 30 min y 20,9% no sabía. Durante el ingreso del paciente se proporcionó información verbal sobre la pauta adecuada de administración de NTGsl, así como medidas posturales apropiadas.

Conclusiones: El nivel de conocimiento de nuestros pacientes sobre el empleo de NTGsl es mejorable; esto conlleva una dificultad a la hora de actuar ante una situación aguda con la consiguiente ineficacia de dicho tratamiento. Consideramos importante realizar actividades de educación sanitaria que ayuden a conseguir una conducta terapéutica efectiva en el uso de la nitroglicerina sublingual en pacientes con cardiopatía isquémica.

E225. LA GESTIÓN DE CASOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA: CASO CLÍNICO

A. Benítez Leiva, M. de Mora Martín. F. Fernández Camino e Y. Gómez Narvaez

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La Cartera de servicio de la EGCh (Manual de la Gestión de Casos en Andalucía: Enfermeras Gestoras de Casos en el Hospital 2.006) La componen: Pacientes y Cuidadores Principales de pacientes dependientes o frágiles. Pacientes con necesidades especiales tras recibir el alta hospitalaria: crónicos, anciano frágil y CMA o cirugía de corta estancia con hospitalizaciones reiteradas. Pacientes que requieran para su diagnóstico, tratamiento y cuidados de tecnología avanzada en domicilio. Cuidadores principales informales.

Objetivos: Generales: Procurar la captación de pacientes ingresados en Cardiología propios de la cartera de Servicio de Enfermería Gestión de Casos. Específicos: Garantizar la continuidad de cuidados y tratamiento de los pacientes dependientes y frágiles ingresados en cardiología.

Metodología: Desde mi incorporación a la Unidad de Coordinación Asistencial Interniveles de mi hospital he participado,

en el Servicio de Cardiología como EGCh, coordinación y derivación con A.P. en los casos que se me ha requerido para mantener la continuidad de cuidados y tratamientos al alta hospitalaria. Durante el año 2.009 hemos captado 84 pacientes. Captados en el momento del alta: 6. Persona de deriva el paciente al EGCh: EGCh 7. E. Referente 9. EGCh 4. Supervisora 12. Facultativos 48, Otros 4, Cuidadoras captadas: 25, Coordinaciones de alta: 74, EXITUS: 2, Reingresos: 11, Gestiones con Consulta de Cardiología: 16, Gestiones con Hemodinámica: 1, Gestiones con Consulta de Cardiología Infantil: 1, Diagnósticos: Insuficiencia cardiaca: 64 casos, Miocardiopatías: 12 casos, Pluripatológicos: 8 casos.

Resultados: Caso Clínico: Como caso representativo de la Gestión de Casos en Cardiología presentamos a un paciente diagnosticado de Coma Neurológico Post Trauma Cardíaco.

Conclusiones: El trabajo de la Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria garantiza la valoración e intervención enfermera en el paciente y procura la continuidad de cuidados y tratamiento a los pacientes captados en colaboración con la Enfermera Gestora de Casos de A.P. Para garantizar, igualmente, la eficiencia de esta actividad es

E226. ¿Y AHORA QUÉ? PERCEPCIONES DE UN PACIENTE TRAS HABER SUFRIDO UN IAM E INGRESAR EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

M. Rojas-Mata, S. Navarro-Rodríguez, D. Alcántara-Pedrosa, F. Navarro-Gil y N. Hevia-Ceva

Unidad de Gestión Clínica del Corazón.

Hospital Clínico Universitario Virgen de La Victoria. Málaga.

Introducción: En nuestra unidad nos ingresan pacientes procedentes de la UCI tras haber sufrido un IAM y le proporcionamos todos los cuidados de enfermería necesarios para conseguir su pronta recuperación a nivel coronario pero no nos planteamos como viven esta experiencia y su capacidad de afrontarlo, sus emociones o sentimientos hacia ello.

Objetivos: 1.- Valorar las conductas de respuesta que presentan estos pacientes ante la experiencia de haber sufrido un IAM. 2.- Identificar los diagnósticos enfermeros que se producen.

Material y método: Estudio Cualitativo Descriptivo Fenomenológico, por muestreo de conveniencia, utilizado para describir las reacciones de pacientes frente a la experiencia de haber sufrido un episodio de IAM. Realizándose entrevistas no estructuradas e individuales a pacientes que nos han ingresado en la unidad de cardiología y haber tenido un episodio de IAM. Teniendo en cuenta para ello las variables socio demográficas y las variables asociadas al estrés tras un episodio de IAM, según Braunwald y Testelli.

Resultados: Tras realizar el estudio hemos encontrado los siguientes resultados; De los 15 pacientes entrevistados, 10 son hombres y 5 mujeres, cuya edad media es de 61,06 años; los diagnósticos de enfermería encontrados fueron los siguientes; Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno (33%), Disposición para mejorar los conocimientos (86%), Desesperanza (80%), Baja autoestima situacional (60%), Afrontamiento inefectivo (33%), Afrontamiento defensivo (6,6%), Negación infectiva (2,64%), Temor (93,4%), Duelo (26,4%).

Conclusiones: El factor psicosocial en la enfermedad coronaria junto con los rasgos de personalidad de un individuo y la ausencia o presencia de soportes adecuados condicionan la respuesta de adaptación de un paciente a la hora de enfrentarse a la experiencia de haber sufrido un IAM. La enfermería es un apoyo fundamental a la hora de evaluar la respuesta de este tipo de pacientes y ayudarles a adaptarse a su nueva situación.

E227. TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN EL TRASPLANTE CARDIACO

M. Azores Aguila, I. Pozo Márquez y M. Fernández Alcaide

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Con el objetivo de facilitar a los pacientes y a las personas de su entorno la participación activa en su proceso de recuperación, se ha diseñado un programa de rehabilitación cardíaca, tanto pre como post trasplante.

Objetivo: Mostrar nuestro plan de trabajo con los pacientes incluidos en lista de espera de trasplante cardíaco y los ya trasplantados, a través de los distintos ejercicios, como respiración diafragmática, utilización de Inspirón, tos adecuada, así como la educación sanitaria en su ingreso en UCI y en planta.

Material y métodos: Estudio descriptivo del programa impartido por la fisioterapeuta en nuestro centro mostrando los ejercicios utilizados que tienen como fin la prevención de complicaciones respiratorias, mejorar fuerza y resistencia muscular, mejorar la circulación sanguínea, disminuir ansiedad y estrés, etc. Dichos ejercicios estarán también encaminados en la fase post operatoria para prevenir los efectos negativos del encamamiento y facilitar la recuperación post cirugía.

Conclusión: Con este programa hemos conseguido mejorar la capacidad física de los pacientes y su autonomía. Consiguiendo una incorporación adecuada a actividades de la vida diaria básicas.

E228. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE TRASPLANTADO DE CORAZÓN AFECTADO DE SÍNDROME DE BECKER

R. Luque López, C. Segura Saint-Gerons, T. Berral Baeza, R. Roldán López, A. Ocaña Durán, M. Muñoz Medina, A. Salado Leal y V. Mengibar Pareja

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

El síndrome de Becker es un cuadro que cursa con Miopatía degenerativa en la que disminuye la capacidad funcional en miembros inferiores y superiores. Presentamos el caso clínico de un paciente diagnosticado en la infancia y que ingresa para inclusión en lista de espera de Trasplante Cardíaco. Se le realizó una valoración inicial siguiendo el modelo de Virginia Henderson y se aplicó la taxonomía NANDA, NOC y NIC. Las manifestaciones de dependencia fueron la dificultad respiratoria, y la fatiga ante cualquier esfuerzo moderado (deambulación y actividad de la vida diaria AVD). Expresó estar nervioso y preocupado. Según la escala del estado nutricional el paciente estaba inapetente y nauseoso. Los principales diagnósticos de enfermería fueron la intolerancia a la actividad, ansiedad y conocimiento deficientes. Como resultados se disminuyó el estado de ansiedad, reconoció las situaciones de riesgo, se llegó al manejo efectivo de la medicación y se consiguió su autonomía física.

Conclusión: La aplicación del plan de cuidados hizo que enfermería proporcionara cuidados de excelencia dirigidos a garantizar la seguridad, prevenir complicaciones y mantener la dignidad del paciente.

E229. ¿DISMINUYERON LAS SOLICITUDES DE EKG HOLTÉR DE 24 H CON EL INCREMENTO DE TELEMATRÍAS EN HOSPITALIZACIÓN CARDIOLÓGICA?

J. Nieves, C. Villanueva, M.J. Toril, A. Nevado, I. García y R. Madrid

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La Unidad de hospitalización de Cardiología adultos consta de dos Módulos con un total de 69 camas. En el año

2008 la dotación de telemetrías era de una unidad de 4 canales en cada uno de ellos, habiéndose incrementado en el año 2009 con otra unidad de 16 canales en cada módulo.

Objetivo: Analizar si han disminuido las solicitudes de Electrocardiograma Holter 24 h a la Unidad de Pruebas Funcionales de Cardiología, tras la dotación de los nuevos equipos de telemetría en dichas Unidades.

Material/método: Procedemos a la recogida de datos de los estudios solicitados y realizados a esta Unidad durante el año 2008 y los comparamos con los solicitados y realizados durante el año 2009.

Resultados: En el año 2008 se realizaron un total de 1001 registros, de los cuales, 171 (17%) fueron solicitados a pacientes ingresados mientras que en el año 2009 de un total de 1046 regis-

tros, 159 (15%) correspondió a pacientes ingresados. Desglosando las distintas especialidades que solicitan este registro, obtenemos los siguientes resultados: Cardiología adulto: 84 (49%) año 2008 64 (40%) 2009 Cardiología Infantil 7 (4%) año 2008 11 (2009 Neurología 42 (25%) año 2008 49 (31%) 2009 Medicina Interna 34 (20%) año 2008 28 (18%) 2009 Cirugía Cardiovascular 3 (2%) año 2008 5 (2009 Otros 1 (1%) año 2008 2 (1%) 2009.

Conclusiones: El porcentaje total de estudios solicitados a pacientes ingresados no ha disminuido de forma significativa. En los Módulos de Hospitalización de Cardiología la disminución ha sido únicamente de un 9% de solicitudes, a pesar del incremento considerable de 24 canales de telemetría en los mismos. Se mantienen o incrementan ligeramente las solicitudes realizadas a pacientes ingresados a cargo de otras especialidades.