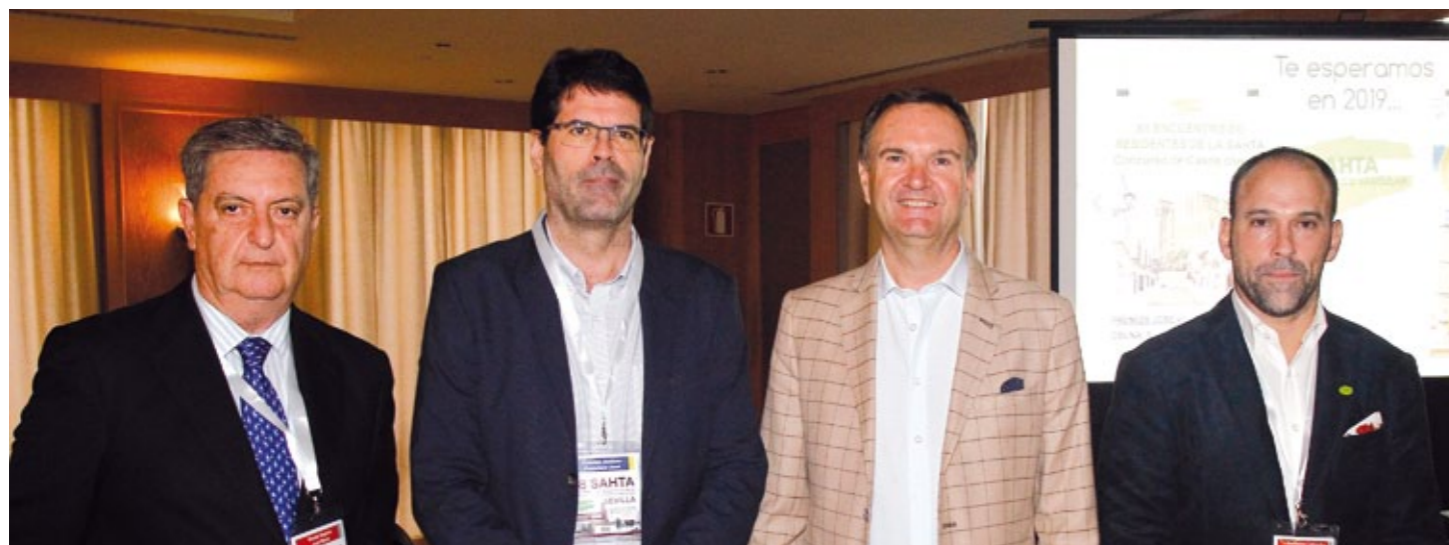


16<sup>as</sup> JORNADAS DE ENFERMERÍA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y RIESGO VASCULAR (SAHTA)



▲ De izq. a dcha. los miembros de la mesa inaugural: José M<sup>o</sup> Rueda, pdte. Colegio Enfermería de Sevilla; Fco. José Fuentes, vicepresidente de SAHTA; Juan Carlos Huerga, pdte. Comité Organizador 16<sup>as</sup> Jornadas de Enfermería; y Sergio Antonio Granados, pdte. Comité Científico de Enfermería.

## EL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE SEVILLA PREMIA A LAS MEJORES COMUNICACIONES DE LAS 16<sup>as</sup> JORNADAS DE ENFERMERÍA DE LA SAHTA

REDACCIÓN: **NADIA OSMAN GARCÍA**  
FOTO: **MANUEL GÓMEZ**

La Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular (SAHTA) ha celebrado durante los días 8, 9 y 10 de noviembre en Sevilla el 28 Congreso Médico, las 16<sup>as</sup> Jornadas de Enfermería y las 13<sup>as</sup> Jornadas de Farmacéuticos.

Las 16<sup>as</sup> Jornadas de Enfermería han estado dirigidas a profesionales de Enfermería de los dos niveles asistenciales, tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria.

Juan Carlos Huerga Domínguez, presidente del Comité Organizador de las 16<sup>as</sup> Jornadas de Enfermería de la SAHTA y enfermero educador en diabetes del Hospital Comarcal de Osuna (Sevilla), recuerda que la etiología cardiovascular es la principal causa de muerte en el mundo, tanto en hombres como en mujeres. “Todo es poca

cosa para concienciar a nuestra sociedad a través del discurso interdisciplinar sanitario en voz del enfermero, farmacéutico y médico, ya sea con una acción de prevención primaria, secundaria o terciaria. Respecto a enfermería es el 16<sup>o</sup> año consecutivo que recorremos Andalucía difundiendo este mensaje a otros compañeros en especial y a toda la sociedad en general, ya que la enfermería ocupa un puesto muy importante en toda esta cadena”.

Esta edición ha concentrado su atención en el ictus, mediante ponencias y talleres prácticos impartidos por enfermeras/os expertas en la materia que están actualmente ejerciendo en hospitales de la provincia de Sevilla, así como otras problemáticas relacionadas con el riesgo vascular. Así, explica Huerga Domínguez, “los objetivos iban encaminados a cubrir ciertos aspectos de interés científico y formativo que la



▲ Algunos de los premiados de las 16<sup>as</sup> Jornadas de Enfermería de la SAHTA.

Enfermería que se dedica al cuidado de personas con riesgo vascular demanda. Por eso, hemos intentado, que expertos en temas como la obesidad, la rehabilitación cardiaca, la educación terapéutica en diabetes, el ictus y la terapia de úlceras vasculares nos aportaran sus experiencias y conocimientos al respecto”.

Las Jornadas finalizaron con la entrega de premios a las mejores comunicaciones gracias al Colegio de Enfer-

## JUAN CARLOS HUERGA DOMÍNGUEZ PDTE. COMITÉ ORGANIZADOR DE LAS 16<sup>as</sup> JORNADAS DE ENFERMERÍA

### “La Fundación Española del Corazón cifra en casi 70.000 las personas fallecidas en el 2017”

**P: ¿Cuáles son los factores de riesgo cardiovasculares?**

**R:** Los principales factores de riesgo cardiovasculares que podemos modificar con tratamiento y/o cambios en nuestro estilo de vida son la hipertensión arterial, el tabaquismo, la hipercolesterolemia, la diabetes, el sedentario y la obesidad. Todos ellos muy prevalentes en nuestra actual sociedad y susceptibles de abordaje desde nuestro sistema sanitario, donde los profesionales de enfermería deben jugar un papel fundamental.

**P: Esos factores, ¿por qué son una lacra?**

**R:** Porque incrementan la cifra de mortalidad producidas por las enfermedades cardiovasculares, en las que incluimos las cardíacas y cerebrovasculares, provocando una importan-

te merma en la calidad de vida de estos pacientes y siendo la principal causa de muerte actualmente en España.

**P: ¿Qué impacto tienen en la calidad de vida?**

**R:** Además de aumentar las muertes prematuras por causa de las enfermedades CV, las personas que hayan sufrido un evento cardiaco o un ictus, perciben un cambio en su calidad de vida a nivel de limitaciones físicas, con impacto en su vida diaria y ámbito laboral; problemas emocionales, con importante tendencia a la depresión y también, a nivel de relaciones sociales y familiares.

**P: ¿Y en la mortalidad?**

**R:** Los actuales porcentajes de muerte atribuibles a las enfermedades CV en nuestro país se sitúan alrededor del 30%, según el Instituto Nacional de Estadística. Es la primera causa de muerte en España, concretamente, la Fundación Española del Corazón cifra en casi 70.000 las personas fallecidas en el 2017 por problemas relacionados con el corazón. Cifras realmente muy altas y, en muchos casos, evitables que nos deben hacer buscar estrategias para disminuirlas. Para ello, el aspecto preventivo es esencial, conseguir cambios hacia



▲ Ha impartido una ponencia sobre ‘Nuevas recomendaciones de la administración de insulina’ basadas en el estudio FITTER, uno de los mayores a nivel mundial, en el que participaron más de 13.000 pacientes de más de 40 países. Participó como investigador principal de Andalucía y representó a España en el foro internacional.

hábitos de vida saludable en la población, podría hacer disminuir hasta un 80% las enfermedades cardiovasculares. Es por eso que los profesionales de enfermería, tienen un rol clave en la promoción de estilo de vida saludable y en conseguir que los pacientes que hayan sufrido un evento cardiovascular controlen la mayor parte de esos factores para que no vuelvan a repetirse y consigan unos autocuidados que repercutan en una mejor calidad de vida. ■

mería de Sevilla y al Consejo Andaluz de Enfermería.

El primer premio, patrocinado por el Colegio de Enfermería de Sevilla, fue para la comunicación ‘Capacidad de autocuidado en el paciente pluripatólogo ingresado en medicina interna de un hospital’ de M<sup>a</sup> del Carmen Dorado Guzmán, José María Loidi García, Sonia Naranjo López y Carmen Zarco Donaire, todos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

El segundo premio, otorgado por el Consejo Andaluz de Enfermería (CAE), lo recibió el trabajo ‘Influencia de la administración intramuscular de aines en la Hipertensión Arterial’, realizado por M<sup>a</sup> Jesús Sese García, Prudencia M<sup>a</sup> Barea Sánchez, Milagrosa Espinar Toledo, Juan Carlos Moreno Prieto, M<sup>a</sup> Fontalba Romero e Irene Roldán Gómez. Éstos pertenecen al Centro Salud Rincón de la Victoria de Málaga. Finalmente, el tercer pre-

mio, una vez más ofrecido por el Colegio de Enfermería de Sevilla, recayó sobre ‘Hipertensión como factor de riesgo modificable para el desarrollo de la Enfermedad Renal Crónica’, cuyos autores son M<sup>a</sup> Eugenia Pons Raventos, Ana Rebollo Rubio y Celia Martí García. Sus centros de trabajo son Fresenius Medical Care Services Andalucía S.A, Hospital Regional Universitario de Málaga y Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga. ■



**PONENCIA: PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDÍACA**

**“Ser varón es un factor de riesgo no modificable”**

REDACCIÓN: **NADIA OSMAN GARCÍA**

■ José Martín Vera es enfermero de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca y Prevención Secundaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, por lo que su exposición ha tratado sobre el desarrollo del Programa de Rehabilitación Cardíaca y Prevención secundaria de su lugar de trabajo, así como el papel de enfermería dentro del equipo multidisciplinar.

**P: ¿Cuál es el perfil del paciente?**

**R:** El perfil más común es el de un varón entre 50 y 70 años, sedentario, que fuma, suele tener la tensión arterial alta, sobrepeso y colesterol elevado, además de un nivel elevado de estrés. Son pacientes que han sufrido un Síndrome Coronario Agudo (Infarto o Angina), y se les ha tratado con angioplastia y colocación de stents o bien con cirugía cardíaca. Hay que tener en cuenta que ser varón es un factor de riesgo no modificable. Las mujeres tradicionalmente se ha admitido que durante la etapa fértil estaban protegidas hormonalmente. Pero sí querría resaltar que en nuestra unidad atendemos mayor número de varones que de mujeres. Dato constatable, por ejemplo en el año 2017 el 84,66% de los pacientes atendidos fueron varones, y tan solo el 15,33% fueron mujeres, con una edad media global (varones y mujeres) de 58,74 años. Fundamentalmente, trabajamos con pacientes con cardiopatía isquémica, que es el mayor volumen, pero también tratamos pacientes valvulares, trasplantados, con marcapasos, con DAI, con Insuficiencia cardíaca (de forma esporádica), ya que el programa específico de insuficiencia cardíaca no se ha podido abordar aún. Con respecto a los menores, las enferme-

dades más habituales son las cardiopatías congénitas y los postoperatorios de cirugía cardíaca infantil, pero en nuestro hospital no hacen rehabilitación cardíaca infantil.

**P: ¿Cuántos pacientes pasan al año por su unidad?**

**R:** Desde que se inauguró nuestra unidad en el año 2005 el número de peticiones ha ido creciendo de forma bastante importante, desde esa fecha hasta el día de hoy hemos tratado a 3.923 pacientes. En el año 2016 atendimos a 425 pacientes, en el 2017 a 459 y actualmente en 2018, llevamos tratado ya 333 pacientes y recibidas 488 peticiones. Todo esto con los mismos recursos humanos y materiales, lo que se traduce en un importante alargamiento de los tiempos de espera.

**P: ¿La rehabilitación cardíaca es efectiva en todo tipo de ataque al corazón?**

**R:** Aunque habría que matizar algunos aspectos, en líneas generales yo diría que sí. Puesto que el control de factores de riesgo, la instalación de hábitos de vida cardiosaludables y el ejercicio siempre van a provocar una mejoría, es decir, cualquier individuo con una discapacidad secundaria a una enfermedad cardíaca, puede beneficiarse de un programa de rehabilitación cardíaca.

**P: ¿Cuál es el papel del profesional de enfermería ante la rehabilitación cardíaca?**



**R:** Transmitir a los pacientes la importancia que tiene hacerse cargo de su nueva situación, realizando los cambios necesarios en su estilo de vida para que no se vuelva a repetir otro evento cardíaco. Cuando esto sucede, normalmente no vuelven a tener problemas.

**P: ¿Qué resaltaría?**

**R:** Me gustaría resaltar la importancia de la fase III de la rehabilitación cardíaca que es aquella que se realiza de por vida en las asociaciones de pacientes cardíacos, o en los centros deportivos, que van a permitir la continuidad de lo aprendido. También destacar la educación sanitaria como pilar fundamental de la prevención en las enfermedades cardiovasculares. En el reciente congreso de Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Andaluza de Cardiología se habló mucho de la importancia de intervenir sobre los niños a nivel de educación si realmente queremos frenar el constante aumento de estas enfermedades. Aquí tenemos un reto muy importante. ■

**PONENCIA: PREVENCIÓN EN OBESIDAD INFANTIL**

**“Hay estudios que asocian ya el ictus isquémico al aumento del índice de masa corporal y la obesidad abdominal”**



■ Alejandra Morilla López es Coordinadora de Cuidados de la U.G.C. Mercedes Navarro, pero anteriormente ejerció como enfermera de familia en la U.G.C. Torreblanca, donde trabajó en el programa de Salud Escolar y Forma Joven. Ha sido la encargada de trasladar a los asistentes el impacto que la obesidad está teniendo sobre los menores en su salud actual y la repercusión futura, algunas claves para el abordaje desde la consulta, el trabajo con la familia y también con la comunidad, así como la necesidad de plantearnos como de vital importancia la intervención en edades tempranas como camino para mejorar los datos sobre la morbilidad relacionada con el riesgo vascular.

**P: ¿Por qué la obesidad infantil es un gran desafío para la Sanidad?**

**R:** La obesidad infantil debe de estar en nuestro punto de mira, en primer lugar por responsabilidad con nuestros menores, como adultos y como profesionales de la Salud, porque estamos cuidando de su salud presente y futura, y es un gran desafío porque no es sólo un problema de alimentación, déficit de actividad física y sedentarismo, es un problema complejo con gran influencia de otros factores, sobretodo sociales, y además nos estamos instalando en una sociedad cada vez más obesogénica.

**P: ¿Hay datos?**

**R:** La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI y la prevalencia ha aumentado alarmantemente. Actualmente según el estudio ALADINO de 2015 a niños y niñas de 6 a 9 años, tenemos una prevalencia de exceso de peso en España del 39,7% en niñas y 42,8% en niños, siendo el 15,8% de niñas obesas y 20,4% en niños. Si miramos esos datos, en la encuesta Andaluza de Salud 2011-2012 (menores de 16 años), el sobrepeso es de 27,4% en niños y 24,1% en niñas, y el 22,2% de los niños y el 17,8% de las niñas tenían obesidad. En Sevilla el 22,1% y 25% para sobrepeso y obesidad respectivamente para ambos sexos, existiendo gran variabilidad según las poblaciones ya que se asocian a distintos factores como los determinantes sociales.

**P: ¿Qué problemas puede acarrear?**

**R:** El menor con obesidad tiene más probabilidades de padecer obesidad de adulto, el llamado efecto “tracking”, con lo que puede conllevar. La obesidad y la mala alimentación están aso-

ciadas a patologías como la Diabetes tipo 2, la hipertensión, patologías cardiovasculares e incluso a enfermedades neoplásicas. Las enfermedades no transmisibles derivadas de la obesidad infantil van a depender en parte del inicio de la obesidad y de la duración de la misma, y puede desencadenar problemas en el aparato locomotor, incremento de los procesos respiratorios y cardiovasculares, además de problemas de autoestima y dificultades para la sociabilización.

**P: ¿Qué relación guarda el ictus y la obesidad infantil?**

**R:** Hay estudios que asocian ya el ictus isquémico al aumento del IMC y la obesidad abdominal, medida como índice cintura-cadera, por tanto la intervención en niños/as podrían disminuir la aparición de enfermedades cerebrovasculares.

**P: ¿Cuáles son los mejores consejos para prevenir la obesidad infantil?**

**R:** El trabajo debe de realizarse con el núcleo familiar. Los menores aprenden, sobre todo, por imitación. Consejo a las familias que sean ellos los primeros en poner en valor la alimentación saludable y la actividad física en sus casas. Enseñarlos a identificar los productos alimenticios con bajo nivel nutricional y alto contenido calórico para desecharlos de la dietas e incorporar alimentos saludables alternativos así como la regulación los horarios de las distintas comidas. Además, estudiar las preferencias y las fortalezas del niño para darles actividades que sustituyan al sedentarismo utilizando recursos adaptados a cada situación familiar. Valorar siempre los logros y hacerlos partícipes de ellos. ■



**PONENCIA: FASE AGUDA. CÓDIGO ICTUS**

“La estrategia fundamental para que el paciente pueda llevar una vida normal tras la fase aguda de un Ictus cerebral radica en la pronta movilización”

REDACCIÓN: **NADIA OSMAN GARCÍA**

■ Carmen Albalá Gutiérrez es enfermera asistencial del servicio de Neurología y Unidad de Ictus del Hospital Virgen Macarena desde hace trece años. Durante su vida profesional ha atendido a unos 1400 pacientes con ictus, lo que la convierte en perfecta conocedora de los cuidados de Enfermería en la fase aguda del accidente cerebrovascular.

**P: ¿Cuál es la diferencia entre paciente con ictus y paciente con ictus en fase aguda?**

**R:** En el Ictus establecido, los síntomas suelen ir progresando durante las primeras 24h, pasadas las cuales empieza una etapa marcada por el comienzo del infarto. De ahí la importancia de una actuación rápida ya que, en algunos casos, se puede detener el proceso en la fase de isquemia incompleta, permitiendo así al paciente una completa recuperación.

**P: El deterioro neurológico requiere cuidados...**

**R:** Enfermería representa un papel fundamental encaminado a detectar precozmente el deterioro neurológico, prevenir complicaciones, potenciar la recuperación de la lesión, vigilar complicaciones potenciales y autocuidados. Por lo que a diferencia de otras fases del Ictus, la atención y cuidados del paciente en la fase aguda es constante y continua durante las primeras 24h por un personal de enfermería entrenado en patología vascular cerebral y un plan de cuidados estandarizado de los pacientes, así como un programa de tra-

bajo coordinado con otros especialistas que forman el equipo multidisciplinar (Radiología, cirugía vascular, neurocirugía, medicina intensiva, cardiología, urgencias y rehabilitación).

**P: ¿Cuál es la estrategia más eficaz para llevar una vida normal?**

**R:** La estrategia fundamental para que el paciente pueda llevar una vida normal tras la fase aguda de un Ictus cerebral radica en la pronta movilización del paciente, siempre que su estado lo permita. Al segundo día comenzar la sedestación, en pacientes con Ictus isquémico, y al tercer día, en pacientes con Ictus hemorrágico, y la Fisioterapia indicada por el equipo de rehabilitación para la mejora de la lesión, al igual que potenciar el autocuidado. Son piezas claves del puzzle para que el paciente pueda ir llevando una vida lo más normal posible dentro de sus limitaciones.

**P: ¿Las mejorías llegan a estabilizarse o son puntuales?**

**R:** En la mayoría de los casos las mejorías llegan a estabilizarse, depende de la causa que ha originado el Ictus si se ha logrado controlar, los factores de riesgo que tenga el paciente y la edad. La experiencia europea con las Unidades de Ictus ha demostrado una disminución de la mortalidad del 30% y una disminución de la dependencia y hospitalización del 25%.



FOTO: MANUEL GÓMEZ

**P: ¿Y en cuanto a los tratamientos?**

**R:** Las tendencias actuales del tratamiento del ictus han conseguido disminuir notablemente la mortalidad, las complicaciones intrahospitalarias, la intensidad de las secuelas y el tiempo de hospitalización. Este nuevo enfoque terapéutico está basado en la atención urgente, protocolizada y multidisciplinaria de estos pacientes en unidades funcionales específicas denominadas Unidades de Ictus. La disponibilidad de nuevos fármacos trombolíticos y neuroprotectores justifican aún más la necesidad de estas unidades, ya que requieren ser administradas muy precozmente (en las 3-6 primeras horas), por personal entrenado, en pacientes seleccionados tras un cuidadoso diagnóstico específico. ■

**TALLER: HERRAMIENTAS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL ICTUS**

“Aunque Enfermería no disponga de especialización en patología vascular, todos los profesionales que trabajan en la Unidad de Ictus deben recibir formación específica”

■ Lidia Ruiz Bayo es la responsable de Cuidados de la UGC de Neurología y Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Impartió un taller sobre las herramientas de Enfermería en la atención al ictus agudo, partiendo de la base de que cada año entre 110.000 y 120.000 personas sufren un ictus en nuestro país y que la OMS estima que en los próximos 25 años su incidencia incrementará un 27%.

**P: ¿Por qué Enfermería tiene un papel protagonista, en los cuidados de pacientes con ictus?**

**R:** Está encaminado en su fase aguda a la aplicación de tratamientos, detección precoz del deterioro neurológico y prevención de complicaciones. Esto



FOTO: MANUEL GÓMEZ

es lo que hacemos a diario en nuestra Unidad de Ictus, pero además enfermería tiene mucha importancia en Atención Primaria. La prevención es la clave, ya que un ictus se puede prevenir controlando los factores de riesgo como son la tensión arterial, colesterol, tabaquismo, sobrepeso, alcohol, fibrilación auricular, diabetes... También resulta imprescindible realizar educación para la salud, ya que en una enfermedad tiempo-dependiente como es el ictus el tener los conocimientos previos para saber detectarla a tiempo, conocer los síntomas de alarma y actuar rápidamente es esencial. Después del ictus, enfermería continúa con ese papel destacado, dado el nivel de dependencia con el que muchos pacientes llegan a su domicilio. Los diagnósticos de enfermería (NANDA) que deben ser valorados en Atención Primaria en todos los pacientes tras un ictus son, el deterioro de la movilidad física, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la deglución, déficit para el autocuidado: Alimentación/Baño/Higiene/Vestido y Acicalamiento...

**P: ¿Con qué herramientas cuenta Enfermería?**

**R:** La primera es la sistematización en los cuidados enfermeros, específicos y continuos. Todas las actividades que se llevan a cabo en la unidad de ictus están protocolizadas. Esta metodología garantiza la gestión del cuidado por la calidad de la atención y por la seguridad en el proceso, pues reduce las posibilidades de errores de los profesionales por promover decisiones basadas en evidencias científicas. El uso de escalas como la escala neurológica Can-

diense, Test volumen viscosidad, Barthel, Rankin... nos permiten medir con validez y fiabilidad o lo que es lo mismo, estandarización. Por otra parte, el trabajo en equipo eficaz resulta imprescindible. Es enfermería quien se relaciona directamente con todos los profesionales que están implicados en el proceso: neurólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas, trabajadora social, enfermera gestora de casos, nutrición... y es el nexo de unión de todo el equipo. Otra herramienta fundamental es la formación, aunque enfermería no disponga de especialización en patología vascular, todos los profesionales que trabajan en la Unidad de Ictus deben recibir formación específica para ello y ser entrenados en todas las actividades, lo que permite garantizar los cuidados.

**P: ¿Hay alguna novedad en cuanto al manejo del ictus por parte de Enfermería?**

**R:** En mi opinión, la mayor novedad que aporta enfermería actualmente en el ictus es la participación activa en las líneas de investigación. La investigación es parte esencial y básica para la excelencia en el cuidado y podemos demostrar la evolución en la práctica asistencial.

**P: ¿Cuáles son las partes más interesantes de su taller?**

**R:** La intención fue que el taller resultase lo más didáctico posible, de manera que todos los asistentes se fuesen con los conocimientos claros, que pudiesen resolver sus dudas y espero que así fuera y que todo el contenido les resultara interesante y práctico. ■