

# EDUCACIÓN SANITARIA A PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

## Autores

Del Río Moro O\*, Maldonado Vázquez A\*, Carmena Utrilla O\*, Davós Jiménez R\*, Garoz Martín B\*, Gutiérrez Noguera A\*, Lozano Lázaro G\*, Monedero López A\*, Sánchez Ugena L\*, Soto Gutiérrez C\*, Villalta Sevilla M\*.

## Resumen

**Objetivo:** Mantener y/o adquirir hábitos cardiosaludables, por parte de los pacientes que durante su estancia en nuestro hospital, recibieron educación sanitaria en cardiopatía isquémica.

**Metodología:** Estudio transversal y descriptivo. Se incluyeron pacientes, que ingresados en el del servicio de cardiología de nuestro hospital desde 06/02/2004 hasta 10/12/2004, y con cardiopatía isquémica, recibieron educación sanitaria. Estudiamos 6 variables principales (hábitos cardiosaludables) y 12 variables secundarias (8 descriptivas de la población y 4 de calidad). Nuestra intervención se produjo a través de charlas de educación sanitaria impartidas por enfermeras, antes de las cuales el paciente cumplimentaba un cuestionario, y posteriormente se realizó una entrevista telefónica tras 90-120 días. El análisis estadístico se realizó con programa informático SPSS para Windows, las variables principales fueron analizadas con el test de McNemar.

**Resultados:** De los 200 pacientes incluidos, fueron analizados 189 cuestionarios, obtuvimos cambios estadísticamente significativos en la dieta (antes la realizaban 46,6% y después del evento 91,5%;  $p < 0,0001$ ), ejercicio (antes 66,1% y después 87,8%;  $p < 0,0001$ ), toma de presión arterial enfermera (antes 83,6% y después 95,8%;  $p < 0,0001$ ); hábito tabáquico (antes 34,5% y después 8,0%;  $p < 0,0001$ ); actuación ante el dolor precordial (antes correcta primera actuación 17,6% y después 88,2%;  $p < 0,0001$ ). No se encontraron cambios en la variable analítica sanguínea (antes 72,5% y después 71,4%).

**Conclusiones:** Los pacientes que reciben educación sanitaria en cardiopatía isquémica, a través de charlas impartidas por enfermeras, mantienen y adquieren hábitos cardiosaludables. El siguiente paso será comprobar que estos cambios son debidos a nuestra intervención, y no producidos por otros factores, comparando estos pacientes con aquellos que no recibieron educación sanitaria.

**Palabras clave:** Hábitos cardiosaludables, educación sanitaria, charlas, enfermeras.

## HEALTH EDUCATION IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE.

### Abstract

**Objective:** Keeping up and/or adopting good-for-the-heart habits, by patients who were given health education about coronary artery disease during their stay at our hospital.

**Methodology:** Transverse and descriptive study. Including patients with coronary artery disease who were given health education and who were admitted to the cardiology unit in our hospital from 6<sup>st</sup> February of 2004 to 10<sup>th</sup> December of 2004. We studied 6 main variables (good-the-heart-habits) and 12 secondary variables (8 of them describing the population and 4 the quality). Our intervention was made through health education talks, given by nurses. Before these talks the patient had to fill in a questionnaire and later after 90-120 days a telephone poll was carried out. The statistical analysis was made using SPSS application program for Windows, and the main variables were analysed with McNemar test.

**Results:** Including 200 patients, 189 questionnaires were analysed. We obtained statistically significant changes on diet (before a 46.6% were on diet and after a 91.5%;  $P < 0,0001$ ), exercise (before a 66.1% and after a 87.8,  $p < 0,0001$ ), blood pressure taking by the nurse (before a 83.6% and after a 95.8%,  $p < 0,001$ ), smoking habit (before 34.5% and after 8.0%,  $p < 0,001$ ), behaviour at chest pain (before right first action 17.6% and after 88.2%,  $p < 0,0001$ ). Changes in the blood test variable were not found (before 72.5% and after 71.4%).

**Conclusions:** Patients who were given health education about coronary artery disease, through talks given by nurses, keep up and adopt good-for-the-heart habits. Our next step will be to check that all these changes are due to our intervention and not to other factors, comparing these patients with those ones who were not given health education.

**Key words:** Good-for-the-heart habits, health education, talks, nurses.

## Introducción

Se habla mucho de educación para la salud, de la necesidad que existe en la sociedad de aprender estilos de vida saludables, de ser capaz de cambiar hábitos nocivos para la salud, es decir, favorecer los comportamientos que mejoran la salud de la sociedad y por ende del individuo, a través del incremento de información y la promoción de hábitos sanos a la población. Educando a la población, basándonos en un aprendizaje desde la experiencia y la información dada por el profesional que está trabajando en el campo de la salud, de forma que cada persona sea capaz de valorar y de decidir sobre su realidad de forma voluntaria, desarrollando los recursos y habilidades necesarias para realizar los cambios que requiera. Partiendo de la definición que para la OMS tiene la educación para la salud: "cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda individualmente y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando lo necesite" (1) y continuando con que el profesional de enfermería es el profesional sanitario más preparado actualmente para realizar estas actividades, según numerosos trabajos de investigación al respecto consultados es el principal agente de la educación sanitaria, vemos abocada a la enfermería hacia esta parte fundamental de su profesión, la educación sanitaria. Uno de los valores importantes de la educación sanitaria es la prevención, que se ve confirmado en estudios internacionales como *Interheart* donde se han analizado los factores de riesgo cardiovascular de casi 15.000 personas de todo el mundo (52 países) y sus conclusiones establecen que se puede reducir en un 80% el riesgo de sufrir un infarto si se adoptan hábitos de vida saludables. (2) En el estudio *Euroaction* que publicará sus resultados definitivos en 2006, establece que la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular después de un ingreso hospitalario nos indica la necesidad de aumentar nuestros esfuerzos y el de los pacientes en la prevención, no sólo en éstos sino también en sus familiares. (3) Dentro de los puntos clave del resumen ejecutivo de las "Normas europeas sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica" destaca el promover los cambios relevantes en el estilo de vida: dejar de fumar, comer sano y aumentar la actividad física... en los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida así como en las personas con un riesgo de enfermedad cardiovascular. (4)

El Plan Integral de Cardiopatía Isquémica (PICI) 2004-2007 marca una línea política de actuación dentro de los planes de salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), en él se hace hincapié en la prevención de la cardiopatía isquémica: factores de riesgo, hay un capítulo específico de "Prevención y promoción de hábitos saludables", critica el insuficiente impacto y penetración de las recomendaciones para la prevención de la cardiopatía isquémica, así como

insuficiente información y formación de la población, y la insuficiente implicación de los profesionales sanitarios en la prevención de la cardiopatía isquémica y de los factores de riesgo cardiovascular. (5)

En los escasos trabajos publicados sobre estos estudios se destaca que la información mediante guías educativas es útil, aunque insuficiente, ya que precisan de un apoyo verbal y que la participación de la enfermería en la información es fundamental. (6)

El objetivo de nuestro trabajo fue mantener y/o adquirir hábitos cardiosaludables, por parte de los pacientes que durante su estancia en nuestro hospital, recibieron educación sanitaria en cardiopatía isquémica.

## Material y métodos

Estudio transversal y descriptivo.

Se incluyeron pacientes, que ingresados en el servicio de cardiología de nuestro hospital desde 06/02/2004 hasta 10/12/2004, y con cardiopatía isquémica, recibieron educación sanitaria específica en esta patología.

Estudiamos 6 variables principales que denotan hábitos cardiosaludables: dieta cardiosaludable, ejercicio diario, análisis de muestras sanguíneas, toma de presión arterial, hábito tabáquico, actuación ante dolor precordial (todas ellas se analizaban antes de su ingreso en nuestra unidad y tras su alta) y 12 variables secundarias, de ellas 8 descriptivas de la población: edad, sexo, antecedentes de IAM, motivo de ingreso, factores de riesgo cardiovascular, nivel de estudios académicos, situación laboral actual, convivencia habitual y 4 de control de calidad percibida: acompañamiento asistencia a la charla, charlas de este tipo en atención primaria, contenido con el control de su enfermedad, como se encuentra actualmente respecto a cuando fue dado de alta en el hospital.

Nuestra intervención se produjo a través de charlas de educación sanitaria impartidas por enfermeras de cardiología en el aula de formación de nuestra planta, con un proyector de diapositivas y apoyadas con un guión elaborado por las propias enfermeras. La charla tenía una duración de 40 minutos, constaba de 35 diapositivas y el contenido de la misma se estructuraba de la siguiente manera: funcionamiento del corazón, la enfermedad coronaria, los métodos de diagnóstico, los tipos de tratamientos, los factores de riesgo coronario y los hábitos de vida cardiosaludables. Al final de la charla los pacientes y acompañantes a la misma, recibían una copia de la guía educativa seguida. Antes de la charla los pacientes cumplimentaban un cuestionario (hoja 1 y hoja 2), y posteriormente se realizó una entrevista telefónica, hablando con el sujeto a estudio y/o alguien del núcleo familiar con el que convive habitualmente (hoja 3), transcurridos no menos de 90 y no más de 120 días desde que recibiera la charla de educación sanitaria. Todos eran informados previamente de que este cuestionario serviría para un futuro trabajo de investigación y que aportaban libremente sus datos.

El análisis estadístico se realizó con programa informático SPSS para Windows, las variables principales fueron analizadas con el test de McNemar.

### Resultados

Se incluyeron para este estudio 200 pacientes, se completó el cuestionario en 189 casos y los 11 restantes no se pudo llevar a cabo la entrevista telefónica por fallecimiento del paciente en 3 de los casos y por imposibilidad de localización telefónica en 8.

Variables principales:

Antes Charla / Después Charla / p.

1. Dieta cardiosaludable: 46,6% / 91,5% / 0,0001.
2. Ejercicio diario: 66,1% / 87,8% / 0,0001.
3. Análisis sanguíneo: 72,5% / 71,4% / 0,902.
4. Toma de presión arterial: 83,6% / 95,8% / 0,0001.
5. Hábito tabáquico: 34,5% / 8,0% / 0,0001.
6. Actuación ante dolor precordial: 17,6% / 88,2% / 0,0001.

Dentro del grupo de dietas seguidas por los pacientes se incluían: hiposódica, hipograsa, diabética, para perder peso, y otras específicas en cada caso.

Dentro del grupo de ejercicio se incluían: el paseo 57,7% y post 87,8%; bicicleta 9,5% y post 3,2%; correr 2,6% y post 0%; otros 5,8% y post 1,1%.

Dentro del grupo de actuación ante el dolor: 55,5% de los sujetos que tuvieron dolor precordial antes de su ingreso, 8,46% tomaron la medicación vasodilatadora como primera actuación; 22,75% esperó a que se pasara; 10,58% avisó al médico; 13,75% acudió a urgencias. Tras la entrevista telefónica el 28,57% habían tenido dolor precordial, de los que el 0,52% esperó a que se le pasara, el 24,86% tomaron la medicación vasodilatadora como primera actuación, el 0,52% avisó al médico y el 2,64% acudió a urgencias.

Para extraer la variable principal 6, se tuvieron en cuenta los 34 (17,98%) sujetos que padecieron dolor precordial antes y después de la educación sanitaria.

Variables secundarias:

Descriptivas de la población:

7. Edad: La edad media de la población fue de 63 años cumplidos (desviación estándar de +/- 11,18 años), con una edad mínima de 34 años y una máxima de 89 años. La distribución por grupos de edades, aparece en el gráfico 1.
8. Sexo: el 78,8% son varones y el 21,2% son mujeres.
9. Antecedentes de IAM: 68,3% no presentaban antecedentes de IAM; el 31,7% si lo presentaban.
10. Motivo de ingreso: el 49,7% fueron diagnosticados de infarto agudo de miocardio, el 21,7% como angor estable, 14,8% como dolor torácico, y el 13,8% como angor inestable,
11. Factores de riesgo cardiovascular: Gráfico 2.  
La hipertensión aparece en el 50,8% de los sujetos a estudio, la hiperlipemia en el 37,6%, hábito tabáquico en el 33,3%, diabetes en el

27,5%, obesidad en el 14,5%, estrés en el 6,3%, sedentarismo en el 4,8%. Aparecen como exfumadores el 25,9%.

Teniendo en cuenta la aparición en número de los factores de riesgo cardiovascular en cada sujeto a estudio: sin factores de riesgo un 6%, con 1 factor de riesgo el 29,5%, con 2 factores de riesgo el 37%, con 3 ó más factores de riesgo el 27,5%.

12. Nivel de estudios académicos: sin ningún tipo de estudios el 23,8%, con estudios primarios el 64,6%, con estudios secundarios el 8,5%, con estudios universitarios el 3,2%.
13. Situación laboral actual: jubilados 54%, activos 33,3%, dedicadas a las labores del hogar el 10,6% y parados el 2,1%.
14. Convivencia habitual: en el núcleo familiar 91%, solos 4,8%, con amigos 3,2%, en residencia el 1,1%.

Control de calidad percibida:

15. Acompañamiento asistencia a la charla: Acuden solos a la charla de educación sanitaria el 33,9%; 66,1% que lo hacen acompañados, 59,7% lo hacen de su pareja, el 34,3% de un hijo, el 3,7% de otros y el 2,2% de figura paterna.

*(Las siguientes variables fueron reseñadas en la entrevista telefónica)*

16. Charlas de este tipo en atención primaria: Ninguno de los sujetos a estudio recibió una charla de educación sanitaria en su centro de salud de referencia, ni por parte de enfermería ni de otros profesionales del ámbito sanitario.
17. Satisfecho con el control de su enfermedad: 98,9% de los sujetos a estudio estaban contentos con el seguimiento y control de su enfermedad, tras el alta de nuestra unidad; y el 1,1% no.
18. Cómo se encuentra actualmente respecto a cuando fue dado de alta en el hospital: el 91,53% se encontraban mejor, el 7,40% igual y el 1,07% dice encontrarse peor.

### Discusión

Referente a las variables principales estudiadas tendremos en cuenta en relación a la dieta y al ejercicio que se siguieron las indicaciones de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), así mismo se valoró el cumplimiento dietético en cuanto a factores de riesgo cardiovascular y otras enfermedades asociadas que se presentaron en cada caso (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, etc.) Del tipo de ejercicio realizado, se debería ampliar más el abanico de posibilidades y aparte de fomentar el paseo diario, incidir en otros deportes moderados como la natación y el ciclismo, gimnasias como el Tai-Chi o el yoga. Cuando valorábamos el análisis sanguíneo y la toma de presión arterial, queríamos constatar el seguimiento por parte del médico y de la enfermera de atención primaria respectivamente. Y en cuanto a la actuación

ante la aparición del dolor precordial, pretendíamos que la primera actuación por parte del paciente fuese la correcta auto-administración de medicación vasodilatadora.

La edad media y grupo principal según edades, así como el sexo de los sujetos a estudio concordaba con el enfermo tipo que atendemos habitualmente en nuestro servicio.

Pese a que el 31,75% presentaban antecedentes de IAM, este porcentaje no correspondía ni se acercaba al que aparecía al analizar por primera vez como actuaban ante la aparición del dolor precordial, siendo la actuación correcta seguida en menor número.

Nuestro sujeto a estudio se acompañaba en mayor número de dos o más factores de riesgo cardiovascular, siguiendo la tendencia de todo estudio llevado a cabo en estos años sobre este tipo de pacientes. Además debemos tener en cuenta la dificultad que supone la valoración tan subjetiva que se puede llegar a hacer sobre el estrés y el sedentarismo.

El paciente a quien iba dirigida la charla de educación sanitaria, era una persona sin o con estudios primarios, jubilada y que vive en un núcleo familiar. El acompañamiento a la charla por parte de familiares y otros (en nuestro caso en mayor porcentaje), hace que se implique más su entorno a la hora de llevar a cabo el cuidado posterior de este tipo de patologías.

Habría que valorar la necesidad de charlas de apoyo posteriores en atención primaria, que en nuestro estudio no se producen, para un mejor control tanto de la enfermedad como de los factores de riesgo. Sopesando todos los problemas y dificultades que esto pudiera suponer. Es curioso ver como casi todos los sujetos estaban contentos con el seguimiento y control

de su enfermedad, al ser dados de alta de nuestra unidad, si bien en nuestra opinión no se ejecuta un correcto control de la misma en algunos casos, y por supuesto no siendo igual entre los diferentes sujetos. Habría que estudiar y encontrar la medida con la se rigen las personas para declarar que están contentos con su seguimiento.

### Conclusiones

Los pacientes que reciben educación sanitaria en cardiopatía isquémica, a través de charlas impartidas por enfermeras y acompañada de guía educativa, mantienen y adquieren hábitos cardiosaludables. Hemos podido comprobar que la implicación de su núcleo de convivencia cercano (familia y amigos) tanto en cuidado como en control, tanto de su enfermedad como de los factores de riesgo cardiovasculares, favorece el grado de cumplimiento de las recomendaciones establecidas para ello. Pese a la satisfacción por parte de paciente del seguimiento de su enfermedad, creemos en la necesidad de establecer vínculos con atención primaria, e implicar a ésta en etapas posteriores de educación; así como un mejor control de su evolución extrahospitalaria.

En estudios posteriores sería necesario comprobar que estos cambios son debidos a nuestra intervención, y no producidos por otros factores, comparando estos pacientes con aquellos que no recibieron educación sanitaria y estén ingresados en nuestro servicio durante el mismo periodo de tiempo. Creemos también en la necesidad de llevar a cabo estudios más amplios y multicéntricos que reflejen realmente la situación actual de la educación sanitaria dirigida a pacientes con cardiopatía isquémica.

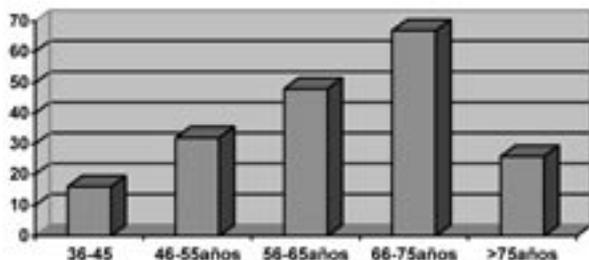


Gráfico 1. Distribución por grupos de edades.

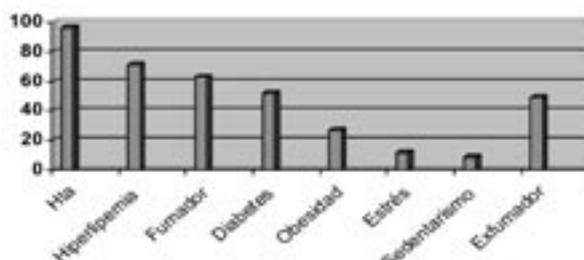


Gráfico 2. Factores de riesgo cardiovascular.

### Dirección correspondencia

Oscar del Río Moro, c/. Europa nº 14, 45593 Bargas (Toledo). Tfno: 925 357813.  
Servicio de Cardiología del Hospital Virgen de la Salud, Avda. de Barber, nº 30, 45004 Toledo.  
Correo electrónico: cocamoskis@hotmail.com

### Referencias bibliográficas

1. Enciclopedia Master de Enfermería. Enfermería Comunitaria. Educación Sanitaria. Barcelona: Masson; 1995.
2. Valentín Segura V. Interheart: el estudio mundial que confirma el valor de la prevención. *Corazón y Salud*. 2005; 33: 4-9.
3. De Velasco Rami JA. Estudio Euroaction: la cardiología preventiva es posible. *Corazón y Salud*. 2005; 33: 12.
4. Tercer Grupo de Trabajo conjunto de la Sociedad Europea y otras Sociedades para la Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la práctica clínica. Normas europeas sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Eur Heart J*. 2003; 24: 1601-1610.
5. Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
6. Alconero Camarero AR, Pellico López MA, Ortego Mate MC. Pacientes ingresados en una unidad coronaria: evaluación de conocimientos sobre su enfermedad. *Enferm Cient*. 2002; (248-249): 63-68.