



Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC)

406. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS EN LOS TIEMPOS DEL CÓDIGO INFARTO

Arantxa Regal Hernández, Vicente Jiménez Cruz,
Cristina Vilar Bianchi y Jose Luis Díez Gil

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.

Palabras clave: Isquemia. Código Infarto. Coronavirus.

Introducción: El tiempo entre el inicio de los síntomas y la reperfusión es la variable principal que incide en la mortalidad por infarto de miocardio (IMAEST). La pandemia por coronavirus ha sobrecargado al sistema sanitario y puede haber causado un mayor retraso en la asistencia al paciente con IMAEST y en consecuencia una mayor mortalidad.

Objetivos: Comparar los tiempos del código infarto durante los meses de la pandemia con los del mismo periodo del año anterior. Identificar donde se han producido los mayores retrasos y conocer el impacto sobre la mortalidad hospitalaria provocada por dichos retrasos.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Se ha analizado el tiempo total de isquemia y sus componentes: tiempo desde inicio de los síntomas a primer contacto médico (PCM), tiempo desde PCM a activación del código infarto, tiempo de traslado al hospital con hemodinámica y tiempo desde llegada al hospital con hemodinámica y paso de guía. Los datos recogidos pertenecen al período comprendido entre el 1 de febrero al 30 de abril del 2019 y 2020. Se han excluido los pacientes que fallecieron antes de llegar a la sala de Hemodinámica. Se ha analizado la mortalidad hospitalaria durante los meses de abril de 2019 y 2020. Los datos se expresan como mediana y rango intercuartílico. Las posibles diferencias se han analizado con la prueba de U de Mann-Whitney.

Resultados: Durante el periodo analizado se han atendido a 218 pacientes (112 en 2019 y 106 en 2020). La mediana del tiempo total de isquemia en 2019 fue de 182 (rango IC 140-288 min.) y en 2020 de 249 (rango IC 175-378 min. valor de p = 0,006). Esta diferencia se debe sobre todo a los retrasos en el mes de abril de 2020 respecto al de 2019: (168 vs 298 min. p = 0,03). En abril, todos los tiempos han sufrido retrasos en 2020 respecto a 2019 (figura), especialmente el tiempo desde el inicio de los síntomas al PCM. La

mortalidad hospitalaria en el mes de abril de 2019 es del 4% y en 2020 del 10%.

Conclusiones: Durante la pandemia por coronavirus, todos los tiempos que componen el tiempo total de isquemia se han incrementado, especialmente el tiempo entre el inicio de los síntomas hasta el primer contacto médico. Esta podría ser una de las causas del aumento de la mortalidad hospitalaria observada.

487. PREVENCIÓN SECUNDARIA CARDIOVASCULAR DURANTE EL CONFINAMIENTO. ENSAYO CLÍNICO SPRING

Marta Lorenzo Carpente¹, Carmen Neri Fernández Pombo², Guillermo Aldama López², Manuel López Pérez³, Jose Ángel Rodríguez Fernández², Raquel Marzoa Rivas³ y Jose Manuel Vázquez Rodríguez²

¹Universidad de A Coruña, A Coruña, España. ²Hospital Universitario de A Coruña, A Coruña, España. ³Hospital Universitario de Ferrol, Ferrol, España.

Palabras clave: Síndrome coronario agudo. Prevención secundaria. Enfermería.

El ensayo clínico SPRING (Hospital Universitario de A Coruña y Ferrol), presenta una rama que permite que los pacientes con vivienda alejada del hospital o con imposibilidad de desplazamiento, puedan beneficiarse de la prevención secundaria remota tras sufrir un síndrome coronario agudo (SCA). Este programa, guiado por enfermería, ofrece cuidados individualizados mediante la monitorización de cuestionarios validados: alimentación (PREDIMED), actividad física (IPAQ), tratamiento médico (ASK-12), dependencia del tabaco (Fagerström) y calidad de vida (SF-36). Las consultas se realizan telefónicamente cada tres mes, aunque, el paciente se puede poner en contacto en cualquier momento con enfermería, mediante correo electrónico o teléfono. El seguimiento de los pacientes incluidos en el programa SPRING siguió en activo durante el estado de alarma decretado en España el 14 de marzo de 2020. Por lo tanto, los cuidados, no se han visto ni mermados ni interrumpidos a causa de la pandemia. Desde el 15 de marzo hasta el 26 de abril de 2020 se han seguido a 65 pacientes. Al decretarse el estado de alarma, se les envió un documento con recomendaciones adaptadas al confinamiento total. Con este trabajo queremos conocer si existen diferencias en el resultado de los cuestionarios realizados y en los parámetros monitorizados (índice de masa corporal -IMC, tensión arterial, frecuencia cardíaca, perímetro abdominal) antes y durante el confinamiento. No

hubo diferencias significativas en los parámetros monitorizados pre-confinamiento versus (vs) confinamiento: IMC 29,8 vs 29,5 [0,3 (IC95%-0,2 - 0,7)]; perímetro abdominal 104,4 vs 103 [1,4 (IC95% 0,0-2,8)]; tensión arterial sistólica 121,6 vs 122,6 [-1,0 (IC95% -6,4 - 4,4)]; tensión arterial diastólica 74,4 vs 72,7 [1,7 (IC95% -0,8 - 4,3)] y frecuencia cardíaca 65,6 vs 66,9 [-1,3 (IC95% -5,8 - 3,2)]. Con respecto a los cuestionarios: Adherencia PREDIMED 75,5% vs 95,4%, p < 0,05; Ejercicio moderado (iPAQ) 61,5% vs 64,6%, p > 0,05; Fagerström 16,9% vs 10,8%, p > 0,05; Adherencia medicación (ASK-12) 12,1 vs 12,2 [-0,1 (IC95% -0,5 - 0,4)]; SF-36 80,6 vs 87,3 [-6,7 (IC95% -10,2 - -3,3], p < 0,05. El programa SPRING permitió que los pacientes se mantuvieran adheridos a un programa remoto de prevención secundaria, durante el confinamiento fruto de la pandemia sin objetivarse empeoramiento en los parámetros de riesgo cardiovascular ni en los resultados de los cuestionarios aplicados.

546. COMPLICACIONES CARDIOLÓGICAS COVID-19: ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO RETROSPETIVO

Andrea Recio García, Yara Martín Bayo, Paula Villareal Granda y Verónica Velasco González

Facultad de Enfermería, Valladolid, España.

Palabras clave: COVID-19. Complicaciones cardiológicas. Morbilidad.

Introducción: La enfermedad por COVID-19 es eminentemente una enfermedad con repercusión pulmonar debido al síndrome respiratorio agudo (SARS-CoV-2), que puede desencadenar a su vez afectación sistémica y cardiovascular. Se ha demostrado que la infección por SARS-CoV-2 puede conducir al desarrollo de enfermedades car-

diovasculares (ECV) al inducir una tormenta de citoquinas, creando un desequilibrio entre el suministro y demanda de oxígeno alterando el sistema renina-angiotensina-aldosterona, además de agravar las ECV subyacentes, e incluso desarrollarse nuevas. La infección por COVID-19 puede producir complicaciones tromboembólicas, afectación del endotelio vascular, producir arritmias de difícil control e infiltración miocárdica entre otras. El planteamiento de esta investigación se ve motivada por la necesidad de ampliar el conocimiento y valorar el impacto de la pandemia por COVID-19 en la población adulta en relación a las de las complicaciones cardiológicas.

Objetivos: Analizar la incidencia de complicaciones cardiológicas en pacientes con COVID-19 y describir las complicaciones cardiovasculares más frecuentes.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. La muestra estará compuesta por pacientes adultos pertenecientes al Área de Salud Este de Valladolid que ingresaron en unidades de cuidados intensivos por COVID-19 y desarrollaron complicaciones cardiológicas o vieron agravada su patología cardiovascular previa, durante el 15 de marzo al 15 de abril de 2020. Se revisarán las historias clínicas de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión, asegurando en todo momento el anonimato de los datos, de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. El estudio, está autorizado por el CEIm del área de salud correspondiente. Las variables cuantitativas se presentarán en medias y desviación estándar, y las cualitativas en frecuencias y porcentajes. Se utilizará el programa IBM SPSS V.24. Implicaciones en la práctica clínica: Los resultados de esta investigación aumentarán el conocimiento de las complicaciones cardiológicas derivadas de la infección por COVID-19 para una detección precoz e inicio de las medidas terapéuticas; Asimismo, serán la base para desarrollar protocolos de actuación específicos dirigidos a este tipo de pacientes.