

# Enfermería en Cardiología

Publicación científica de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

## SUMARIO

- 3 Editorial
- 4 Staff y Editorial de la Presidenta de la AEEC
- 5 Grupo de Trabajo de Enfermería en Electrofisiología y Estimulación Cardíaca
- 6 Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante
- 6 Grupo de Trabajo de Cuidados Críticos Cardiovasculares
- 7 Grupo de Trabajo de Imagen y pruebas no invasivas
- 8 Grupo de Trabajo Hemodinámica
- 9 Grupo de Trabajo Europeo
- 10 Grupo de Trabajo de Prevención y Rehabilitación Cardíaca
- 11 Dirección de Formación
- 12 XIX Reunión científica de la Sociedad Aragonesa de Cardiología / Filial gallega de la AEEC
- 13 Filial valenciana de la AEEC / Filial castellano-leonesa de la AEEC
- 14 XXXIII Congreso Nacional de la AEEC 2012

### Artículos Científicos:

- 17 La prescripción del ejercicio de fuerza en la insuficiencia cardíaca crónica: una revisión del estado actual de la situación
- 22 Elaboración de un folleto de autoayuda para pacientes sometidos a cirugía cardíaca
- 27 El agua: el elemento olvidado de la dieta cardiosaludable
- 34 Comparativa del Síndrome Burnout entre el personal de enfermería en cardiología de dos hospitales de tercer nivel
- 41 Comparación entre dos métodos de realización del electrocardiograma: electrodos adhesivos de un solo uso frente a electrodos de ventosa en nuestra unidad
- 45 Un protocolo regional de angioplastia primaria en el tratamiento del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. ¿Influye en la mejora de los tiempos hasta la reperusión?
- 49 Intervención enfermera en el shock cardiogénico
- 53 Experiencias de los familiares de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica: una revisión narrativa
- 61 **Intervención de enfermería en la sexualidad del paciente cardiológico hospitalizado**
- 67 Percepciones y experiencias vividas por el paciente con un primer infarto, e impacto en su entorno social, familiar y laboral
- 76 Protocolo del trasplante cardíaco en el postoperatorio inmediato
- 80 ¿Es segura la realización de un cateterismo cardíaco en pacientes ambulatorios anticoagulados con Acenocumarol (Sintrom®)?
- 84 Caso clínico: ablación de sustrato arritmico de TV a propósito de un caso en cardiopatía congénita compleja. Rol de enfermería
- 91 ECMO: un caso clínico
- 94 Estancia y complicaciones de los pacientes con implantes no electivos de marcapasos
- 99 Taquicardia bidireccional: como afrontar el riesgo de muerte súbita

Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC)

**Enferm Cardiol. 2012; Año XIX(55-56)**  
Volumen doble 1.º / 2.º cuatrimestre

Versión electrónica a texto completo en:  
<http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/index.htm>

# INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SEXUALIDAD DEL PACIENTE CARDIOLÓGICO HOSPITALIZADO

## Autores

Moya Ruiz T\*, Iglesias Guerra S\*\*, González Oliveros MC\*\*\*, Torné Pérez E\*\*\*, López Rodríguez L\*\*\*\*.

\* Enfermera y sexóloga. Unidad de Trasplante Cardíaco. Unidad de Gestión Clínica Área del Corazón. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud (SAS).

\*\* Enfermera. Jefa de Bloque de Enfermería de la Unidad de Gestión Clínica Área del Corazón. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud (SAS).

\*\*\* Enfermera/o. Unidad de Cuidados Intermedios de Cardiología. Unidad de Gestión Clínica Área del Corazón. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud (SAS).

\*\*\*\* Enfermero. Supervisor de Investigación y Gestión del Conocimiento. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud (SAS).

**Primer Premio a la mejor Comunicación Oral concedida en el XXXIII Congreso Nacional de la AEEC celebrado en Las Palmas de Gran Canaria, mayo de 2012.**

## Resumen

• **Introducción:** El reajuste de las vidas sexuales de las personas con enfermedad cardiovascular supone todo un desafío, siendo además el ámbito que más varía en sus vidas y el tema sobre el que menos información se recibe a nivel hospitalario.

• **Objetivo:** Analizar las intervenciones de enfermería en el patrón sexualidad del paciente cardiológico hospitalizado.

• **Método:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Población: Pacientes hospitalizados en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla entre enero de 2009 y diciembre de 2011. Criterios de inclusión: Hombres y mujeres entre 25 y 75 años de edad, hospitalizados durante un periodo de al menos 3 días consecutivos y diagnosticados de infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardiaca congestiva.

• **Resultados:** Analizadas 183 historias clínicas validadas según los criterios de inclusión descritos. El 95% (n=174) presentaba registro de valoración inicial de enfermería por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. El patrón sexualidad valorado en un 43,7%. Los diagnósticos de enfermería relacionados, según Taxonomía NANDA, "Disfunción Sexual" (00059) y "Patrón Sexual Inefectivo" (00065) en ninguna de las historias revisadas (N=183), ni aún en las que contemplan un plan de cuidados (n=130), se hace mención a los mismos. El 61,2% (n=112) de la muestra disponía de un informe de continuidad de cuidados. Sólo en 2 casos (1,1%) se hacía referencia al patrón sexualidad.

• **Conclusiones:** El patrón sexualidad del paciente cardiológico hospitalizado es poco tratado en la práctica clínica de Enfermería.

**Palabras clave:** atención de enfermería, conducta sexual, diagnóstico de enfermería, disfunción sexual fisiológica, disfunciones sexuales psicológicas, pacientes, pacientes internos, salud sexual.

## NURSING INTERVENTIONS IN THE SEXUALITY PATTERN OF THE CARDIAC HOSPITALIZED PATIENTS

### Abstract

• **Introduction:** The adjustment of the sex lives of people with cardiovascular disease is a challenge, and is the field that varies the most in their lives and the subject about which less information is received at the hospital level.

• **Objective:** To analyze nursing interventions in the sexuality pattern of the cardiac hospitalized patients.

• **Methods:** An observational, descriptive, retrospective study. Population: Hospitalized patients in Cardiology Unit between 2009 and 2011. Inclusion criteria: Men and women. At least 3 consecutive days hospitalization, diagnosed with acute myocardial infarction and congestive heart failure, aged between 25 and 75 years old.

• **Results:** it was analyzed 183 patient's charts that were validated as describes in inclusion criteria. The 95% (n = 174) had registration nursing initial assessment by functional health patterns. The sexuality pattern was valued by 43.7%. Sexual Dysfunction (00,059) and Ineffective Sexuality Patterns (00,065) were not valued (N = 183), nor even in those which had a plan of care, (n = 130). The 61.2% (n = 112) of the sample had a continuity of cares report. Only 2 cases (1.1%) talked about the sexuality pattern.

• **Conclusions:** The sexuality pattern of the cardiac hospitalized patients is little discussed in the nursing clinical practice.

**Key words:** inpatients, nursing care, nursing diagnosis, patients, physiological sexual dysfunction, psychological sexual dysfunctions, sex counseling, sexual behavior, sexual health.

Enferm Cardiol. 2012; Año XIX(55-56):61-66

**Dirección para correspondencia:**

Tamara Moya Ruiz. Enfermera y sexóloga.  
UGC Área del Corazón. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Unidad de Trasplante Cardíaco

**Correo electrónico:**

[tamara.moya.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:tamara.moya.sspa@juntadeandalucia.es)

## INTRODUCCIÓN

España disfruta de una de las mayores expectativas de vida del mundo y una de las tasas de morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares menores de Europa. No obstante, según datos del Instituto Nacional de Estadística referidos al año 2007, este grupo de enfermedades sigue representando la primera causa de mortalidad, con más de 124.000 muertes (32% del total). En mujeres, el infarto agudo de miocardio (IAM) es la segunda causa relacionada con un mayor número de muertes, con un 8,6%. En hombres, en cambio, es la primera causa de muerte, representando el 10,5%.<sup>(1)</sup>

Al igual que en la mayor parte de países occidentales, la mortalidad por cardiopatía isquémica (CI) está descendiendo desde 1976; entre las causas potenciales se han señalado el control de los factores de riesgo cardiovascular en prevención primaria y secundaria y el nuevo arsenal terapéutico de eficacia probada. Esta tendencia, en cambio, no se aprecia en la población comprendida entre los 65 y 74 años.<sup>(1)</sup>

La incidencia poblacional de IAM en España en personas de 25 a 74 años oscila entre 135 y 210 casos por 100.000 personas/año en hombres y entre 29 y 61 casos por 100.000 en mujeres. Ambas cifras se multiplican por 10 a partir de los 75 años, e incluso por 20 en mujeres. Según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, en el año 2008 ingresaron en España un total de 137.654 pacientes por CI, de los cuales 55.460 pacientes presentaron como diagnóstico principal IAM.<sup>(2)</sup>

La insuficiencia cardíaca también es una de las enfermedades más frecuentes y letales en España. En población mayor de 40 años, el 1-2% presenta insuficiencia cardíaca y por encima de los 60-70 años el 10% y es la enfermedad cardíaca cuya frecuencia está aumentando más. Además, es la tercera causa de muerte cardiovascular en España, por detrás de la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular. En el año 2005, entre los varones, la insuficiencia cardíaca fue causa del 4% de todas las defunciones y del 10% de todas las muertes por enfermedades cardiovasculares; entre las mujeres, los porcentajes fueron del 8 y el 18% respectivamente.<sup>(1)</sup>

Así, las enfermedades cardiovasculares se encuentran entre las primeras causas de desequilibrio biop-

sicosocial de la vida de las personas que la padecen. Cada vez es más creciente el desafío que supone para los profesionales de la salud el reajuste social y laboral de estas. También supone otro desafío el futuro de sus vidas sexuales, ya que de forma directa o indirecta, las enfermedades cardiovasculares pueden alterar seriamente la función sexual, sobre todo en aquellas personas que sufren insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica<sup>(3)</sup>.

La sexualidad es una importante dimensión en la vida de las personas que afecta de forma considerable a su bienestar. Y es importante para todas, a cualquier edad y circunstancia<sup>(4)</sup>.

La esfera sexual en el ser humano tiene una notable relevancia no sólo por la inexcusable pervivencia de la especie humana. Representa un mundo de sentimientos y sentidos dentro del universo humano que genera armonía, bienestar, autoestima, ternura, complicidad y protección, tan beneficiosos para cualquiera pero en mayor medida para la cardiopatía, por el miedo a la muerte que se desarrolla cuando se sufre esta patología. La sexualidad es principalmente una actividad que dinamiza la comunicación y por tanto las relaciones humanas, hace crecer al individuo y llena un vacío afectivo y relacional que todos tenemos<sup>(5)</sup>.

En general la sexualidad se relaciona en el ideario colectivo con la salud, la belleza y la juventud. Así, de la misma manera que no se considera la sexualidad en el envejecimiento, la sexualidad de quien padece una enfermedad crónica apenas es tenida en cuenta. Otras veces se piensa en la sexualidad pero en sentido negativo; de tal forma, se puede prohibir la práctica de relaciones sexuales con la finalidad de mejorar la patología en cuestión, hecho frecuente, por ejemplo, en el caso de las cardiopatías. Y es que, por lo contrario, en la mayoría de las ocasiones, la práctica sexual durante la enfermedad crónica no sólo resulta una clara señal de mejoría clínica, sino que incluso a veces puede facilitar la mejoría del proceso<sup>(6)</sup>.

La gran prevalencia de las enfermedades cardiovasculares convierte este tema en asunto de máximo interés dada la estrecha interrelación entre el sistema cardiovascular y la respuesta sexual humana, que se puede ver afectada ante cualquier problema de este tipo, especialmente en la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca, bien por la propia patología o como efecto adverso provocado por las medicaciones empleadas para dichos procesos<sup>(6)</sup>.

A modo de muestra, es común la aparición de disfunción eréctil tras un infarto, la prevalencia se sitúa entre el 38 y 78%, tal como recoge el Documento de

Consenso sobre Disfunción Eréctil, publicado en 2002<sup>(7)</sup>. Esta disfunción es, por tanto, la de mayor incidencia en el hombre.

En una revisión de múltiples estudios se constata que cuarenta y ocho meses después de un IAM, un tercio de los pacientes padecían disfunción eréctil y el 59,3% disminución del deseo sexual. Sólo un 25% había recuperado totalmente la sexualidad mientras el 24% se abstenía de tener relaciones. Entre las mujeres aparece alteración del deseo sexual y disminución de la frecuencia sexual en el 71,4%, sin verse afectado el orgasmo. El deseo sexual hipoactivo, por tanto, es la disfunción de mayor incidencia en la mujer<sup>(8)</sup>.

En la insuficiencia cardiaca el 73% presenta pérdida total o parcial del interés sexual, el 76% disminución parcial o total de la actividad y el 58% incapacidad absoluta para tener relaciones sexuales<sup>(6)</sup>.

Pero aun así, y siendo la salud sexual del paciente cardiológico el ámbito que más varía en su vida, ya que tiene un gran impacto sobre su calidad de vida y de su pareja si la tuviera (sentimientos de baja autoestima, culpabilidad, ansiedad y depresión, reingresos hospitalarios, falta de adherencia al tratamiento y problemas de pareja<sup>(9)</sup>) sigue siendo el aspecto sobre el que menos información se recibe a nivel hospitalario<sup>(10)</sup>.

Diferentes autores determinan la necesidad de dar información y la implicación que tiene la Enfermería en la transmisión de la misma, debido a su situación ideal dentro del ámbito hospitalario por su continuo contacto con el paciente en diversas situaciones durante su estancia hospitalaria, por su preparación multidisciplinar y por su visión holística del paciente<sup>(11)</sup>.

Sin embargo, sabíamos que esta información no se llevaba a cabo en nuestra Unidad, y teníamos interés en dejar constancia de una deficiencia que sabíamos que existía, pero que no teníamos registrada. Y queríamos demostrarla con el fin de corregirla y así poder justificar la necesidad de actuaciones orientadas a la concienciación y formación del personal de enfermería, y a la mejora de los registros de enfermería relacionándolos con el patrón sexualidad.

## Objetivo

Analizar la carencia o deficiencia de intervenciones de enfermería en el patrón sexualidad del paciente cardiológico hospitalizado.

## MÉTODO

### Emplazamiento y población

Unidad de Gestión Clínica (UGC) Área del Corazón, que es una Unidad Intercentros conformada por las Unidades Cardíacas de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío y Virgen Macarena, de Sevilla capital. Dicha Unidad Intercentros presenta una hospitalización de en torno a 4000 pacientes/año, con una estancia media de aproximadamente 5 días, incluyendo más de 300 pacientes con IAM anuales. Dentro de la Unidad Intercentros, nuestro trabajo lo hemos centrado en la Unidad Cardíaca del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

La población accesible estuvo integrada por los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cardiología (Hospitalización, Box de Cuidados Intermedios de Cardiología y Unidad de Trasplante de Corazón) del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Los criterios de inclusión en el estudio fueron: hombres y mujeres hospitalizados durante al menos tres días consecutivos, con diagnóstico médico de cardiopatía isquémica (en concreto sólo los infartos agudos de miocardio) e insuficiencia cardiaca congestiva, con edades comprendidas entre 25 y 75 años, entre 2009 y 2011.

Tuvimos en cuenta en este caso que el número de pacientes disponibles era elevado, pero al mismo tiempo la prevalencia de disfunción sexual en esta población era igualmente elevada, pudiendo llegar a ser superior al 70% en ambos sexos; e intuimos que el registro de la valoración de la misma y de las actividades o criterios de resultados propuestos iban a ser muy bajos, por lo que el número de sujetos a analizar si se realizara un cálculo de tamaño muestral sería bajo. Por ello la propuesta fue analizar al menos 150 historias clínicas de pacientes que cumplieran los criterios de inclusión para poder disponer de un tamaño muestral aceptable.

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por años de entre la totalidad de pacientes que cumplieran los criterios descritos, seleccionándose 183 historias clínicas como fuentes de datos.

### 1. Clasificación del diseño

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se ha realizado un estudio observacional descriptivo retrospectivo para establecer el despistaje diagnóstico general y selectivo del área sexual (taxonomía NANDA) de pacientes con infarto agudo de miocardio o insuficiencia cardiaca congestiva, a través de los registros de las valoraciones iniciales de enfermería, el plan de cuidados estandarizado desarrollado durante el ingreso denominado "Proceso Dolor Torácico. Angina estable/inestable. IAM con y sin elevación del ST" y "Proceso Insuficiencia Cardiaca. Hospitalización", además del Informe de Continuidad de Cuidados de las historias clínicas.

### 2. Variables del estudio

Se analizó la valoración de los 11 patrones funcionales de salud de M. Gordon de manera individual, la presencia de un plan de cuidados, la activación de los diagnósticos de la NANDA: "Ansiedad", "Intolerancia a la actividad", "Manejo inefectivo del régimen terapéutico", "Conocimientos deficientes del régimen terapéutico", "Riesgo de baja autoestima situacional", "Riesgo de estreñimiento", "Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto", "Riesgo de infección" y cualquier otro que estuviese activado en el plan de cuidados individualizado de cada paciente incluido. Además se contempló de manera específica los diagnósticos relacionados con el patrón sexualidad, "Disfunción Sexual" y "Patrón Sexual inefectivo". Se han contabilizado igualmente los problemas interdisciplinares registrados en las historias

clínicas, además de la existencia del Informe de Continuidad de Cuidados y la presencia en el mismo de alguna referencia al patrón sexualidad.

Los datos necesarios se recogieron de la Historia clínica no informatizada, sin que fuera necesaria la obtención de datos personales, por lo que no se requirió consentimiento informado por parte del paciente. Los datos obtenidos de la historia clínica se vaciaron directamente a una hoja de registro diseñada al efecto y posteriormente pasada a una base de datos en Access para su análisis.

Otras variables que se tuvieron en cuenta fueron: edad; sexo; diagnóstico médico; días y año de hospitalización. Tabla 1.

### 3. Análisis estadístico

Se ha realizado estadística descriptiva de las variables mediante frecuencias absolutas y relativas (%) en el caso de las variables cualitativas. Las variables cuantitativas según sigan o no una distribución normal han sido descritas mediante  $Md \pm SD$  (media, desviación estándar) y rango (mínimo y máximo) o P50 [P25 - P75] (mediana y rango intercuartílico) respectivamente.

Se ha realizado una comprobación por grupos mediante test  $\chi^2$  o el test exacto de Fischer para estudiar la asociación entre variables cualitativas. La comparación de las variables cuantitativas se ha efectuado mediante la t de Student para muestras independien-

tes o U-Mann-Whitney (según sigan o no distribución normal).

El nivel de significación estadística, se ha establecido en  $p < 0,05$ .


El análisis estadístico se ha realizado con el paquete IBM SPSS Statistic versión 19.0. El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

### RESULTADOS

Se analizaron un total de 183 historias clínicas correspondientes a pacientes ingresados en la UGC del Corazón del Hospital Universitario Virgen del Rocío durante los años 2009 (28,4%), 2010 (36,6%) y 2011 (35%) según los criterios de inclusión descritos. El 75,4% correspondieron a hombres y un 24,6% a mujeres. Más del 90% registraron una estancia media de 4 días o menos, siendo la moda 3 días. La edad media fue de  $62,38 \pm 12,6$  años. El infarto agudo de miocardio fue el diagnóstico principal al ingreso en el 57,9% (n=106) de la muestra frente a un 42,1% (n=77) de insuficiencia cardiaca congestiva. El 71% de los pacientes analizados no presentaban ingresos previos relacionados con su patología cardíaca motivo del ingreso.

El 95% (n=174) contenían el registro de la hoja de valoración inicial de enfermería por patrones funcionales de salud de M. Gordon. El patrón sexualidad fue

Tabla 1. Registro de variables objeto de estudio aplicadas a cada paciente a través de su historia clínica



Hospital Universitario Virgen del Rocío  
CONSEJERÍA DE SALUD

N / REF

**HOJA DE REGISTRO HISTORIA CLÍNICA CARDIOLOGÍA**

**DATOS BÁSICOS USUARIO**

1. Edad: \_\_\_\_\_ años.      2. Sexo: Hombre     Mujer

3. Año de Ingreso (2009/2010/2011) \_\_\_\_\_

4. Nº de días de ingreso: \_\_\_\_\_      5. Ingresos previos: Sí     No

6. Diagnóstico principal:    I.A.M.       ICC

**7. VALORACIÓN:**      Sí     No

**PATRONES FUNCIONALES GORDON VALORADOS:**

7.1 Percepción de la salud:    Sí     No

7.2 Nutricional/Metabólico:    Sí     No

7.3 Eliminación:                Sí     No

7.4 Actividad/Ejercicio:        Sí     No

7.5 Sueño/Descanso:            Sí     No

7.6 Cognitivo/Perceptivo:      Sí     No

7.7 Auto percepción/Autoconcepto: Sí     No

7.8 Rol/Relaciones:              Sí     No

7.9 Sexualidad/Reproducción: Sí     No

7.10 Tolerancia al estrés:        Sí     No

7.11 Valores/Creencias:         Sí     No

**8. PLANES DE CUIDADOS:**      Sí     No

**DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA:**

8.1 (00146) Ansiedad:            Sí     No

8.2 (00092) Intolerancia a la Actividad:    Sí     No

8.3 (00078) Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico:    Sí     No

8.4 (00126) Conocimientos Deficientes: Régimen Terapéutico:    Sí     No

8.5 (00153) Riesgo de Baja Autoestima Situacional:    Sí     No

8.6 (00015) Riesgo de Estreñimiento:    Sí     No

8.7 (00002) Riesgo de Desequilibrio Nutricional por Defecto:    Sí     No

8.8 (00004) Riesgo de Infección:    Sí     No

8.9 Otros: (Especificar en el siguiente punto).    Sí     No

8.10 \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICOS RELACIONADOS CON EL PATRÓN SEXUALIDAD**

8.11 (00059) Disfunción Sexual:    Sí     No

8.12 (00065) Patrón Sexual Inefectivo:    Sí     No

**PROBLEMAS INTERDISCIPLINARES**

8.13 Dismea:                        Sí     No

8.14 Arritmias:                      Sí     No

8.15 Edema agudo de pulmón:        Sí     No

8.16 Edemas:                        Sí     No

8.17 Dolor Torácico:                Sí     No

8.18 Intoxicación Digitalica:        Sí     No

8.19 Shock Hipovolémico:          Sí     No

8.20 Hipertensión:                  Sí     No

8.21 Hipotensión:                  Sí     No

**9. INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS**    Sí     No

9.1 Referencia al Patrón Sexualidad/Reproducción:    Sí     No



valorado en un 43,7% del total de las valoraciones registradas (95%).

En relación a los diagnósticos NANDA directamente relacionados con el patrón sexualidad, "Disfunción Sexual" (00059) y "Patrón Sexual Inefectivo" (00065) en ninguna de las historias revisadas (N=183), ni aún en las que contemplaban un plan de cuidados (n=130) se hacía mención a los mismos.

El 61,2% (n=112) de la muestra disponía de un informe de continuidad de cuidados emitido al alta del enfermo en la UGC del Corazón, aunque en sólo 2 casos (1,1%) se hacía alguna referencia en los mismos al patrón sexualidad.

Aplicada la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para analizar diferencias por sexos y años de ingreso no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables descritas salvo en las etiquetas diagnósticas que si estaban presentes con una diferencia estadísticamente significativa a favor de los hombres en "Ansiedad" ( $p=0,031$ ), "Intolerancia a la Actividad" ( $p=0,015$ ), "Riesgo de infección" ( $p=0,015$ ) y casi alcanzaba la significación estadística ( $p=0,054$ ) el diagnóstico "Intolerancia a la Actividad" que presentaba más etiquetas también en los varones. Tabla 2.

## DISCUSIÓN

Nuestra condición de profesionales sanitarios que trabajan de forma estable en una Unidad de Cardiolo-

gía nos ha otorgado una privilegiada posición para realizar este estudio. Privilegio que se torna en obligación cuando las intervenciones de enfermería en esta área pueden suponer una notable mejoría en la calidad de vida de estos pacientes.

Aun así, el asesoramiento sexual a los pacientes pasa desapercibido por casi todos los profesionales de nuestra Unidad. Hay autores que opinan que la causa es la incomodidad, la carga de trabajo asistencial y por falta de coordinación en el equipo. En general, estos autores coinciden con la insuficiente, mal estructurada e inexistente información ofrecida por la Enfermería, origen de la poca preparación que presentan para la educación del paciente en este tema <sup>(12)</sup>.

Los pacientes hospitalizados sufren, y su pareja, si la tuvieran, un gran estrés y miedo a la pérdida, que se traduce en un exceso de cuidados físicos para protegerse de una posible recaída, lo que en ocasiones conduce a una fuerte dependencia emocional que termina excluyendo los componentes eróticos y mermando, por consiguiente, el bienestar sexual del paciente o de ambos <sup>(6)</sup>.

Existen numerosos documentos que avalan la necesidad de asesorar al paciente en salud sexual <sup>(13), (14)</sup>. Sin embargo, según la revisión de numerosos estudios basados en los patrones funcionales de salud de M. Gordon, la taxonomía NANDA y las enfermedades cardíacas, el patrón sexualidad ni siquiera es contemplado por los autores <sup>(15)</sup>. Este estudio demuestra la inexistencia de

Tabla 2. Resultados de patrones de salud valorados, que forman parte de la valoración integral de enfermería

Patrón	% SI Valoración	% NO Valoración
1. Percepción de la Salud	95,1	4,9
2. Nutricional Metabólico	92,3	7,7
3. Eliminación	91,8	8,2
4. Actividad Ejercicio	92,3	7,7
5. Sueño / Descanso	90,2	9,8
6. Cognitivo / Perceptivo	91,3	8,7
7. Auto percepción	90,7	9,3
8. Rol / Relaciones	90,7	9,3
9. Sexualidad / Reproducción	43,7	56,3
10. Tolerancia al estrés	83,1	16,9
11. Valores / Creencias	64,5	35,5

registros que indican que dicho asesoramiento se está llevando a cabo, aun cuando la mayoría de los pacientes cardiológicos hospitalizados insisten en querer recibir información antes del alta, aunque no la demanden directamente por diferentes motivos (vergüenza principalmente)<sup>(16)</sup>. Y es que, además, la mayoría de los manuales y folletos informativos que les son entregados, e incluso la literatura profesional que manejan los propios sanitarios, tocan este aspecto de manera superficial<sup>(11)</sup> sin ofrecer respuesta a todas las dudas que el paciente suele presentar<sup>(12)</sup>, mermando por todo ello su bienestar y su calidad de vida, y la de su pareja si la tuviera.

Por todo ello, nuestro propósito con este estudio ha sido poder justificar y planificar posteriormente actuaciones orientadas a la concienciación y formación del personal de enfermería, y a la mejora de los registros de enfermería relacionándolos con el patrón sexualidad, para la optimización de los cuidados de enfermería en salud sexual del paciente cardiológico, y así evitar o disminuir los efectos colaterales que pueden desencadenarse en el paciente y en su entorno afectivo.

Actualmente contamos con un curso de 30 horas presenciales denominado "Atención de Enfermería en Salud Sexual al paciente con patología cardíaca", dirigido a todos los profesionales de Enfermería del Hospital Universitario Virgen del Rocío y acreditado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Esta formación será la primera evidencia de que nuestra Unidad, tras este estudio, está implicada en el tratamiento de la sexualidad de sus pacientes cardiopatas.

## CONCLUSIONES

El patrón sexualidad del paciente cardiológico hospitalizado es poco tratado en la práctica clínica de la enfermería, según nuestros resultados, a pesar de contar con unos diagnósticos enfermeros bien definidos como son: "disfunción sexual" y "patrón sexual inefectivo", con sus correspondientes objetivos e intervenciones, a los cuales se puede llegar mediante la valoración integral de enfermería y su apartado "Patrón sexualidad/Reproducción"<sup>(17)</sup> y aplicarse en los planes de cuidados de enfermería estandarizados con los que contamos en la Unidad de Cardiología: "Proceso Dolor Torácico. Angina estable/inestable. IAM con y sin elevación del ST" y "Proceso Insuficiencia Cardíaca. Hospitalización"<sup>(18)</sup>.

## AGRADECIMIENTOS

A Juan Ignacio Valle Racero, enfermero y compañero de la Unidad de Cardiología del Hospital Universitario Virgen del Rocío, perteneciente a la Unidad de Gestión Clínica (UGC) Área del Corazón de Sevilla, del Servicio Andaluz de Salud (SAS), por su paciencia, tiempo y dedicación que tuvo para que este proyecto saliera de manera exitosa. Gracias por su apoyo y su orientación profesional, por ser parte de la columna vertebral de este trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Flores Mateo G, Martín O'Flaherty MG, Ramos R, Elosua R, Violan Fors C, Quesada M. et al. Análisis de la disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria en una población mediterránea: España 1988-2005. *Rev Esp Cardiol.* 2011; 64(11):988-96.
2. Villegas García M, Hernández Castelló MC<sup>a</sup>, Sáez Soto A, Del Rosario A. Consejos al paciente tras un infarto agudo de miocardio. *FMC. Form Med Contin Aten Prim.* 2010; 17(5):279-91
3. Lucas Matheu M, Cabello Santamaría F. Clínica sexológica en las enfermedades crónicas. En: *Introducción a la sexología clínica.* Madrid: Elsevier; 2007. p. 82-83.
4. Lucas Matheu M, Cabello Santamaría F. Prólogo. En: *Introducción a la sexología clínica.* Madrid: Elsevier; 2007. p. VII.
5. García Hernández P. Sexualidad y cardiopatía. En: *VV. AA. Manual de Enfermería. Prevención y Rehabilitación Cardíaca.* Madrid: AEEC; 2009. p. 289.
6. Cabello Santamaría F. Sexualidad y enfermedad crónica. En: *Manual de sexología y terapia sexual.* Madrid: Síntesis; 2010. p. 291-297.
7. Documento de Consenso sobre Disfunción Eréctil, 2002. Documentos de Especialidades SEMERGEN. [Acceso: 11 Nov 2011]. Disponible en: [http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/disfuncion\\_erectil/erectil\\_psiquiatria.pdf](http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/disfuncion_erectil/erectil_psiquiatria.pdf)
8. Cabello Santamaría F. Aspectos psicobiológicos de la sexualidad. En: *Manual de sexología y terapia sexual.* Madrid: Síntesis; 2010. p. 22.
9. Salud Sexual (mayo 2003). Disfunción eréctil. [Acceso: 23 Nov 2011]. Disponible en: [www.vicentbataler.com/documentos/docs/Salud%20Sexual-DE-mayo\\_03.pdf](http://www.vicentbataler.com/documentos/docs/Salud%20Sexual-DE-mayo_03.pdf).
10. Jiménez P, Arribas B, Encinas A, Navarro F, San José L. Sexualidad y cardiopatía isquémica. *Enferm Cardiol.* 2000; Año VII(19):32-36.
11. Casado Dones MJ, Andrés Gimeno B, Moreno González C, Fernández Balcones C, Cruz Martín RM, et al. La sexualidad en los pacientes con infarto agudo de miocardio. *Enferm Intensiva.* 2002; 13(1):2-8.
12. Alconero Camarero AR, Casaus Pérez M, Gutiérrez Torre E, Saiz Fernández G, Pérez Bolado C. Evaluación de la información sobre actividad sexual proporcionada a pacientes con síndrome coronario agudo. *Enferm Intensiva.* 2008; 19(2):78-85.
13. García Hernández P, Castro Vizoso J, Yudes Rodríguez E. Prevalencia de la disfunción eréctil en un programa de rehabilitación cardíaca. *Enferm Cardiol.* 2007; Año XIV (41):53-59.
14. Abreu Sánchez A, Rodríguez Pérez M. Diagnósticos enfermeros y características sociodemográficas de un grupo de pacientes con problemas coronarios. *Rev Paraninfo Digital.* 2010; 10. [Acceso: 18 Nov 2011]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n10/p111.php>.
15. Lara Lara MD, Segura Saint-Gerons C. Diagnósticos e intervenciones de enfermería en el paciente ambulatorio con cardiopatía isquémica. *Enferm Cardiol.* 2010; Año XVII (49):61-66.
16. García Hernández P, Yudes Rodríguez E. Desempeño sexual en la cardiopatía isquémica. *Enferm Cardiol.* 2008; Año XIV (44):25-28.
17. NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Harcourt-Brace, 2009.
18. Planes de cuidados estandarizados. HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla: Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud.