

Enfermería en Cardiología

Publicación científica de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

Enferm Cardiol. 2016; Año XXIII (67)
1.º trimestre

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

Sumario

- 3 Editorial
- 4 Presidenta de la AEEC
- 5 Actualidad de la AEEC
- 9 Entrevista a Itziar López Zarrabeitia

Resúmenes de las comunicaciones presentadas en el 37.º Congreso

- 11 Comunicaciones libres
- 30 Casos clínicos
- 37 Comunicaciones póster fórum
- 40 Listado de pósters
- 48 Índice de autores

Artículos Científicos:

- 50 Sección de Metodología. Enfermería Basada en la Evidencia: Investigación Clínica Aplicada a las Ciencias de la Salud
 - Introducción a la investigación sociosanitaria:
 - Diseño de estudios cualitativos
 - Características generales y conceptos básicos de la investigación cualitativa (1.ª parte)
- 58 Sección de Cuidados de Enfermería en las Alteraciones Electrocardiográficas
 - Actuación de enfermería ante una alteración electrocardiográfica (5.ª parte). Eje, onda P y complejo QRS
- 66 CardioTEC@ 2.0
 - Comparación de las calculadoras *online* de riesgo cardiovascular
- 71 Sección de Imagen. Una imagen vale más que mil palabras
 - Fístula congénita de arteria coronaria derecha ectásica a ventrículo derecho
- 72 Artículo especial:
 - «Health coaching». Un nuevo paradigma en la intervención sobre el paciente crónico

37.º CONGRESO NACIONAL
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA
SEDE: HOTEL OLYMPIA (ALBORAIA-VALENCIA)
DEL 4 AL 6
MAYO
2016



VALENCIA
a corazón abierto

SECRETARÍA TÉCNICA:
TRAMA
SOLUTIONS

C/ Wenceslao Fernández Florez 1 - 2.ª 15005 A Coruña - Tel. 981 902 113
www.tramasolutions.com - info@tramasolutions.com

DIRECTOR

Rafael Mesa Rico

REDACTOR JEFE

Alberto Luis Fernández Oliver

CONSEJO ASESOR

Felicity Astin

José Carlos Canca Sánchez

Jeroen Hendriks

Luis Iñigo García

José Miguel Morales Asencio

Sandra Sonali Olvera Arreola

Leopoldo Pérez de Isla

Francisco Rivas Ruiz

Francisco Ruiz Mateas

Elizabeth Salas Silva

Mona Schlyter

Javier Segovia Cubero

Juan Ignacio Valle Racero

Yalili Videaux Puebla

COMITÉ EDITORIAL

Blanca Esther Aguayo Esgueva

Francisco Alba Saá

Purificación Alcalá Gutiérrez

José Miguel Álvarez Moya

Carmen Bermejo Merino

Matilde Castillo Hermoso

Paloma Garcimartín Cerezo

Solanger Hernández Méndez

Elena Marqués Sulé

Sonsoles Martín Pérez

José Manuel Martínez Casas

José Manuel Martínez Linares

Jessica Medina García

Carlos-Santos Molina Mazón

Carmen Naya Leira

Ana Pereira Ferreiro

M.^a Faz Pujalte Aznar

Óscar del Río Moro

Francisco Rivas Ruiz

Miriam Rossi López

Susana Rubio Martín

Juan Carlos Rubio Sevilla

Arancha Ruescas Nicolau

Asunción Sánchez Donaire

Yolanda Sánchez Lozano

Eva Timonet Andreu

Juan Ignacio Valle Racero

Lucía Zambrano Puente

CORRECTORA DE INGLÉSM.^a Dolores Martín Santamaría**JUNTA DIRECTIVA DE LA AEEC****Presidenta de Honor**M.^a José Zabala Osés**Presidenta Saliente**M.^a Luz Capote Toledo**Presidenta en funciones y Vicepresidenta**

Concha Fernández Redondo

SecretariaM.^a José Morales Vicente**Vicesecretaria**

Mónica Collado Martín

Tesorera

Vanessa A. García Mosquera

Vocal Grupo Cirugía Cardíaca

Margarita Gutiérrez Plata

Vocal Grupo Cuidados Críticos Cardiovasculares

Carlos -Santos Molina Mazón

Vocal Grupo Electrofisiología y Marcapasos

Mercè Fontanals Fernández

Vocal Grupo Europeo

Alberto Luis Fernández Oliver

Vocal Grupo Hemodinámica

Mónica Gómez Fernández

Vocal Grupo Imagen y Pruebas no invasivas

Virginia Mass Ruiz

Vocal Grupo Insuficiencia Cardíaca

Mercè Faraudo García

Vocal Grupo Prevención y Rehabilitación Cardíaca

José Antonio Mora Pardo

Director de la Página WEB

Alberto Luis Fernández Oliver

Director de la Revista

Rafael Mesa Rico

Director de Formación Continuada

Francisco Javier García Aranda

Vocal Congreso de Valencia

Amparo Peiró Andrés

COMITÉ CIENTÍFICO DE LA AEEC**Directora**

Carmen Naya Leira

Asesora

Susana Rubio Martín

Vocales

Miriam Rossi López

Sonsoles Martín Pérez

Ana Pereira Ferreiro

Vocal Congreso Valencia

Rosario Sáez Jiménez

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN AEEC

C/ Nuestra Señora de Guadalupe, 5-7

28028 Madrid (España)

Tel. 917 242 375- FAX: 917 242 371

Secretaría: Laura Maroto Torres

secre@enfermeriaencardiologia.com

Coordinación Editorial: Alicia González Oliver

revista2@enfermeriaencardiologia.com

Versión electrónica ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

<http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/>

Spanish Association of
Nursing in Cardiology
(AEEC)

ISSN: 1575-4146

Enfermería en Cardiología

Scientific Journal of the Spanish Association of Nursing in Cardiology

SUMMARY

Editorial	3
President of the AEEC	4
AEEC News	5
Interview with Itziar López Zarrabeitia	9

Abstracts of communications presented at the 37th Congress

Free communications	11
Clinical case reports	30
Forum poster communications	37
Poster communications list	40
Index of authors	48

Scientific Articles:

Methodology Section. Evidence-Based Nursing: Clinical Research Applied to Health Sciences	
Introduction to socio-sanitary research: qualitative study design	
General characteristics and basic concepts of qualitative research (1 st part)	50
Nursing Care in Electrocardiographic Changes Section	
Nursing intervention in dealing with an electrocardiographic alteration (Part five). Axis, P wave and QRS complex	58
CardioTEC@ 2.0	
Comparison of cardiovascular risk online calculators	66
An image is worth more than a thousand words Section	
Congenital fistula of ectatic right coronary artery to right ventricle	71
Special Article: «Health coaching». A new paradigm in the intervention for the chronic patient	72

Enferm Cardiol. 2016; Vol XXIII (67)
1rd quarter

Electronic version in:
<http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/index.htm>

Un año más, desde la revista *Enfermería en Cardiología*, os damos la bienvenida al 37.º Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología «**A Corazón Abierto**», que este año se celebra en la luminosa ciudad de Valencia, que el poeta Carlos Marzal nos describe de la siguiente manera, «*Cualquier ciudad es muchas. Cualquier ciudad supone, al mismo tiempo, la mejor y la peor de sus posibilidades. Hay muchas Valencias, y todas suceden a la vez. Mi Valencia mejor, está hecha de su tamaño humano pero suficiente, de su verano perpetuo, de su condición paseable, de su mar cercano y a la vez invisible, de su campo reseco al alcance de la mano. Qué sé yo. No creo en los caracteres nacionales, sino en los individuos, que desafían los tópicos. De manera que antepongo, a la trivialidad simbolizada en lo fallero -un concepto difícil de comprender para los foráneos (con su ruido, su hipérbole absoluta y su humor soez)-, la inteligencia medida, gozadora y tolerante de los mejores valencianos*».

Un congreso que podemos celebrar gracias a la gran labor realizada, a lo largo del último año, por el Comité Organizador encabezado por **Amparo Peiró Andrés**, quien ha trabajado de manera incansable para que todo tenga lugar a la perfección y con el máximo aprovechamiento para todos los participantes.

Hemos de destacar, a su vez, todo el esfuerzo que realiza el Comité Científico, dirigido por **Carmen Naya Leira**, valorando los 161 trabajos presentados al congreso, distribuyéndolos en 21 casos clínicos, 8 pósteres fórum, 55 comunicaciones libres y 77 pósteres. Esfuerzo que también conlleva la organización de cuatro talleres de formación: «Taller de entrenamiento en técnicas invasivas, manejo de enfermería en OCT, ECMO, BCIA». «Taller de electrocardiografía práctica, revisión y perfeccionamiento de la lectura de ECG». «Metodología de la investigación clínica: Elaboración del proyecto de investigación, rompiendo barreras». «El baile como actividad cardiosaludable». Así como organizando las distintas mesas redondas que se van a desarrollar durante el congreso sobre «Enfer-Cardio-Actualidad: Los nuevos avances en cardiología». «Rehabilitación cardiaca: Nuevos retos». «Trasplante cardiaco: Espera, proceso y preservación».

Como contenido para este número publicamos por tercer año consecutivo los resúmenes de las comunicaciones libres, casos clínicos, pósteres fórum y el listado de títulos y autores de los pósteres, que tratan de dar cabida a las inquietudes científicas que tiene la enfermería cardiológica española.

También continuamos con nuestras secciones habituales, que van desde la de Metodología con la presentación de «Introducción a la Investigación Sociosanitaria: diseño de estudios cualitativos», la sección de Cuidados de Enfermería en las Alteraciones Electrocardiográficas, que nos presenta su quinta entrega de «Actuación de enfermería ante una alteración electrocardiográfica. Eje, onda P y complejo QRS», la sección de Una imagen vale más que mil palabras con «Fístula congénita de arteria coronaria derecha ectásica a ventrículo derecho», y por último la sección CardioTEC@ 2.0 con «Comparación de las calculadoras *online* de riesgo cardiovascular».

Para terminar nuestro número especial del congreso, os presentamos la entrevista a Itziar López Zarrabeitia, enfermera de hemodinámica, *coach* ejecutiva y psicóloga experta en psicología positiva, que además de presentar en este número el artículo especial «*Health coaching*, un nuevo paradigma en la intervención sobre el paciente crónico», ofrecerá la conferencia inaugural de nuestro congreso nacional.

Un año más, os emplazo a que disfrutéis de la lectura de los artículos, de los avances científicos del 37.º Congreso Nacional de la AEEC y de la ciudad de Valencia, recibid un cordial saludo.

Rafael Mesa Rico

Director

revista@enfermeriaencardiologia.com

Presidenta de la AEEC

Estimados asociados:

Desde la Presidencia y por supuesto desde la Junta Directiva de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, queremos invitaros a participar de forma activa en el futuro de nuestra asociación.

Iniciamos una nueva etapa con importantes recortes materiales y humanos y llena de incertidumbre profesional en la que debemos trabajar muy duro para mantener los estándares de calidad, pero que afrontamos con entusiasmo y responsabilidad.

Si queremos ser una asociación con reconocimiento social y presencia institucional en el ámbito de la cardiología, debemos de ser unos asociados comprometidos y colaboradores, con mayor presencia en los congresos de la SEC y mayor difusión de nuestros conocimientos, inquietudes y nuestros trabajos de investigación a través de la revista y de la página web, excelentes medios de difusión de los que disponemos.

Todos somos necesarios y solamente si lo abordamos conjuntamente, con objetivos comunes, conseguiremos que la enfermería se forme con las competencias y criterios que le permitan enfrentarse con éxito a cuantas nuevas responsabilidades y ámbitos de actuación tiene en la actualidad.

Por todo ello, os animo a presentaros a las vacantes que periódicamente se convocan dentro de la Junta Directiva y a formar parte de los grupos de trabajo que más se aproximen a vuestra labor diaria, para buscar y/o aportar soluciones creativas e innovadoras que nos permitan mejorar, de manera más eficiente, los cuidados que prestamos.

Aprovecho la ocasión para deseáros una feliz estancia en Valencia.

Gracias por vuestra confianza y un abrazo.

Concepción Fernández Redondo
Presidenta en funciones de la AEEC
presi@enfermeriaencardiologia.com

ISSN: 1575-4146

Depósito Legal: M-10090-2014

Tirada 1.100 ejemplares.

Impreso en España por: Sékar Artesans • SUECA (Valencia)

© Copyright 2016 Asociación Española de Enfermería en Cardiología.

Publicación cuatrimestral (3 números al año)

Comunicado de Mercedes Rodríguez Morales

Estimados compañeros y amigos:

Me es grato dirigirme de nuevo a todos los socios de la AEEC, para comunicaros el final de mi etapa como presidenta unos meses antes de la finalización oficial, por motivos profesionales. En la reunión de la Junta Directiva celebrada el pasado mes de diciembre, presenté mi renuncia al cargo. La razón que me llevó a tomar esta decisión fue la imposibilidad de compatibilizar mis tareas como presidenta, con mi situación profesional actual. Como miembro de la Unidad de Gestión de Cardiología del Hospital San Cecilio de Granada, en proceso de fusión con el Hospital Virgen de las Nieves, y como miembro de la Unidad de Arritmias, comparto mis jornadas laborales entre ambos centros. Para compatibilizar mis actividades entre ambas unidades, se ha incrementado mi agenda de trabajo, esto junto con ser miembro del Comité de Ética de la Investigación Provincial y vocal de arritmias del Comité director de la Unidad de Gestión, hace que me sea imposible seguir desempeñando el cargo que representaba en la AEEC.

Hasta ese momento, he cumplido con los compromisos que conlleva el cargo de presidenta de la AEEC, pero dada mi situación laboral actual, desde la responsabilidad y después de meditar esta decisión, presenté mi renuncia, anticipando en pocos meses el relevo que corresponde a la entonces vicepresidenta Concha Fernández y ahora también presidenta en funciones, con quien colaboraré en lo que precise por mi parte y en cualquier cuestión que resulte útil para nuestra asociación.

Han sido años de intenso y gratificante trabajo, de proyectos, oportunidades y desafíos en los distintos cargos que me habéis confiado, como vocal de electrofisiología y estimulación cardiaca, vicepresidenta y presidenta de la AEEC, desde estas líneas agradezco la responsabilidad que habéis tenido a bien confiarme durante este tiempo. No hay nada mejor en este momento que hacer un alto en el camino para dar las gracias, sinceramente a todos aquellos que habéis apoyado mi gestión, extraordinarios compañeros y amigos que habéis colaborado y trabajado para conseguir el crecimiento significativo de nuestra asociación y que, sin ninguna duda, seguirá creciendo de forma exponencial en los próximos años.

Me siento satisfecha, ha sido un privilegio colaborar con vosotros y espero que tengamos ocasiones de seguir haciéndolo. Sin más, os agradezco la confianza depositada y me pongo a vuestra disposición, Un fuerte abrazo a todos.

María de las Mercedes Rodríguez Morales

Presidenta de la AEEC desde el 9 de mayo de 2014 al 11 de diciembre de 2015

Esta revista está incluida en los índices bibliográficos:

Enfermería

- BDIE (Base de Datos para la Investigación en Enfermería). Instituto de Salud Carlos III. Madrid (España).
- CUIDATGE (Base de Datos de la Biblioteca de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili). Tarragona (España).
- CUIDEN (Índice Bibliográfico de Enfermería. Centro de Documentación de la Fundación Index). Granada (España).
- ENFISPO (Base de Datos de la EUE, Fisioterapia y Podología) Universidad Complutense. Madrid (España).

Medicina

- IME (Índice Médico Español). Instituto de la Ciencia y Documentación "López Piñero". Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Universidad de Valencia (España).

Difusión Científica

- DIALNET (Portal de difusión digital de producción científica hispana) Universidad de La Rioja (España).
- LATINDEX (Sistema de Información para revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal).

NOTICIAS DE LA AEEC

o Al cierre de la edición de esta revista, el Grupo de Trabajo de Enfermería en Hemodinámica de la AEEC está a punto de publicar la Convocatoria de solicitud de Plaza en el **I Máster Universitario de Enfermería en Hemodinámica y Cardiología Intervencionista 2016-2018 AEEC-SEC. Universidad Francisco de Vitoria, Madrid. 69,50 créditos ECTS.** www.masterenfermeriahemodinamica.com



Para más información: enferhemo.master@gmail.com

Master de Enfermería en Hemodinámica y Cardiología Intervencionista

o Durante el desarrollo del **37.º Congreso Nacional** de la AEEC en Valencia:

- Se reunirán los **FOROS de los GRUPOS DE TRABAJO** el jueves 5 de mayo de 13:30-14:00 horas. Durante el desarrollo de sus respectivos foros celebrarán VOTACIONES PARA LA ELECCIÓN DE SU VOCAL los siguientes grupos de trabajo:
 - ✓ Imagen y pruebas no invasivas.
 - ✓ Cuidados críticos cardiovasculares.
- Las **VOTACIONES PARA LA ELECCIÓN DE LA VICEPRESIDENCIA Y LA VICESECRETARÍA** se celebrarán el viernes 6 de mayo de 9:00 a 11:30 horas mediante el sistema de urnas.
- La **ASAMBLEA GENERAL DE SOCIOS DE LA AEEC 2016** tendrá lugar el viernes 6 de mayo de 14:00 a 16:00 horas.

A tenor de lo dispuesto en el artículo 16 de los Estatutos de la AEEC, los miembros que no puedan asistir a la Asamblea General podrán emitir su voluntad sobre los asuntos sometidos a votación en el orden del día a través de la delegación de voto o el voto por correo:

DELEGACIÓN DE VOTO:

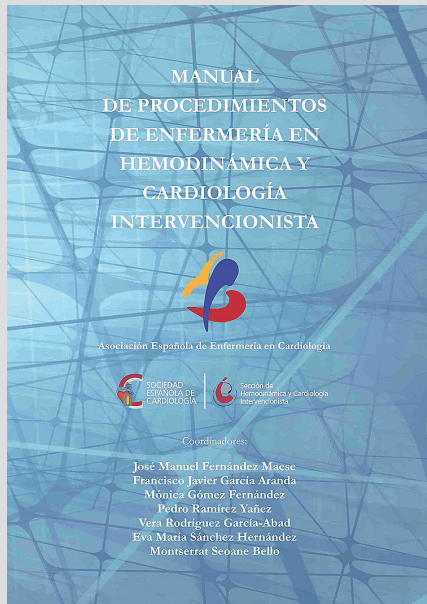
- Se rellenará una papeleta por cada uno de los votos que se desea emitir.
- Carta emitida y firmada por el delegante, según modelo publicado en la web de la AEEC.
- Fotocopia del DNI.
- Estos documentos se entregarán en sobre cerrado por la persona delegada.

NORMAS PARA LA EMISIÓN DEL VOTO POR CORREO:

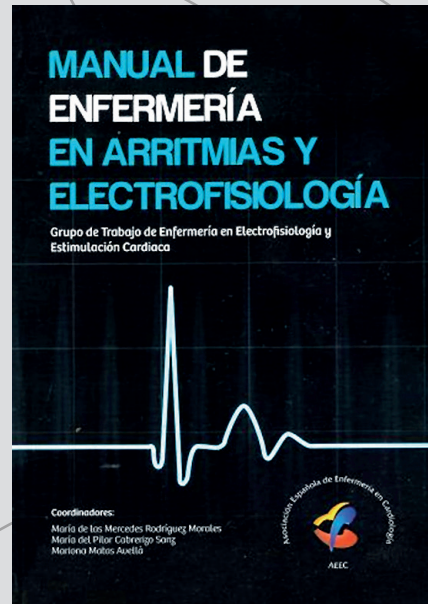
- Se rellenará una papeleta, según modelo publicado en la web de la AEEC, en sobre cerrado por cada uno de los votos que se desea emitir.
- Fotocopia del DNI.
- Se remitirá a la sede de la AEEC por correo certificado, al menos cinco días antes del inicio del congreso.
- La **ENTREGA de los PREMIOS** a los mejores trabajos originales publicados en la REVISTA ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA en el año 2015 (año XXII de la revista) tendrá lugar durante el acto de entrega de los premios del congreso el viernes 6 de mayo a las 18:15 horas.

o El 11 de diciembre de 2015 **Mercedes Rodríguez Morales** comunica formalmente a la Junta Directiva y al Comité Científico de la AEEC su **renuncia a la Presidencia** por imposibilidad de compatibilizar las labores de presidenta de la AEEC con su situación profesional actual (ver carta a los socios en p. 5).

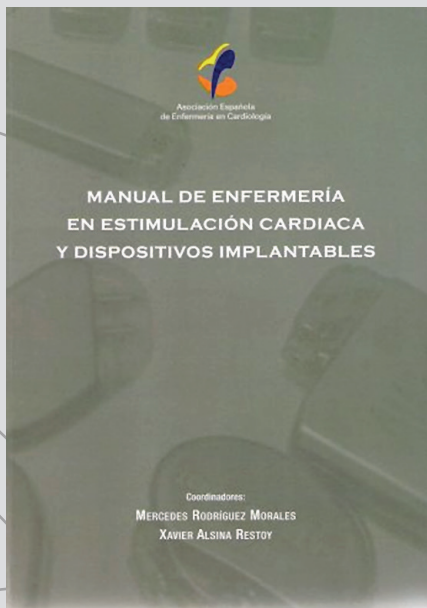
Material divulgativo producido por la AEEC destinado a los profesionales de enfermería cardiológica



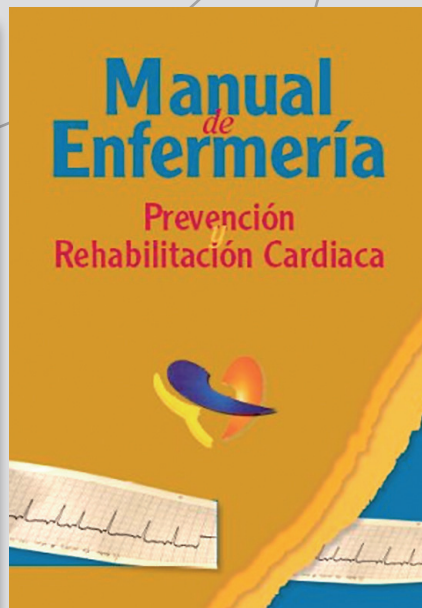
Descarga en PDF



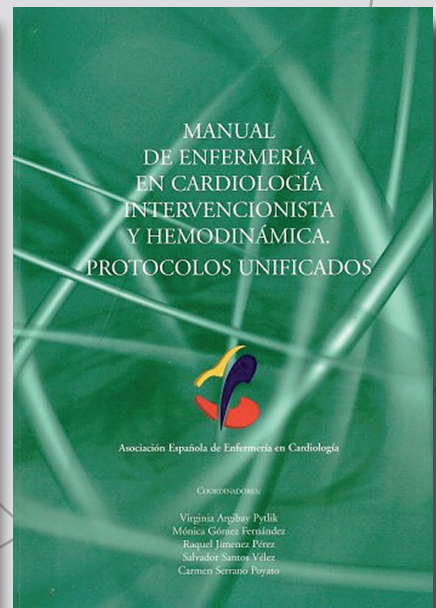
Descarga en PDF



Descarga en PDF



Descarga en PDF



Descarga en PDF

Debido a la gran demanda de solicitudes recibidas de los manuales en formato papel, hemos decidido editarlos para satisfacer el gran interés despertado. El coste de cada manual va destinado a cubrir los gastos de producción del mismo.

Podéis solicitar los manuales de la AEEC a través del correo electrónico:

secre@enfermeriaencardiologia.com

P.V.P. 60 € (incluye costes de envío)

¡50 % de descuento para nuestros asociados!

Precio para asociados de la AEEC: 30 € (incluye costes de envío)



Candidaturas a la Junta Directiva



Vicepresidencia

MARÍA JOSÉ MORALES VICENTE

Hospital Clínico San Carlos. Madrid



Vicesecretaría

JENNIFER NÚÑEZ CHÁVARRI

Hospital Clínico San Carlos. Madrid



Vocalía G. T. Cuidados Críticos

CARLOS SANTOS MOLINA MAZÓN

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona



Vocalía G.T. Imagen y pruebas no invasivas

ESTHER BERTOLÍ INGLÉS

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Entrevista a ITZIAR LÓPEZ ZARRABEITIA

Itziar López Zarrabeitia es enfermera de hemodinámica en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, experta en hemodinámica y cardiología intervencionista acreditada por la AEEC-SEC, **psicóloga experta en psicología positiva** acreditada por el Instituto Europeo de Psicología Positiva (IEPP) y **coach ejecutiva y de equipos** acreditada por el International Coach Federation (ICF). Asimismo, es miembro del comité de Redes Sociales del Grupo de Trabajo de Enfermería en Hemodinámica de la AEEC.

Ha participado como autora en diversas publicaciones relacionadas con la enfermería en hemodinámica. Como psicóloga y *coach* ha participado en diversos cursos y charlas cardiológicas, en diversos foros desde su propio centro de trabajo el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, a congresos de la SEC, reuniones científicas de distintas secciones de la SEC (hemodinámica, estimulación cardiaca), hasta nuestro congreso nacional de 2014, celebrado en Murcia, en que impartió el exitoso curso de formación «Habilidades de comunicación y trabajo en equipo: *coaching*».

Se encuentra especialmente ilusionada con el programa formativo en *health coaching* para profesionales de la salud que une sus grandes pasiones, el *coaching* y la sanidad, para ponerlas al servicio del más importante, el paciente.

A grandes rasgos, ¿en qué consiste el coaching en salud?

Consiste en la aplicación de la metodología del *coaching* a metas de salud. Se trata de una conversación facilitadora de cambio llevada a cabo entre el *coach* y el individuo que permite a este último, trasladarse desde la situación en la que está, a la situación en la que desea estar (objetivos o metas de *coaching*). Cuando esos objetivos o metas están relacionados con la salud, como por ejemplo el control de factores de riesgo o la adherencia al tratamiento, se habla de *coaching* de salud o *health coaching*.

¿Qué se pretende mejorar en el paciente a través del coaching?

El *coaching* moviliza las motivaciones internas del individuo para llevar a cabo el cambio de conducta. Hace que el individuo pase del «tengo que hacer» al «quiero hacer». Este cambio de perspectiva lleva a que, una vez alcanzados los cambios, estos se mantengan en el tiempo. El *coach*, profesional del *coaching*, acompaña al paciente a trazar el camino que le lleva hacia las metas de salud, contemplando entre ambos (*coach* y paciente) las dificultades que pueden aparecer para realizar este cambio. Estas dificultades se analizan buscando alternativas para salvarlas. De esta forma, en el paciente disminuye notablemente la resistencia al cambio. Es decir, a través del *coaching* de salud, se consiguen más cambios y estos son más duraderos.

¿Se encuentran preparados los profesionales de la salud para ejercer el papel de coach?

No. Ejercer como *coach*, en la salud, o en cualquier ámbito, requiere de una formación específica en *coaching*.

¿Qué habilidades debe tener una enfermera para poder ejercer el papel de coach? ¿Qué formación crees que es necesaria?

El *coaching* se basa en dos pilares, por un lado las habilidades de comunicación necesarias para poder mantener esa conversación facilitadora de cambio, y por otro, una metodología propia del *coaching* que permita analizar la situación de partida (realidad), describir la situación deseada (objetivo) y trazar el camino que lleva de una a otra (plan de acción).

Es necesario que el *coach*-salud, profesional de la salud

que ejerce el *coaching* de salud, maneje la metodología y las herramientas propias del *coaching*, además de tener un absoluto dominio sobre las habilidades de comunicación: empatía, escucha, habilidad para realizar preguntas que movilicen y reconocimiento de los logros.

¿Cómo ayuda el coaching al paciente a conseguir los objetivos que se le plantean?

El *coaching* parte de la base de que todos estamos «completos», que todos tenemos en nuestro interior los conocimientos para llegar a nuestras propias soluciones. El *coaching* obtiene ese autoconocimiento del individuo sobre cómo conseguir las metas que se ha propuesto, de esta manera lo empodera, le ayuda a analizar los obstáculos y buscar los recursos necesarios para el logro de sus objetivos. Al ser el propio individuo quien los busca y los halla, aumenta su motivación interna y su empoderamiento.

¿Qué diferencia hay entre el coaching y la educación para la salud?

La educación para la salud nos informa y forma acerca de lo que tenemos que conseguir. En forma de consejo de salud, nos dice qué peso debemos tener, qué niveles de glucemia o la cantidad de sal adecuada que permiten tener la insuficiencia cardiaca o la tensión arterial a raya. El *coaching* nos va a ayudar con el cómo hacerlo, va a tomar las metas de salud de la educación para la salud y le va a preguntar al paciente cuánto cumple este consejo sanitario y por dónde quiere empezar a introducir cambios, a introducir mejoras. Después le va a ayudar a trazar un plan de acción, para alcanzar esas metas de la educación para la salud, considerando las dificultades que pueden aparecer y los recursos con los que se cuenta para lograrlas.

La educación para la salud nos dice qué tenemos que hacer, el *coaching* de salud nos acompaña a trazar el cómo hacerlo. Son complementarios, no excluyentes.

¿Cómo se encuentra desarrollado el coaching en salud en nuestro país con respecto a otros países de nuestro entorno?

Los principales estudios de *health coaching* o *coaching* de salud están realizados en EE.UU. y en Australia. En España no hay estudios publicados que describan experiencias de *coaching* de salud. Sí que existen casos

publicados, por ejemplo por la *coach*, enfermera y Dra. Molins Roca quien lo aplica en la consulta con sus pacientes.

¿Crees que se podría introducir el *coaching* en los planes de estudio de enfermería como herramienta útil para la educación de los pacientes?

Como ya he comentado, creo que *coaching* de salud y educación para la salud son complementarios. Los estudios realizados han demostrado que la educación para la salud, por sí sola y en algunos casos, no consigue los cambios de conducta deseados y cuando los consigue estos no se prolongan en el tiempo, requiere de un aliado y creo que su mejor aliado es el *coaching*. Sin duda es enfermería el profesional sanitario que más capacitado está para trabajar la modificación de hábitos con los pacientes, y creo que deberían conocer y manejar estas herramientas y así caminar hacia la excelencia, objetivo de cualquier profesión.

Las habilidades de comunicación son uno de los pilares del *coaching* y, a mi modo de ver, algo que todo graduado en enfermería debería dominar cuando finalizase su formación. Manejar e interiorizar las herramientas propias del *coaching* puede servir de gran ayuda a esos profesionales de enfermería que trabajan en la educación del paciente.

¿Qué importancia tiene la actitud empática del profesional para posibilitar el cambio en los hábitos de los pacientes?

La empatía, de la que se afirma que por sí sola es terapéutica, es básica en las interacciones con nuestros pacientes. Solo cuando nos ponemos en su lugar y les escuchamos sin enjuiciarlos, damos pie a que se forme el espacio de confianza necesario para que afloren los obstáculos, los miedos, las frustraciones, los retos y así se puedan analizar, generando nuevas opciones y dando nuevas respuestas con las que obtengamos nuevos resultados, los resultados extraordinarios, en el sentido de que se salen de lo ordinario, se salen de lo normal, propios del *coaching*.

¿Qué patologías cardiacas son susceptibles de emplear el *coaching* en salud?

Cualquier patología que requiera por parte del paciente una modificación de hábitos. Los estudios llevados a cabo principalmente en EE.UU. y Australia han demostrado la eficacia del *coaching* de salud en objetivos como: pérdida de peso, alimentación rica en fruta y verduras, pérdida completa del hábito tabáquico, mejoría índice cintura cadera, mejoría de índices de glucemia, mejoría de perfiles lipídicos, aumento de ejercicio físico o mejoría de adherencia al tratamiento, entre otros.

¿Qué implica la escucha activa del paciente a la hora de facilitar el cambio en su estilo de vida? ¿En qué consiste la escucha 360?

La escucha 360 es como se conoce a la escucha activa en *coaching*. Consiste en escuchar la palabra, el cuerpo y la emoción del paciente, escuchar lo verbal y lo no verbal, lo que se dice, lo que no se dice, cómo se dice y desde dónde se dice. Se trata de escuchar sin juzgar, de una manera empática. Si hacemos este tipo de escucha, podremos elaborar lo que en *coaching* llamamos preguntas poderosas, que son preguntas que movilizan al paciente, le sacan de su zona de confort para explorar nuevas opciones que lleven a nuevos resultados.

¿Dónde, cómo y cuándo realizar *coaching* salud?

En las consultas de enfermería o telefónicamente. Los estudios combinan estas dos modalidades, suelen describir una primera entrevista presencial y el resto, a no ser que haya dificultades, telefónicamente. Es necesario reconocer el poco tiempo del que disponen los profesionales, a la hora de



Itziar López Zarrabeitia

atender a los pacientes y que en principio, el *coaching*, podría parecer que aumentaría el tiempo de las visitas. Los estudios describen sesiones presenciales de entre 20-30 minutos y telefónicas, cuando no hay dificultades y son de seguimiento, de 5-7 minutos. Describen procesos de *coaching* de unas 4-6 sesiones y con unos intervalos entre sesiones de 15 días-1 mes. Después de esto, el paciente tiene adquiridas sus metas de salud. Estudios que han evaluado a los pacientes, 6 meses después de finalizar el proceso de *coaching*, han encontrado que las modificaciones en los estilos de vida se han mantenido. La *coach*, enfermera y Dra. Molins Roca, habla de sesiones de *coaching* de 10-60 minutos, según el contexto y afirma que no se realizan sesiones completas de *coaching* en la consulta diaria, sino que lo que se utilizan son herramientas concretas, y que todo es positivo, siempre y cuando sea diferente y lleve al cambio.

Según tu experiencia, ¿tiene buena acogida el *coaching* entre los pacientes a los que has tratado?

Sí, sin duda la acogida entre los pacientes es buena, ya que se trata de una forma diferente de abordarles que ellos agradecen. Responsabilizarles de su salud, considerarles expertos en cómo conseguir sus metas, reconocerles sus logros, trabajar a su lado acompañándolos, es algo que sin duda tiene buena acogida.

En cuanto a los profesionales de la salud, ¿qué acogida ha tenido el *coaching* en salud en su trabajo diario?

Muchos profesionales de enfermería que trabajan educando, son conscientes de que lo que utilizamos no es suficiente, de que tenemos un elevado porcentaje de pacientes no cumplidores. Se estima que el 55% de los pacientes complejos son susceptibles de recibir tratamientos y cuidados más adecuados y que el 50% de la medicación no se toma correctamente y muchos de esos profesionales comprenden que es necesaria una nueva estrategia, para el abordaje de estos pacientes crónicos que transforme el actual modelo asistencial, centrado en la curación, y en el que el paciente es un sujeto pasivo, en un modelo proactivo, más centrado en las necesidades de los pacientes, donde estos cuenten con mayor información y se les dote de mayor autonomía y protagonismo, para que tomen un papel más activo en su enfermedad.

37º CONGRESO NACIONAL ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

www.enfermeriaencardiologia.com



Miércoles 4 de mayo

16.00 - 20.00

CURSOS DE FORMACIÓN

- Taller de entrenamiento en técnicas invasivas, manejo de enfermería en OCT, ECMO, BCIA.
- Taller de electrocardiografía práctica, revisión y perfeccionamiento de la lectura de ECG.
- Metodología de la investigación clínica: Elaboración del proyecto de investigación, rompiendo barreras.
- El baile como actividad cardiosaludable.

20.00 INAUGURACIÓN OFICIAL DEL CONGRESO

20.30 Cóctel de Bienvenida

Jueves 5 de mayo

09.00 - 10.00

COMUNICACIONES LIBRES

10.00 - 11.00

CONFERENCIA INAUGURAL

11.00 - 11.30

Pausa - café

11.30 - 12.30

COMUNICACIONES LIBRES

12.30 - 13.30

COMUNICACIONES LIBRES

13.30 - 14.00

FORO DE GRUPOS DE TRABAJO

14.00

Almuerzo de trabajo

16.00 - 17.30

MESA REDONDA

ENFER-CARDIO-ACTUALIDAD: Los nuevos avances en cardiología.

17.30 - 18.30

CASOS CLÍNICOS

17.30 - 18.30

PÓSTER FÓRUM

Viernes 6 de mayo

09.00 - 10.00

COMUNICACIONES LIBRES

10.00 - 11.30

MESA REDONDA

REHABILITACIÓN CARDIACA: Nuevos retos.

11.30 - 12.00

Pausa-café

12.00 - 13.30

ASAMBLEA GENERAL DE LA AEEC

14.00

Almuerzo de trabajo

16.00 - 17.30

MESA REDONDA

TRASPLANTE CARDIACO: Espera, Proceso y Preservación.

17.30 - 18.15

CONFERENCIA DE CLAUSURA

18.15

ACTO DE CLAUSURA

21.00

Cena de clausura

Comunicaciones Libres

SE PRESENTA A PREMIO

¿QUÉ SABEN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA SOBRE SU ENFERMEDAD?

Jueves, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa 1. SALA A.

Autores: Alba Saá F; Pacios Pacios MA.
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La insuficiencia cardiaca es una patología que ha aumentado considerablemente su prevalencia en los últimos años. En su fase avanzada, produce gran deterioro de la calidad de vida de los pacientes, así como de su entorno más cercano, su cuidador principal. Que ambos conozcan bien la enfermedad y sepan detectar a tiempo los síntomas y signos de alarma, puede contribuir a retrasar su progresión, evitando situaciones que les lleven a una mayor demanda de recursos, tanto de atención primaria como de especializada. **Objetivos:** Elaborar un cuestionario, capaz de valorar los conocimientos de los pacientes y sus cuidadores principales, sobre las principales características definitorias de la insuficiencia cardiaca, síntomas y signos de la misma, así como de su manejo y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica de cuestionarios sobre insuficiencia cardiaca, elaborando uno nuevo que se adapte a nuestros objetivos, así como a nuestra población y a sus necesidades.

RESULTADOS

Se elaboró un cuestionario de fácil comprensión, con ítems tanto de respuesta cerrada como de respuesta abierta, para valorar los conocimientos básicos que todo paciente con insuficiencia cardiaca debería tener sobre ella, así como sus dudas e inquietudes sobre la misma.

CONCLUSIONES

La calidad de vida está íntimamente relacionada con los hábitos de vida. Cuantificando los conocimientos del paciente/cuidador principal sobre su patología a través de esta encuesta, podríamos detectar posibles conceptos erróneos o aquellos que son más débiles. Analizando los datos obtenidos, nos llevaría posteriormente a realizar una intervención de enfermería específica, proporcionándoles una información más idónea y personalizada, acorde a sus conocimientos sobre la insuficiencia cardiaca.

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS RESINCRONIZADOR

Jueves, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa 1. SALA A.

Autores: Cabrera Rabaz MB.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La insuficiencia cardiaca es un problema clínico y asistencial de gran magnitud, pues se trata de una enfermedad crónica severa, con una prevalencia importante en aumento, que determina el pronóstico y estilo de vida de los pacientes, a pesar del tratamiento farmacológico. La calidad de vida, puede ser percibida por el paciente como más relevante frente a un pequeño aumento en la supervivencia de la enfermedad. La terapia de resincronización cardiaca (TRC) ha demostrado una mejoría de los síntomas de fracaso cardiaco, fracción de eyección, de la clase funcional (según la NYHA), capacidad de ejercicio y calidad de vida de los pacientes. **Objetivo:** describir en qué medida, la resincronización cardiaca mejora la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron 13 pacientes con resincronizador, para describir en qué medida la terapia resincronización cardiaca mejora la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca, en relación a aspectos físicos, desarrollo de las actividades de su vida cotidiana y psíquicos de nuestros pacientes, en la segunda revisión posimplantación. Para ello, se utilizó el cuestionario Minnesota de insuficiencia cardiaca, fracción de eyección medida ecográficamente y clase funcional NYHA.

RESULTADOS

En el cuestionario Minnesota P 0,033, en la dimensión física P 0,013, emocional P 0,108. Fracción de eyección pre RSC de 26,31% (+/- 11,16) y post RSC de 44,85% (+/-13,9). Respecto a la NYHA pre RSC en clase III el 69,20% y en clase II el 30,80% de los pacientes, post RSC en clase I el 23,10%, clase II 61,50% y en clase III el 15,40% de los pacientes. P 0,012.

CONCLUSIONES

Con la resincronización cardiaca queda demostrada estadísticamente la mejoría de clase funcional, fracción de eyección y de la calidad de vida de los pacientes.

FACTORES CONDICIONANTES EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Jueves, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa 1. SALA A

Autores: Quintana Giner M; Fernández Redondo MDC.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Características como el horario de prescripción, la cantidad y tipo de fármacos pueden influir en el grado de adherencia farmacológica. Enfermería tiene un papel relevante en la identificación precoz de posibles obstáculos al cumplimiento terapéutico y en el incremento de este. **Objetivos:** analizar preferencias horarias y otros condicionantes, que influyen en la adherencia farmacológica, y conocer el grado de adherencia, en una unidad de cardiología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Encuesta dirigida por enfermería, de elaboración propia, con ítems cerrados y test de Morisky-Green.

RESULTADOS

Incluimos 89 pacientes (54% varones, edad 71±12años) de los que un 67% conocía la cantidad y un 60% el tipo de pastillas. El horario de prescripción preferido fue el desayuno (60%), de los cuales el 28% justificaron esta preferencia «por organización con respecto al resto del día» y solo un 2,2% por evitar olvidos. El 52%(n=46) declaró que prefería la ingesta con alimentos y el 61% (n=54) les parecía bien la asociación en formato «*polypill*». Un 69% consideró importante que el médico atendiera estas preferencias. En cuanto a la adherencia al tratamiento, destacamos un 67%(n=60) de pacientes como «malos cumplidores», siendo superior los hombres (63%) con p<0,010. Paradójicamente, destacamos que a mayor número de comprimidos ingeridos tienden a una mejor adherencia (p<0,005).

CONCLUSIONES

En nuestra población, destacan cifras de mal cumplimiento terapéutico, a pesar de tener conocimientos sobre el tipo y cantidad de fármacos que toman. No se observan diferencias según estudios y nivel socioeconómico alto o bajo. Mantienen preferencias horarias a fármacos por rutina, y manifiestan indispensable que el personal sanitario atienda estas preferencias para prescribirlos. La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, multicausal e influenciado por factores de distinta naturaleza. Enfermería se muestra preocupada y considera importante estudiar dichos factores, para facilitar la toma y evitar olvidos y/o errores en la toma de los mismos.

EXPERIENCIA ASISTENCIAL DE LOS PRIMEROS AÑOS TRAS LA CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Jueves, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa 1. SALA A

Autores: Villaescusa Capilla A; Montalvo Torró E; Rodríguez Gallego JC; Mollar Fernández A; Moyano Navalón P; García Blas S; Valero Picher E; Miñana Escrivá G; Sanchís Fores J; Núñez Villota J.

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La insuficiencia cardiaca es un problema de salud pública de elevada morbilidad, que sobrecarga día a día el sistema sanitario actual. Las unidades de insuficiencia cardiaca (UIC) han surgido como modelos asistenciales específicos donde el papel de enfermería es clave. El objetivo de esta comunicación es describir la experiencia y modelo organizativo durante los primeros 5 años de funcionamiento, resaltando la importancia del papel de enfermería. Destacan 3 pilares de actuación: asistencial; logístico y de educación para la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para el análisis se realizó un estudio observacional prospectivo y transversal, donde incluimos los datos asistenciales desde el día 27 de abril de 2010 hasta el día 31 de diciembre de 2015 de los pacientes atendidos en la UIC de nuestro centro.

RESULTADOS

Referente a la actividad asistencial, se produjeron 2897 visitas, coordinadas por una enfermera del centro y una enfermera becada por la red de investigación cardiovascular, en 145 días (1 día/semana) durante los 64 meses estudiados. En dichas visitas, se administraron 561 y 318 tratamientos endovenosos con furosemida y hierro, respectivamente. En determinados casos, estas se acompañaron de un seguimiento telefónico, resaltando al paciente los aspectos más importantes de cada visita. La educación para la salud se promovió mediante la revisión del tratamiento a través de una hoja modelo *checklist*, con el fin de mejorar la adhesión terapéutica, remarcando en cada caso, la importancia del control de los factores de riesgo cardiovascular.

CONCLUSIONES

La enfermería es un pilar básico en la organización y manejo de pacientes de una UIC. Su labor organizativa coordina y filtra las visitas, impidiendo el colapso en consultas médicas. Gracias a su papel asistencial, apoyado siempre por una elevada labor en la promoción de la salud, se consigue un control más exhaustivo del enfermo y su patología, sobre todo en momentos críticos de reagudización de la enfermedad.

RETOS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Jueves, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa 1. SALA A

Autores: Cordeiro Rodríguez M¹; Girón Barrenengoa H¹; De Miguel Gutiérrez L¹; Caballero Pérez A²; Bermejo Ruiz S¹.

Universidad de Valladolid¹; Universidad de las Palmas².

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La insuficiencia cardiaca es una entidad patológica que limita enormemente la vida de los que la padecen, sobre todo en estadios avanzados. Los signos y síntomas provocados por esta patología son muy diversos e incluyen disnea, anorexia y síntomas neurológicos. No existen datos concluyentes en nuestro medio sobre su prevalencia, pero estudios existentes indican que se sitúa entre el 5 y el 7 % de la población mayor de 40 años. **Objetivos:** General: señalar los retos principales en la educación para la salud en el paciente con insuficiencia cardiaca y cómo podrían ser afrontados con ayuda de la metodología enfermera. Específicos: indicar, con la taxonomía NANDA, los principales diagnósticos de enfermería relacionados con el paciente con

insuficiencia cardiaca, establecer los principales objetivos de resultado (NOC) y las intervenciones (NIC) desde el punto de vista de la educación para la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con ayuda de los principales buscadores científicos, como Pubmed, se realizó un estudio observacional retrospectivo para hacer un diagnóstico de situación de las principales limitaciones de los pacientes con insuficiencia cardiaca, además del abordaje de los mismos desde la educación para la salud llevada a cabo por la enfermera.

Por otro lado, con ayuda de las taxonomías NANDA, NOC y NIC se «tradujo» a metodología enfermera un plan de cuidados basado en la educación para la salud.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La insuficiencia cardiaca es una patología con una prevalencia creciente debido al envejecimiento poblacional. Causa enorme sufrimiento y limitaciones a los pacientes. La enfermera como agente educador en salud, es un pilar fundamental para mejorar el bienestar de estos pacientes, por medio de actividades de prevención terciaria enmarcadas en la educación para la salud.

IDENTIFICACIÓN DE ARRITMIAS GRAVES POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN CON TELEMETRÍA

Jueves, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa II. SALA B.

Autores: Revert Gandía RM; Gallego Escotado C; Reyes Galera MJ; Ferrero Silvestre MJ; Gómez Pastor MA; Chamorro Fernández CI; Sánchez Soriano RM; Grau Jornet G.

Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las arritmias cardiacas son causas frecuentes de morbimortalidad en pacientes hospitalizados. Debido a que el personal médico especialista se halla únicamente disponible en el turno de mañana laborable, resulta primordial una adecuada formación del personal de enfermería, para la interpretación de la monitorización electrocardiográfica mediante telemetría. Es nuestro objetivo analizar la eficacia diagnóstica del personal de enfermería, en la interpretación de alarmas detectadas por telemetría, en una unidad de hospitalización de cardiología, tras recibir una formación básica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, doble ciego y observacional. Se han reclutado de forma consecutiva 54 pacientes, hospitalizados en planta de cardiología, con indicación de monitorización electrocardiográfica (síncope, bradicardia, cardioversión, bloqueo) mediante telemetría, desde el 22 de febrero de 2012 al 24 de abril de 2012. El enfermero/a responsable de cada turno analizó, al concluir el mismo, las alarmas detectadas por el software e interpretó las clínicamente relevantes. Por otro lado, el cardiólogo/a responsable analizó los eventos ocurridos en los mismos turnos. Se analizaron 281 turnos.

RESULTADOS

La eficacia diagnóstica de la interpretación de los eventos arrítmicos por personal de enfermería se muestra en la tabla:

	N.º EVENTOS	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	VPP	VPN
BRADICARDIA	59	98%	95%	83%	99%
BLOQUEO AV 2º	44	81%	97%	87%	96%
BLOQUEO AV 3º	9	22%	99%	67%	97%
PAUSAS	4	100%	100%	100%	100%
TAQUICARDIA QRS ANCHO	9	55%	99%	63%	98%
TAQUICARDIA RÁPIDA	27	51%	98%	77%	95%
GLOBAL	152	78%	96%	94%	81%

CONCLUSIONES

El personal de enfermería ha demostrado alta eficacia en el diagnóstico de arritmias graves, mediante el análisis de monitorización electrocardiográfica por telemetría, en todos los eventos estudiados, excepto en el BAV de tercer grado, por lo que es preciso optimizar la formación en la detección de dicho evento arritmico.

SE PRESENTA A PREMIO**SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ANCIANO INGRESADO EN EL HOSPITAL CON PATOLOGÍA CARDIOLÓGICA. EVALUACIÓN Y BÚSQUEDA DE RECURSOS PARA EVITARLO**

Jueves, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa II. SALA B.

Autores: Gómez Palomar C; Deniz Balcells G; Pérez García S.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Evaluar la posibilidad de disminuir el riesgo de síndrome confusional agudo (SCA) en los ancianos con patología cardiológica, ingresados en el hospital, mediante la introducción de mejoras ambientales.

MÉTODO

Estudio prospectivo, observacional, cuasiexperimental, en pacientes mayores de 69 años con patología cardíaca. Selección de muestra aleatoria en dos grupos: grupo intervención (GI) con cuadro reversible indicador de día y noche, y grupo control (GC) sin intervención. Excluidos pacientes previamente desorientados, afásicos, con barrera idiomática e ingresos inferiores a las 48h. Recogidas variables sobre sexo, edad, diagnóstico de ingreso, antecedentes patológicos, orientación/confusión evaluada por test de Pfeiffer, capacidad de independencia por test de Barthel, duración del ingreso y apoyo familiar.

RESULTADOS

N=500, 230(46,2%) del GI y 267(53,8%) del GC. El 40% eran mujeres. Media de edad 79,27±5,44 (70-96). Los ingresos se debieron con mayor frecuencia a síndrome coronario agudo (23,8%), arritmias (17,6%), insuficiencia cardíaca (11,8%), insuficiencia respiratoria (7,4%), insuficiencia renal crónica (5,6%), shock séptico, hipovolémico o cardiogénico (6%). Antecedentes patológicos más presentes: hipertensión arterial (78,6%), dislipemia (57,8%), arritmias (41,8%), diabetes (38,6%), cardiopatía isquémica (35,2%), neoplasias (22,2%), enfermedad renal crónica (21,8%), neumopatía (21,8%), valvulopatía (16,4%), insuficiencia cardíaca (12,8%). La prevalencia de confusión fue de 9,4%. Significativamente inferior en el GI respecto al GC (chi cuadrado, p=0,01). Media ingreso 4,53±2,6 (2-27) días. Significativo aumento de confusión al aumentar el periodo de ingreso (p=0,0001). El 24,8% perdieron autonomía durante el ingreso. Significativo aumento de confusión al aumentar la dependencia (p=0,004). También significativa la mayor desorientación de los pacientes de mayor edad (>81 años) (p=0,0003).

CONCLUSIÓN

El síndrome confusional en el anciano con patología cardiológica, aumenta con la edad, la dependencia, los ingresos prolongados y la pérdida de referencias medioambientales. Elementos orientativos como el cuadro indicador de día y noche disminuyen el riesgo.

EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE MEJORA SOBRE LA COMUNICACIÓN INTRAPROFESIONAL DURANTE EL CAMBIO DE TURNO

Jueves, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa II. SALA B.

Autores: Arraztoa Alcasena M; García Sainz L; Urbiola García A; Goñi Viguria R; Martín Pérez S; Lizárraga Ursúa Y.
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La comunicación estructurada durante el cambio de turno mejora la calidad, seguridad y continuidad del cuidado del paciente. Objetivos: Describir la situación actual del proceso de comunicación durante el cambio de turno (CCT). Comparar el proceso actual con el estudio realizado en el año 2011.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo, comparativo, realizado durante dos meses, en un área de hospitalización especial de un hospital terciario. Se realizaron 65 observaciones utilizando una guía estructurada, en la que se recogió la carga de trabajo (NAS), duración, paciente conocido, turno de trabajo e interrupciones, y 11 encuestas anónimas a las enfermeras que accedieron a participar en el estudio. Además se compararon los datos de las encuestas con los recogidos en el año 2011.

RESULTADOS

Del análisis cualitativo se desprenden dos grandes temas, fortalezas y debilidades del proceso de comunicación. Fortalezas: proceso completo, estructurado/ordenado, informatizado. Debilidades: Interrupciones, extenso, información innecesaria/irrelevante. Del análisis cuantitativo se ha encontrado correlación significativa entre NAS y duración (r=0,385, p=0,002) y entre la NAS e interrupciones (62,97±3,62 vs 50,33±2,78, p=0,01). Al comparar la duración con paciente conocido y tipo de turno, no se encuentran diferencias significativas, pero sí cuando se hizo con las interrupciones, encontrando que el tiempo era mayor cuando las había (6,31±0,47 vs 5,13±0,46, p=0,039). Al comparar los datos obtenidos de las encuestas con los del año 2011, no se encontraron diferencias significativas excepto en la percepción de la duración (p=0,04), donde el 100% en el año 2016 afirma que es excesiva.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La CCT en nuestra área es completa y ordenada. Sin embargo, hay interrupciones y la duración es excesiva. Estos aspectos empeoran en los pacientes con mayor NAS. Al no poder modificar la NAS, pero sí las interrupciones o información subjetiva, se propone que la transmisión de información durante el cambio de turno se lleve a pie de cama.

SE PRESENTA A PREMIO**FACTORES CLÍNICOS PREDICTORES DE RETRASO EN LA ACTUACIÓN DEL CÓDIGO INFARTO**

Jueves, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa II. SALA B.

Autores: Berga Congost G; Márquez López A; Valverde Bernal J; García Picart J.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La angioplastia primaria es el tratamiento de elección en el infarto agudo de miocardio con elevación del ST, siempre que se asegure un tiempo inferior a 120 minutos entre el primer contacto médico y la apertura de la arteria. El factor tiempo en relación a la supervivencia, pronóstico y tamaño del infarto es vital. Objetivo: Analizar los distintos intervalos de tiempo hasta la reperusión y evaluar los retrasos según los factores sociodemográficos y clínicos predictores de infarto agudo de miocardio.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, analítico y retrospectivo en el que se incluyeron 158 pacientes activados como código infarto desde urgencias de nuestro centro. Se evaluaron aspectos sociodemográficos, clínicos, tiempos de actuación y mortalidad durante el ingreso.

RESULTADOS

Se realizó angioplastia primaria al 72% de los pacientes y la mortalidad durante el ingreso fue del 3,5%. La mediana de tiempo entre primer contacto médico-apertura de la arteria fue de 107 minutos y el tiempo de inicio del dolor-reperusión de 221 minutos. Las mujeres presentan mayor incidencia de dolores atípicos: abdominal (P=0,006), escapular (p=0,009), espalda (p=0,001) e inespecíficos (p=0,026) y sintomatología asociada: náuseas y vómitos (p=0,074) y malestar general (p=0,003). También presentan mayor retraso, en el intervalo de tiempo entre el electrocardiograma y la activación (p=0,006). Los diabéticos presentan mayor incidencia de disnea

($p=0,014$) y de dolor mandibular ($p=0,019$). Los tiempos son inferiores entre electrocardiograma-activación y primer contacto médico-balón cuando el paciente presenta elevación del segmento ST ($p=0,035$) y ($p=0,034$). Sin embargo, la edad avanzada aumenta los intervalos de tiempo electrocardiograma-activación ($p=0,022$) y primer contacto médico-balón ($p=0,001$).

CONCLUSIONES

Se deben realizar acciones de mejora para disminuir el tiempo de reperfusión y detectar precozmente el infarto agudo de miocardio, teniendo en cuenta la clínica atípica e inespecífica que puede aparecer en mujeres y diabéticos.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO INCLUIDOS EN EL PROGRAMA CÓDIGO INFARTO

Jueves, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa II. SALA

Autores: Domínguez Peramarch R; Juves Guillem S; Gutiérrez Capdet M; Pardo González M; Trilla Colominas M; Cánovas Vergé D.

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La implantación del CI ha supuesto una mejora en la atención al paciente con IAM con elevación del segmento ST debido a la ampliación de la angioplastia primaria y reducción del tiempo precoronario. Sin embargo, no existen datos sobre el grado de satisfacción de los pacientes. El objetivo del estudio fue evaluarlo, desde la hora de inicio del dolor hasta su salida de hemodinámica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo en el que se incluyeron 100 pacientes con SCASEST incluidos en el programa CI. Se excluyeron los pacientes intubados y los que por su condición no estuvieron en condiciones de contestar el cuestionario. Se realizó parte de la encuesta a la llegada del paciente al laboratorio de hemodinámica, y parte telefónicamente entre 1 y 3 meses posinfarto, evaluando la atención recibida en escala de 0 a 5.

RESULTADOS

Entre junio y septiembre de 2015, se incluyeron un total de 73 pacientes (79,5% varones y en un 20,5% mujeres), con una media de edad de 62 años. El primer contacto y el traslado fueron valorados con un 5 por el 85,9% y 84,4% de los pacientes respectivamente. En cuanto a la información recibida antes de llegar a nuestro laboratorio, fue valorada por el 76,5% con un 5. La información dada en nuestro laboratorio se valoró con la máxima puntuación por un 87% de los pacientes encuestados. La atención recibida en hemodinámica se valoró con un 5 por el 93,8% de los pacientes.

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción de los enfermos es alto. Un 98,6% de los pacientes entrevistados no cambiarían nada de todo el proceso. El único aspecto a destacar como posible mejora, es la información recibida antes de llegar al laboratorio de hemodinámica.

ESTUDIO DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL CAOLÍN EN LA COMPRESIÓN DE LA ARTERIA RADIAL TRAS CATETERISMO CARDIACO

Jueves, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa III. SALA C.

Autores: Villalba Lizandra N; Pérez Rodríguez A; Palomar Llatas J; Martí Bononad R; Iglesias Puente P; Sánchez Lacuesta E.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El nuevo dispositivo de compresión radial está basado en la liberación de caolín. Es un material inerte que actúa sobre el factor XII de la coagulación, acelerando el proceso de hemostasia natural. Objetivo: Demostrar la eficacia y seguridad del parche de caolín como hemostático en la compresión de la arteria radial tras cateterismo cardiaco.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional no aleatorizado y abierto en el que se han incluido 50 pacientes no consecutivos sometidos a cateterismo cardiaco. Se incluyeron pacientes a los que se les realizó cateterismos cardiacos diagnósticos, e intervencionismos coronarios. Se utilizaron introductores de 5 y 6 french. Se excluyeron pacientes ingresados en otros hospitales; los que presentaron perforación de arteria radial; *cross-over* a arteria femoral y aparición de hematoma previo uso del dispositivo. Se registró la situación de la punción radial basal a la hora, a las dos horas y a las 24 horas. Se comprobó la presencia de pulso radial tras su colocación y signos de buena perfusión.

RESULTADOS

El 73% de los pacientes fueron hombres, el 72% fueron cateterismos cardiacos diagnósticos y el 28 % angioplastias. El 56% presentaban HTA, el 16% llevaban en el momento del cateterismo AAS, otro antiagregante y HBPM, el 20% llevaban AAS y otro antiagregante y el 16% HBPM. Obtuvimos una tasa de éxito del 94% en la primera hora. A las dos horas y a las 24 horas se mantuvieron estos mismos porcentajes. Se constató la presencia de pulso radial en el 100% de los pacientes.

CONCLUSIÓN

El parche radial de caolín resultó seguro como hemostático. No hubo ninguna complicación mayor. Aporta confortabilidad al paciente. Por las características de su compresión asegura la correcta perfusión de la arteria radial. Facilita el trabajo de enfermería de hospitalización por su fácil manejo y control.

EXPERIENCIA TRAS UN AÑO DE IMPLANTACIÓN DEL CHECKLIST EN LA SALA DE HEMODINÁMICA

Jueves, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa III. SALA C.

Autores: Fradejas Sastre V¹; Alconero Camarero AR²; Alonso Peña N¹; García Martínez M¹; Benito Alfonso M¹; Sainz González M¹; Ibáñez Rementería I¹; Fernández Peña E¹.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander¹; Universidad de Cantabria. Santander².

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El *checklist* o listado de verificación constituye una herramienta de seguridad del paciente, conocida y validada en el ámbito quirúrgico. Ha demostrado ser un instrumento que permite resumir información, disminuir errores y mejorar los estándares de calidad. Hace un año, adaptamos un modelo similar en nuestra sala de hemodinámica, con el fin de aportar mayor seguridad clínica en los procedimientos. Objetivo: Evaluar el grado de cumplimentación del *checklist* en la sala de hemodinámica, tras un año de su implantación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño descriptivo transversal. Se analizaron 24 ítems de 400 registros de *checklist* divididos en dos periodos, comparando los primeros meses tras su implantación, con una muestra equivalente pasado un año.

RESULTADOS

El *checklist* se realizó en el 97,5% de los procedimientos. Su completa cumplimentación se llevó a cabo en un 21% de los pacientes durante el periodo inicial y en un 36,5% pasado un año ($p=0,0009$). Excluyendo los procedimientos de urgencia, se observó un incremento de su cumplimentación del 24,3% al 46,2% ($p<0,0001$). Por término medio, se verifican el 86,3% de los ítems. Se consideraron áreas de mejora, aquellos ítems que no superaron el 80% de verificación. 8 ítems (35%) no consiguieron un grado de cumplimentación superior al 80%.

CONCLUSIONES

Tras un año de la implantación del *checklist*, se detecta una mejora en la implicación por parte del personal de enfermería, en cuanto a la cultura de seguridad en la práctica diaria. No obstante, conocer realmente su efectividad sin verlo como una carga laboral adicional, es difícil debido a la escasa percepción de los efectos adversos que se producen sin su cumplimentación. Los resultados obtenidos identifican puntos de mejora, por tanto proponemos continuar implementando estrategias que mejoren el cumplimiento, así como nuevas evaluaciones para contribuir a garantizar la seguridad de la asistencia.

SE PRESENTA A PREMIO

UTILIDAD DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODINÁMICA

Jueves, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa III. SALA C.

Autores: Martínez Ortiz G; Pariente Fernández G; Asunción Tarín MD.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La seguridad del paciente es una prioridad de enfermería, por la complejidad de los procedimientos que se realizan. Por ello, hemos creado una lista de verificación, consensuada con todo el equipo tras una revisión bibliográfica, que se adapta a nuestras necesidades diarias y con la intención de evitar riesgos y mejorar la calidad. **Objetivos:** Valorar la utilidad de la lista de verificación. Evaluar si existen diferencias entre los pacientes procedentes de diferentes unidades. Reducir demoras previas al cateterismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de pacientes consecutivos sometidos a cateterismo cardiaco, realizando recogida de datos de nuestra lista de verificación utilizada antes del procedimiento, para comprobar la preparación del paciente y su posterior análisis estadístico (SPSS).

RESULTADOS

Se incluyeron 127 pacientes consecutivos, 83 hombres (H) y 44 mujeres (M), siendo los hombres más jóvenes 66,51 (11,15) vs 71,47 (7,49). El 78% de los pacientes acudieron para un cateterismo diagnóstico coronario, el resto para otros procedimientos (cateterismo diagnóstico valvular, angioplastia, etc.). En el 81,9% de los casos el acceso fue radial. Encontramos cambios no significativos en cuanto a la existencia de la vía y su permeabilidad, la retirada de prótesis y joyas. Mayor porcentaje de pacientes provenientes de otras unidades, sin la firma del consentimiento las 24h previas al cateterismo (22,6% vs 4,4%). Asimismo, encontramos una alta incidencia de pacientes sin rasurar que provienen de la sala de cardiología (94% vs 61,3%).

CONCLUSIONES

La lista de verificación se ha mostrado un elemento sencillo y fácil de utilizar que nos proporciona mucha información. Hemos encontrado diferencias entre los pacientes provenientes de diferentes unidades, proponiendo realizar una evaluación de los protocolos existentes en el hospital. Con estas propuestas de mejora, aumentamos la calidad de la atención al paciente.

UTILIDAD DEL ACCESO ANTECUBITAL POR ENFERMERÍA EN EL CATETERISMO DERECHO

Jueves, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa III. SALA C.

Autores: Jiménez Cruz V; Roselló Hervás M; Almela Alcaide P; López López I; Rumiz González E.

Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cateterismo derecho sigue siendo la técnica de referencia para el estudio de la hipertensión pulmonar. En nuestro centro, hasta el año 2014, la vía de elección para la realización de esta técnica había sido la vena femoral. A partir de marzo de 2014, en los pacientes con condiciones favorables, se intenta realizar el cateterismo derecho por una vena antecubital (basílica o cefálica) canalizada por el personal de enfermería. **Objetivo:** Valorar la tasa de éxito de realización de cateterismos derechos por vía antecubital, como medida para promover el bienestar del paciente, favoreciendo su movilización precoz y evitando su ingreso hospitalario.

MÉTODO

Estudio retrospectivo observacional, en el que se analizan los cateterismos cardiacos derechos iniciados y concluidos con éxito, por una vena antecubital, y las posibles complicaciones.

RESULTADOS

Desde enero hasta diciembre de 2014, los cateterismos derechos realizados han sido 56. De estos, 38 se han realizado por vía femoral y 18 por vía antecubital. La tasa de éxito ha sido del 77,7%. Desde enero hasta diciembre de 2015 se han realizado 55

cateterismos derechos. De estos, 13 han sido por vía femoral y 42 por vía antecubital con una tasa de éxito del 82%. Ningún paciente con cateterismo derecho completado por vía antecubital, requirió ingreso hospitalario ni tuvo complicaciones vasculares.

CONCLUSIONES

Con la participación activa de enfermería en la vía de acceso antecubital, se ha conseguido aumentar el número de casos por esta vía. Con un éxito del 77,7% y del 82%, favoreciendo así la deambulacion precoz del paciente y evitando su ingreso hospitalario.

EXPERIENCIA ENFERMERA EN EL MANEJO DE INSUFICIENCIA MITRAL CON MITRACLIP

Jueves, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa III. SALA C.

Autores: Achutegui Cerezo MT; Luque Barrero MP; Coto Linde R; Tena Chacón JJ.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La insuficiencia mitral es una patología valvular, que produce regurgitación de ventrículo izquierdo a aurícula izquierda. La cirugía es el tratamiento de elección para la insuficiencia grave. Aproximadamente en la mitad de los pacientes se contraindica por edad, disfunción ventricular u otras comorbilidades. *MitraClip* es un dispositivo percutáneo que sutura los velos anterior y posterior, creando un doble orificio valvular. El objetivo de este trabajo es describir los resultados inmediatos iniciales en nuestro centro, así como el manejo de enfermería con el paciente y el procedimiento en relación con esta técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo que incluye los pacientes tratados con *MitraClip*, en nuestro centro, desde octubre de 2010. Descripción de las técnicas de enfermería en el cuidado y preparación específica del paciente, desarrollo de las habilidades para la preparación del dispositivo y realización de la técnica.

RESULTADOS

Entre 2010 y 2015, en nuestro centro, se han tratado diez pacientes de entre 51 y 81 años. El 60% precisó de un solo clip, el 30% de dos, y el 10% de tres. En el 80%, la insuficiencia mitral medida posprocedimiento, se redujo de grado IV a II, en un 10% a grado I, y en otro 10% a grado III. Se ha creado un protocolo de enfermería específico para este procedimiento.

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

MitraClip es una técnica alternativa a la cirugía, desarrollada clínicamente y con respaldo de varios registros. En nuestro centro los resultados inmediatos son satisfactorios en relación al grado de insuficiencia posprocedimiento. El conocimiento de la técnica, la patología y los pacientes por parte del personal de enfermería, ayudará a desarrollar protocolos de actuación que revertirán en la evolución de dicha técnica y la mejora de resultados.

COMPARACIÓN ENTRE TOMA AISLADA DE TA EN CONSULTA Y MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE TENSIÓN ARTERIAL, EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA Y RIESGO VASCULAR DEL ANCIANO

Jueves, 5 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa IV. SALA A.

Autores: Moralejo Martín M; Pumares Álvarez M; Ruiz Ortega R; López Castellanos G; Sánchez Gallego C; Blanco Abril S; Manzano Espinosa L.
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Analizar si existen diferencias entre las medidas aisladas de tensión arterial (TA) en consulta y los valores obtenidos en MAPA, tanto en pacientes no hipertensos como en pacientes hipertensos ya diagnosticados.



MATERIAL Y MÉTODOS

En una muestra de 337 pacientes analizados, se estudiaron las diferencias entre los valores de TA en consulta inmediatamente anterior y posterior a la realización del MAPA. Se realizó la media de TA obtenida en el MAPA mediante t de Student en el global de pacientes, así como por subgrupos de pacientes hipertensos diagnosticados y de pacientes no hipertensos. Se utiliza el paquete estadístico SPSS 19.0.

RESULTADOS

Se apreciaron diferencias significativas entre la medida de TA aislada en consulta y los valores de TA en MAPA, siendo 10,1 mmHg mayor la TA sistólica en consulta, con respecto a la obtenida en el MAPA y 5,3 mmHg mayor la TA diastólica de consulta con respecto al MAPA. Ambas con una $p < 0,001$. Esta diferencia se mantiene, tanto en pacientes diagnosticados de HTA como en no diagnosticados (pacientes hipertensos: TA sistólica en consulta = 137 mmHg Vs MAPA = 128 mmHg; TA diastólica en consulta = 74 mmHg Vs MAPA = 69 mmHg; $p < 0,001$ en ambas. Pacientes no hipertensos: TA sistólica en consulta = 127 mmHg Vs MAPA = 116 mmHg; TA diastólica en consulta = 71 mmHg Vs MAPA = 64 mmHg; $p < 0,001$ en ambas).

CONCLUSIONES

La realización de MAPA es útil tanto para la discriminación de pacientes con HTA de bata blanca, sin diagnóstico de hipertensión, como para seguimiento de pacientes con hipertensión ya diagnosticada. De esta forma, se permite un mejor ajuste de la medicación y se evita la sobredosificación por medidas aisladas elevadas, con el riesgo de hipotensiones que esto conlleva.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS NACIONALES EN REHABILITACIÓN CARDIACA (2010-2015)

Jueves, 5 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa IV. SALA A.

Autores: Pujalte Aznar MF¹; Richart Martínez M².
Hospital General de Elche¹; Universidad de Alicante².

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Actualmente aparecen numerosas recomendaciones, por organismos internacionales y nacionales, sobre los criterios a aplicar en la práctica clínica, a las unidades de rehabilitación cardiaca. Es importante saber si la práctica asistencial obtiene los resultados esperados, y si genera nuevo conocimiento. El objetivo es conocer la producción científica, identificar autores con mayor número de artículos, qué publican y qué miden, cual es la muestra utilizada, resultados obtenidos, categorías profesionales, revistas utilizadas, instituciones partícipes y provincias con mayor número de publicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta revisión es una *scoping review* realizada desde febrero a diciembre de 2015, en las siguientes bases de datos: Pubmed, Web of Science, SCIELO, CSIC, Dialnet, Cuidatge, Cuiden y Enfiso. Incluyendo los artículos publicados en los últimos 5 años, tanto en inglés o español y texto libre.

RESULTADOS

Se han hallado un total de 379 artículos publicados sobre rehabilitación cardiaca y enfermedad cardiovascular, según criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 22 artículos. Se elaboró una tabla de clasificación por autoría/año de publicación, objetivo, diseño, muestra, resultados, categorías profesionales, revista de publicación, institución y provincia.

CONCLUSIONES

De todos los documentos incluidos, aparece un primer autor con cuatro artículos. Los estudios se centran en la medición y seguimiento de factores de riesgo cardiovascular. Claramente existe una predisposición por los estudios descriptivos, aparecen solo cuatro revisiones bibliográficas. Aunque el número total de la muestra de todos los estudios es elevado, se aprecia una tendencia a realizar estudios con muestras pequeñas. La mayor parte de los resultados corresponden a valores clínicos y parámetros antropométricos. Lideran el número de publicaciones los enfermeros, solo en nueve artículos participan diferentes categorías profesionales. «Rehabilitación» y «Enfermería en Cardiología» son las dos revistas que lideran el sector de publicaciones, de todas las

comunidades autónomas es Andalucía y concretamente Sevilla, la provincia con mayor número de artículos publicados.

ESTUDIO CUALITATIVO PARA EVALUAR LA PARTICIPACIÓN Y ADHERENCIA A UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Jueves, 5 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa IV. SALA A.

Autores: Neiro Rey MC¹; Peña Gil C¹; Rial Boubeta A²; Prada Ramallal G³.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela¹; Universidad de Santiago de Compostela²; Fundación Ramón Domínguez. Santiago de Compostela³.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los programas de rehabilitación cardiaca (PRC) han demostrado mejorar el pronóstico tras síndrome coronario agudo, sin embargo un alto porcentaje de pacientes rechaza participar. El objetivo de este estudio fue conocer las opiniones/actitudes/motivaciones de los agentes implicados en un PRC, con el fin de mejorar la participación y adherencia de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Investigación cualitativa (técnicas de entrevista en profundidad y grupo focal). Se realizaron 5 entrevistas guiadas por psicólogo especialista en investigación cualitativa, para conocer las percepciones de diferentes perfiles profesionales que intervienen en el programa y 2 sesiones grupales con pacientes participantes/no participantes. Se realizó un análisis sociológico independiente de los discursos recogidos.

RESULTADOS

Para los entrevistados, los beneficios del programa se manifestaron tanto a nivel individual como organizacional, reforzándose la necesidad de enmarcarlo en un modelo biopsicosocial que defiende un concepto de salud integral. Se comentaron los motivos de rechazo a la participación (72,3% del total), destacando el déficit motivacional derivado de la escasa utilidad percibida. Desde un punto de vista organizacional, se observó un sesgo de selección hacia pacientes jóvenes (media [DE]: 57,5[12,1] años vs. 63,3[14,9] de la población diana) y déficit de coordinación del equipo. Como elementos logísticos que dificultan la participación, se identificaron la residencia en zonas rurales alejadas y la dependencia para acudir al hospital. Los pacientes destacaron el alto grado de implicación de los profesionales y la vertiente educativa del programa, mostrando interés en continuarlo más allá de los 3 meses establecidos.

CONCLUSIONES

El programa recibió gran acogida y satisfacción en su fase inicial, valorándose su carácter multidisciplinar en cuanto a los beneficios percibidos, tanto en pacientes como profesionales. Se identificaron las resistencias y barreras que pueden explicar el rechazo a la participación. La investigación cualitativa, analizando las experiencias de profesionales/usuarios, es una herramienta útil para detectar áreas de mejora en los PRC.

VALORACIÓN DEL EFECTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE PACIENTES TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO MEDIANTE UN TEST DE LA MARCHA DE LOS 6 MINUTOS

Jueves, 5 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa IV. SALA A.

Autores: Neiro Rey MC¹; Peña Gil C¹; Reino Maceiras MV¹; Prada Ramallal G².
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela¹; Fundación Ramón Domínguez. Santiago de Compostela².

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El test de la marcha de los 6 minutos (TM6M) es una prueba submáxima que mide la capacidad de ejercicio en pacientes con patología cardiaca y respiratoria. El objetivo de este estudio fue

evaluar el efecto de un programa de rehabilitación cardiaca, sobre la capacidad de ejercicio valorada por el TM6M, en pacientes dados de alta tras síndrome coronario agudo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional de una cohorte de seguimiento prospectivo, en condiciones de práctica clínica habitual. La ecuación de Enright permitió determinar un valor basal individual de referencia de la distancia recorrida predicha durante la prueba y calcular una diferencia estandarizada. Los puntos de corte de los intervalos de mejoría se establecieron a partir del valor medio de la distribución de los valores estandarizados +/-1DE de los casos explorados. Se utilizaron pruebas paramétricas y no-paramétricas para la comparación de muestras relacionadas antes-después y el contraste entre los grupos de mejoría.

RESULTADOS

Se incluyeron 44 pacientes consecutivos entre marzo-noviembre de 2015 (84% varones; media de 57,1 años [DE:12,1]) que finalizaron el PRC. Realizaron un promedio de 20,7 sesiones de ejercicio supervisado (adherencia del 88,1%). Se observó un incremento medio significativo de la distancia recorrida (DR) durante la TM6M en la visita posterior al PRC (DR inicial=520,2m, DR final=594,6m; p<0,001). Treinta y siete pacientes (84,1%) mejoraron de acuerdo al criterio estadístico. La frecuencia cardiaca (FC) media tras el esfuerzo experimentó un incremento significativo, en el subgrupo de pacientes con mejoría (FC inicial=69,8lpm, FC final=74,9lpm; p<0,05). No se identificaron características clínicas que a priori se asociasen a una mejoría funcional tras el TM6M.

CONCLUSIONES

Los pacientes con síndrome coronario agudo experimentaron una mejoría funcional respecto a la distancia recorrida en un TM6M tras la participación en un PRC.

personas que presencian una víctima en parada cardiorrespiratoria (PCR), disminuye la mortalidad y secuelas. Las personas que han sufrido un evento cardiaco son consideradas de alto riesgo. Es necesario el adiestramiento de las personas de su entorno. Objetivo: Impartir clases teórico-prácticas a pacientes de rehabilitación cardiaca, familiares y amigos, con el fin de divulgar las maniobras de RCP. Cuantificar su capacidad de inicio de las maniobras de RCP y atragantamiento, previo y posteriores a las clases.

MÉTODO

Estudio cuantitativo, descriptivo transversal. Muestra de 70 personas (64% pacientes, 36% familiares o amigos), (78% hombres, 22 % mujeres).

Tres sesiones de clases teórico-práctica, impartidas por enfermeras. Mediante encuestas validadas, de cumplimentación anónima previas y posteriores a las clases. Periodo comprendido entre diciembre de 2015 y enero de 2016.

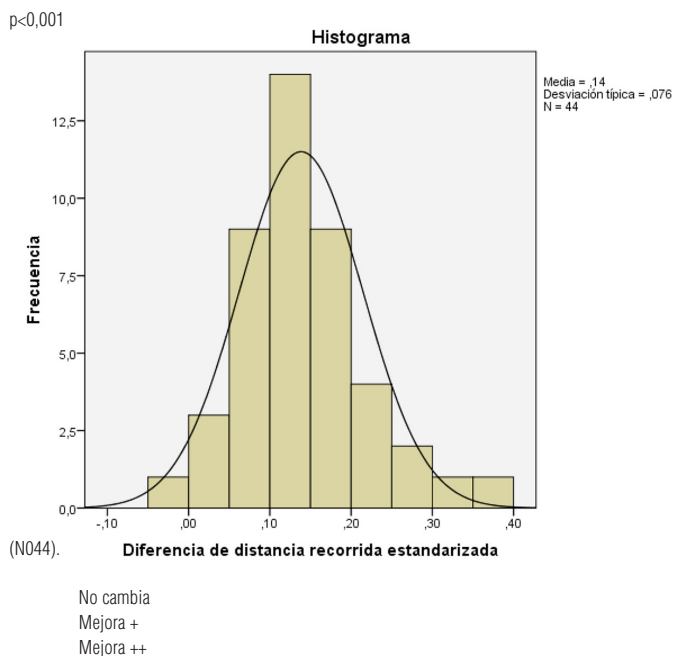
RESULTADOS

Encuestas previas: Conocimientos previos RCP (Sí 18%, No 82%). Teléfono de asistencia médica urgente (lo conocen 55%, no lo conocen 45%). Capacidad de aplicar RCP (Sí 20%, No 80%). Capacidad de auxilio en atragantamiento (Sí 22%, No 78%). Conocimiento posición lateral seguridad (Sí 20%, No 80%).

Encuestas posteriores: Teléfono de asistencia médica urgente (lo conocen 96%, no lo conocen 4%). Capacidad de aplicar RCP (Sí 89 %, No 11%). Capacidad de auxilio en atragantamiento (Sí 81%, No 19%). Conocimiento posición lateral seguridad (Sí 92%, No 8%).

CONCLUSIONES

Antes de las charlas se evidenció un gran desconocimiento del número de teléfono de emergencias y de las maniobras de RCP, de lo que deriva la incapacidad para actuar. Los resultados posteriores a las charlas fueron satisfactorios, aumentando la capacidad de auxiliar a una víctima en PCR o atragantamiento. Enfermería debe implicarse en la divulgación de la enseñanza de la RCP a toda la población, en especial a los grupos de riesgo y al personal responsable de colectivos.



ENSEÑANZA DE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA A PACIENTES DE REHABILITACIÓN CARDIACA Y FAMILIARES

Jueves, 5 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa IV. SALA A.

Autores: Salor López M; Bermejo Rodríguez E; Peiró Andrés A; Rocafort Valles A; Sáez Jiménez MR; Solaz Ródenas C.

Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La iniciación de reanimación cardiopulmonar (RCP) por las

SE PRESENTA A PREMIO

NUEVO ROL DE LA ENFERMERA: VAD COORDINATOR

Jueves, 5 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa V. SALA B.

Autores: Conejero Ferrer P.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los dispositivos de asistencia ventricular han revolucionado el tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada refractaria al tratamiento médico, como puente al trasplante, y más recientemente también como terapia de destino. Debido al incremento en el número de pacientes tratados con este tipo de dispositivos, y al manejo específico y diferenciado que requieren, se ha producido en los últimos tiempos la necesidad de creación de un nuevo puesto de trabajo: una enfermera especializada o VAD coordinator (formada en hospitales pioneros en implantación de estos dispositivos), que se encargue de la gestión de casos de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica, en las principales bases de datos para enfermería (Medline, CUIDEN, CINAHL) y también se revisaron diferentes guías clínicas y protocolos de varios hospitales europeos, pioneros en implantación de estos dispositivos.

RESULTADOS

En la revisión bibliográfica realizada, se hallaron dos artículos directamente relacionados con este nuevo rol. Por otra parte, en las bases de datos españolas encontramos escasa bibliografía sobre el tema. A raíz de la revisión bibliográfica se elaboró un informe/guía clínica, en el que se reflejaron las funciones y el perfil que la enfermera coordinadora de estos pacientes ha de desarrollar, desde el periodo pre-implante, pasando por el intrahospitalario, así como el seguimiento del paciente una vez en el domicilio.

DISCUSIÓN

Con base en la búsqueda bibliográfica, se evidencia escasa

información sobre el papel de las enfermeras que realizan este trabajo en España, así como del perfil que requieren para llevarlo a cabo. Creemos que esta figura es necesaria, ya que permitiría mejorar los resultados clínicos (reducción de complicaciones), y sería el pivote central de coordinación de estos pacientes, aumentando su calidad de vida, disminuyendo la cifra de reingresos, y sobre todo, aumentando la satisfacción del paciente y su familia.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EVITAR DESPROGRAMACIONES DE CARDIOVERSIONES ELÉCTRICAS EN HOSPITAL DE DÍA

Jueves, 5 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa V. SALA B

Autores: Bardolet Cerén N; Faraudo García M; Paredes Cabrera B; Masip Utset J; Freixa Pàmias R; Saborit Polo S.
Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La prevalencia de la fibrilación auricular (FA) en el mundo desarrollado es de aproximadamente un 1,5-2% de la población general. Las guías para el manejo y tratamiento de la FA de la Sociedad Europea de Cardiología recomiendan el tratamiento mediante cardioversión eléctrica (CE). En hospital de día se realizan de 3 a 4 CE semanales programadas. Se detectó una elevada incidencia de desprogramaciones y nos planteamos analizar las causas. Objetivo: Describir número y causas de desprogramación. Elaborar protocolo de intervención de enfermería. Medir la efectividad de la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo: CE realizadas entre 1 de diciembre de 2014 y 29 de junio de 2015, periodo pre intervención. Análisis prospectivo: CE realizadas entre 1 de julio de 2015 y 30 de diciembre de 2015, periodo intervención. Variables: edad, sexo, y causas de desprogramación: Mal control INR, tiempo de anticoagulación insuficiente, no ayunas, estar en ritmo sinusal y otras causas. Análisis estadístico: SPSS. Procedimiento de intervención: entre las 24-72h previas a la CE, la enfermera llama al paciente para confirmar fecha, hora, ayunas, tipo y tiempo de ACO.

RESULTADOS

El 70% de los pacientes eran hombres, edad media: 67±11 años.
Se analizaron 150 CE.

	Periodo Preintervención		Periodo Intervención		p
	N	%	N	%	
CVE programadas	85		65		
CVE anuladas totales	19	22,4	12	18,5	0,68
CVE anuladas por RS	4		7		
CVE anuladas por otras causas	15	18,5	5	8,6	0,14
No ayunas	1	6	1	20	
Mal control INR	6	40	4	80	
Tiempo ACO insuficiente	6	40	0	0	
Otras	2	14	0	0	

CONCLUSIONES

La intervención enfermera redujo las desprogramaciones, especialmente cuando se revisó que el tiempo de anticoagulación fuera suficiente. La intervención telefónica no modificó las desprogramaciones por mal control de INR o por estar el paciente en RS. Los resultados no fueron estadísticamente significativos, pero creemos que la intervención telefónica enfermera reduce las desprogramaciones por causas organizativas.

UTILIDAD DE UN TALLER GRUPAL TRAS EL ALTA POR UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Jueves, 5 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa V. SALA B.

Autores: Pérez Sanjurjo M; Santirso López G; Suárez Guerra AM; Alonso Hornero ME.
Hospital San Agustín. Avilés.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La educación sanitaria es básica en los programas de prevención secundaria y rehabilitación tras un evento coronario agudo. Objetivo: Valorar la utilidad de un taller grupal, al mes del alta, en pacientes ingresados con síndrome coronario agudo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante un año y medio, se realizó un taller grupal con periodicidad mensual, de una hora de duración, con asistencia de los pacientes dados de alta por un síndrome coronario agudo, los cuales acudieron acompañados de sus familiares. Se registraron los resultados obtenidos, mediante una encuesta anónima realizada al final del taller. Todos los pacientes recibieron información básica de su patología antes del alta. Los temas tratados incluían conocimiento de la propia enfermedad y de las diferentes opciones terapéuticas, objetivos de prevención, sexualidad, ejercicio físico, terapia de relajación y actitud ante nuevos episodios de dolor.

RESULTADOS

De un total de 56 pacientes, un 96% se mostraron bastante/muy satisfechos con el taller, y un 85% consideraron adecuado realizarlos poco tiempo tras el alta para poder aclarar dudas. Se realizaron 16±4 preguntas/taller, que versaron sobre medicación, sexualidad y actitud ante dolor, principalmente. Todos los pacientes vinieron acompañados de al menos un familiar. El 89% se mostraba a favor de realizar estos talleres de forma grupal, para compartir dudas y experiencias. Como sugerencia un 50% se mostraba favorable a nuevos talleres de cuestiones específicas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La implementación de este tipo de talleres ha mostrado una gran utilidad en la formación del paciente, con un bajo coste, y por tanto alta valoración coste-eficacia. La repetición de los mismos en los centros de salud pueden mejorar a largo plazo los resultados de la fase III de la rehabilitación cardiaca. Es importante organizar talleres específicos.

VALORACIÓN DEL USUARIO SOBRE LA INFORMACIÓN DE LA MEDICACIÓN DURANTE SU INGRESO

Jueves, 5 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa V. SALA B.

Autores: Capellà Llovera T; Martínez Casas S; Santamaría Laín R.
Hospital de Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En 2012 nuestro hospital incorporó como herramienta de mejora de la información de la medicación, el documento individualizado que se entrega diariamente al paciente durante su estancia hospitalaria. Objetivo: Conocer la opinión del paciente sobre el documento «hoja de información de medicación diario» en relación a su comprensión, utilidad, mejora de la información y sensación de seguridad sobre el tratamiento.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo y observacional. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la planta de cardiología con estancias superiores a 48 horas durante 15 días (del 15 al 30 enero de 2016). Todos los participantes recibieron el plan diario de medicación informándoles. Antes del alta, se entregó un cuestionario (5 ítems de respuesta dicotómica, 2 de escala de Likert y uno de respuesta abierta) con el objetivo de conocer si consultaban el plan y si les resultaba un documento útil.

RESULTADOS

Se entregó el cuestionario a 32 pacientes. La tasa de respuesta fue de 100%. El 69% de los encuestados lo consultaron diariamente, el 84% lo valoró por encima del 6/10 como comprensible, el 78% les fue de utilidad para aclarar dudas. Respecto a la percepción de seguridad, un 78% de los encuestados lo valoró por encima del 6/10. El 94% de los participantes opinaron que era un documento de gran utilidad.

CONCLUSIONES

La valoración sistematizada del documento «hoja de información de medicación diaria» aumenta la satisfacción y sensación de seguridad del paciente, que lo valora como una mejora de la calidad asistencial.

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PERSONAL ENFERMERO DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

Jueves, 5 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa V. SALA B.

Autores: Rabadán Anta T; Fernández Molina P; Garries Becchi E; Pons Salas J. F; Climent Coronado L; Rubio González P; Huéscar Roda J.
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La seguridad del paciente es imprescindible, en la apuesta por la calidad en la atención del Sistema Nacional de Salud. Son numerosos los estudios que confirman las consecuencias personales de los eventos adversos, junto el impacto económico y social de los mismos. La cultura en seguridad debe ser una tarea transversal y, siempre presente, en la gestión de nuestros centros y desarrollo de nuestras actividades. Objetivo: Conocer la percepción del personal enfermero sobre la seguridad del paciente en una unidad de hospitalización de cardiología de hospital nivel II. Detectar oportunidades de mejora.

MÉTODO

Se autoadministra a todos los enfermeros y auxiliares pertenecientes a la plantilla de la unidad, el «Cuestionario sobre

Seguridad de los Pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005». Las preguntas del cuestionario se agrupan en 12 dimensiones. La consistencia interna de cada una de las dimensiones (calculando el de Cronbach) es de aceptable a excelente. Análisis de resultados por frecuencias.

RESULTADOS

Se obtienen 29 encuestas, 23 mujeres, 3 hombres, 3 desconocidos. Edades comprendidas de 36 a 60 años, media de 45. La actitud por notificar errores tiene porcentajes muy similares a la indiferencia a la notificación. Porcentajes muy parecidos a la indiferencia a la notificación. Porcentajes muy parecidos a favor o en desacuerdo para la pregunta «se busca antes al culpable que a la causa», y «¿teme ser expedientado?». El 58,6% quisiera más personal. El 69% a veces no propicia mejor atención por agotamiento. El 53,6% afirma que no se presta mejor atención por demasiados sustitutos. El 48,3% confirma que la dirección del hospital facilita la seguridad del paciente y manifiesta que es prioritaria.

CONCLUSIONES

Se detectan oportunidades de mejora en las dimensiones: Notificación de eventos. Respuesta no punitiva a los errores. Dotación de personal. Y apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.

SE PRESENTA A PREMIO

RELACIÓN ENTRE OCLUSIÓN DE LA ARTERIA RADIAL, GÉNERO Y COMODIDAD DEL PACIENTE

Jueves, 5 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa VI. SALA C.

Autores: Pariente Fernández G; Martínez Ortiz G; Asunción Tarín MD.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Con el aumento del acceso radial para los cateterismos cardiacos, se observa que la complicación más frecuente, aunque sin gravedad, es la oclusión de arteria radial. Objetivos: En este estudio queremos determinar la incidencia de oclusión de la arteria radial, en pacientes sometidos a cateterismo diagnóstico y/o terapéutico, si existen diferencias en cuanto al género, y valorar si el grado de información previa al cateterismo y la comodidad del paciente durante el procedimiento, influyen en la aparición de dicha complicación.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo de pacientes consecutivos sometidos a cateterismo cardiaco diagnóstico y/o terapéutico.

Antes del procedimiento se realizó el test de Allen y Barbeau. La incidencia de oclusión se evaluó mediante Barbeau inverso a las 24h y al mes. La hemostasia se realizó mediante compresión mecánica con dispositivo propio. Los pacientes realizaron un cuestionario de satisfacción interno, posterior al procedimiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 80 pacientes, 40 hombres (H) y 40 mujeres (M) consecutivos. Las mujeres eran de mayor edad (71,7 (8,8) vs 65,9 (12,8) p= 0,02) y mayor frecuencia cardiaca (71,5 (13,5) vs 65,8 (12,2) p= 0,05). La única diferencia entre los principales factores de riesgo cardiovascular fue el tabaquismo. Tampoco en la puntuación media de las preguntas recogidas en el cuestionario de satisfacción. No se detectó ninguna OAR en las primeras 24 horas. En el primer mes, la oclusión se produjo en 3 pacientes (3,75 %) todas mujeres. La información previa y la comodidad durante el procedimiento no se asociaron con la tasa de oclusión (OR= 1,324 IC 95% (0,113 – 15,56).

CONCLUSIONES

La incidencia de oclusión en nuestra muestra fue del 3,75%, similar a la recogida en la literatura. Dicha incidencia fue mayor en mujeres, siendo estas de mayor edad. Ninguna variable recogida se asoció de forma independiente con la oclusión.

FACTORES PREDISPONENTES A LA OCLUSIÓN DE LA ARTERIA RADIAL POSTCATETERISMO CARDIACO

Jueves, 5 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa VI. SALA C.

Autores: Roselló Hervás M; Jiménez Cruz V; López López I; Almela Alcaide P; Ferrero Marco A. J; Rumiz González E.

Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Con la práctica cada vez más habitual de cateterismos cardiacos por vía radial, nos encontramos que algunos pacientes a los que se realiza un segundo cateterismo presentan oclusión de la arteria radial, por lo que nos planteamos que es una complicación de las más frecuentes que tenemos en nuestro centro de trabajo. Nuestro objetivo es valorar la tasa de incidencia de oclusión y posibles factores predisponentes.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo prospectivo. Muestra de 100 pacientes teniendo con dos criterios de inclusión: 1. primer cateterismo cardiaco realizado por vía radial, y 2. que el paciente pertenezca a nuestro departamento de salud. Valoramos, previamente al cateterismo, la arteria radial mediante el test de Allen modificado inverso. Registraremos la coloración, la saturación de oxígeno y el tipo de curva de pulsioximetría obtenida según la clasificación de Barbeau. Después del cateterismo, realizamos compresión radial con un dispositivo de compresión neumático, minimizando el volumen de hinchado del balón hasta la aparición de sangrado arterial y añadiendo 2 cc de aire hasta conseguir la hemostasia. Citamos a los pacientes a revisión 30 días después y repetimos el test para valorar si ha habido oclusión.

RESULTADOS

Seguimos en proceso de revisión de pacientes y análisis de datos. Actualmente llevamos incluidos 75 pacientes con una media de edad de 67,83+/-8,57 años. Llevamos revisados 59 pacientes, 72,8% hipertensos, 27,12% diabéticos, 74,58% dislipémicos, 20,34% fumadores y 43,3% exfumadores. También hemos tenido en cuenta el diámetro del introductor utilizado, duración del estudio, anticoagulante utilizado pre, intra y postcateterismo, y el volumen hinchado de la banda radial. La tasa actual de oclusión de los casos que llevamos revisados es del 6,66%.

CONCLUSIONES

A falta del análisis estadístico de los factores predisponentes, a priori no se observa ninguna relación con los factores estudiados.

HEMOSTASIA CUBITAL CON DISPOSITIVO SAFEGUARD. EXPERIENCIA EN 4 CASOS

Jueves, 5 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa VI. SALA C.

Autores: Cereijo Silva E. G; Mirantes Fernández A; Gómez Fernández M; Becerra Do Ejo C

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La arteria cubital es una vía alternativa, en imposibilidad de otros accesos, para la realización del cateterismo cardiaco. Por sus características, la técnica de hemostasia difiere de la vía radial, siendo necesarios sistemas de compresión más eficientes y mayor vigilancia de posibles complicaciones. Existe evidencia de que el uso de TR-Band es el método de elección por su seguridad y eficacia para la hemostasia cubital. El dispositivo *SafeGuard* se usa en la hemostasia femoral. No existe evidencia para uso cubital.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Desde 2 de julio de 2015 al 22 de enero de 2016 se realizaron 4 casos por vía cubital a los que se les colocó dispositivo *SafeGuard* para hemostasia. De los cuales, 2 mujeres, edad media 74,7, 3 HTA, 3 DL, 1 cubital izquierda, 1 angioplastia, 3 Adiro, 2 clopidogrel, 1 Sintrom, 1 valvulopatía.

En todos los casos, se retiró el introductor en el laboratorio y el dispositivo de hemostasia fue a criterio del instrumentista.

PLAN DE CUIDADOS

Valorar el riesgo elevado de complicaciones vasculares si no se coloca el más idóneo. El dispositivo de uso sistemático en nuestra unidad, presentó una elevada tasa de complicaciones frente al TR-Band en un estudio previo ($p=0,0000$). Por rotura de stock de este dispositivo, se decidió el empleo del *SafeGuard*. Se siguió el protocolo de tiempos de hemostasia para *TR-Band*. Seguimiento sin complicaciones, presencia de pulso cubital. Intervenciones: NANDA: riesgo de sangrado (00206) NOC: coagulación sanguínea (0409), NIC: disminución de la hemorragia (4028), Control de la hemorragia (4160). NANDA: Riesgo del deterioro de la integridad cutánea (0046), NOC: Perfusión tisular periférica (0407), NIC: Vigilancia de la piel (13590).

REFLEXIÓN DEL CASO

Valorar los riesgos y adecuar las actuaciones y técnicas según la evidencia disponible para garantizar seguridad y calidad de cuidados. *SafeGuard* podría ser una alternativa para la hemostasia cubital.

SE PRESENTA A PREMIO

HEMOSTASIA POSCATETERISMO CARDIACO. VENDAJE EN ASPA *VERSUS* PULSERA NEUMÁTICA

Jueves, 5 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa VI. SALA C.

Autores: Núñez Tallón MA; Gallego López MI; Pérez Fernández AM; Vázquez Jacob M; Vázquez Carreira S.

Hospital Universitario Lucas Augusti. Lugo.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Para la realización de un cateterismo cardiaco es preciso abordar la arteria radial o femoral, y al terminar el procedimiento, es necesaria una buena compresión de la arteria, para evitar hemorragia o hematoma. El estudio que hemos realizado está relacionado con el acceso arterial radial. Son dos los métodos de compresión utilizados en la sala de hemodinámica de nuestro hospital; el vendaje en aspa, que consiste en colocar un rulo de gasa en el punto de punción de la arteria radial, fijándolo con tres tiras de *tensoplast*; y la pulsera neumática que, directamente colocada en el punto de punción, se infla con jeringa controlada por balón, hasta comprobar que no hay sangrado.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, longitudinal, comparativo sobre los pacientes ingresados en hospitalización de cardiología desde mayo de 2015 a enero de 2016.

RESULTADOS

Se incluyeron todos los cateterismos cardiacos realizados en este periodo de tiempo, un total de 600, de los que en 150 el abordaje de elección fue la arteria femoral. Hubo 450 accesos por la arteria radial, de los que en 384 se optó por compresión con vendaje en aspa y en 66 con pulsera neumática. Vendaje en aspa: 314 pacientes no presentaron sangrado, ni hematoma, 60 presentaron equimosis, 2 presentaron sangrado que precisó realización de nuevo vendaje y 8 con hematoma. Compresión con pulsera neumática: 66 pacientes de los que 50 presentaron hematoma y maceración de la piel, 10 presentaron sangrado cambiándose el tipo de compresión a vendaje en aspa y 6 no presentaron sangrado ni hematoma.

CONCLUSIONES

El resultado de este estudio ha demostrado la eficacia del vendaje compresivo en aspa, mientras que la pulsera neumática, según hemos observado y demostrado, presenta complicaciones no deseadas.

CATETERISMO URGENTE EN NONAGENARIOS: PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO A CORTO Y LARGO PLAZO

Jueves, 5 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa VI. SALA C.

Autores: Iglesias Mier TM; Rodríguez Carcelén MD; Córdoba Soriano JG; Soriano Escobar L; Gómez Martínez O; Pescador Valero A; Jiménez Mazuecos JM; Gutiérrez Díez A; Gallardo López A; Melehi El-Assali D.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los datos disponibles sobre la utilidad, resultados y el pronóstico intrahospitalario y a largo plazo de pacientes nonagenarios sometidos a cateterismo urgente son escasos. Algunos trabajos han mostrado una alta tasa de éxito, pero alta mortalidad a corto plazo. Evaluamos el perfil clínico, manejo y pronóstico intrahospitalario y a largo plazo, de una cohorte de pacientes nonagenarios, sometidos a cateterismo urgente, durante 2005-2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de todos los pacientes con edad ≥ 90 años en la fecha índice que fueron sometidos a cateterismo urgente, en un periodo de 9 años, en nuestro centro. Se definen los eventos cardiovasculares mayores adversos (MACE) como objetivo combinado de muerte, nuevo síndrome coronario agudo (SCA), trombosis de *stent* o ictus.

RESULTADOS

De 950 cateterismos urgentes realizados en este periodo de tiempo, 22 pacientes tenían ≥ 90 años. Estos pacientes son en un porcentaje alto mujeres, y con menor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos de lo habitual. El lugar de primera atención médica más frecuente fue en un 31,8% en un hospital comarcal, 22,7% en domicilio, 22,7% en el propio hospital y 4,5% en la calle. La forma de presentación fue en un 91% un IAMCEST y 9% de SCASEST. No hubo falsas alarmas. La arteria responsable más frecuente del IAMCEST fue la descendente anterior. Durante el ingreso, un 4,5% presentó alguna complicación arritmica, un 50% necesitó medidas de soporte intensivo y hasta el 27,3% presentó MACE. En el seguimiento a un año, un 27,3% presentaron algún MACE y un 5,6% necesitó nueva intervención cardiológica no programada.

CONCLUSIÓN

El perfil del paciente nonagenario sometido a cateterismo urgente, difiere del habitual, siendo más frecuente en mujeres con escasa prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos. Un alto porcentaje de estos pacientes tienen complicaciones durante el ingreso, así como alta mortalidad.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA MONITORIZACIÓN REMOTA DOMICILIARIA DE DISPOSITIVOS IMPLANTABLES

Jueves, 5 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VII. SALA A.

Autores: Simarro Garrigós MC; Alacahú Cortés C; Cantos Gutiérrez C; Romero González A; Lázaro Castañer C; Torres Sánchez EM; Válcárcel Piñero MA.
Complejo Hospitalario de Albacete.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Tras un año de seguimiento de dispositivos implantables, por medio de monitorización remota, nos planteamos si, además de haber mejorado márgenes de seguridad y detección precoz de complicaciones, esta nueva forma de consulta no presencial, había sido recibida por los pacientes de forma positiva. Objetivos: Determinar el nivel de satisfacción en pacientes portadores de DAI o TRC, en un programa de monitorización remota domiciliaria.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo. Incluimos 53 pacientes con monitorización remota, de los cuales 64% eran portadores de DAI; 33% TRCD y 2% TRCM. Mediante encuesta telefónica, se preguntó sobre su nivel de satisfacción con este sistema, inconvenientes que le ocasionaba, problemas en el manejo de la tecnología y adecuación

de la información recibida. La encuesta tenía 12 preguntas con respuesta cerrada y el análisis de datos se realizó con el programa SPSS 12.0.

RESULTADOS

Contestaron 45 de 53 pacientes. El 89% fueron hombres. Media de edad: 65 años. Satisfacción con el sistema: 93% dice sentirse más tranquilo desde que tiene el monitor. El 78% prefiere tener el monitor a no tenerlo y el 96 % considera que es un avance tecnológico útil para prevenir problemas. Manejo del monitor: el 100% lo considera fácil y un 4% tuvo dificultades en la instalación. Un 7% de pacientes, mayoritariamente mujeres, manifestó ansiedad y un 11%, mayoritariamente hombres, refirió dificultad para conciliar el sueño. La media de edad de estos pacientes es significativamente inferior (50 años) a la media de edad de los pacientes que no refieren ninguna incomodidad (66 años). Información recibida: las mujeres manifiestan tres veces más dudas que los hombres en el manejo del monitor.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes están satisfechos con la monitorización remota, la consideran muy útil y les aporta seguridad. Como problemas destacamos la ansiedad y la dificultad para conciliar el sueño, aspectos que se deberían analizar y tratar de resolver.

SE PRESENTA A PREMIO

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA APARICIÓN DE HEMATOMA EN EL POSIMPLANTE DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDIACA

Jueves, 5 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VII. SALA A.

Autores: Díaz Cambroneró JI¹; García Orts A¹; Reina de La Torre S¹; Hernández Martínez JC¹; Husillos Tamarit I¹; Ferrer Pardo C¹; Conejero Ferrer P¹; Pimenta Fermisson Ramos P².
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia¹; Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia².

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La presencia de hematoma de bolsillo, tras el implante de dispositivos de estimulación cardiaca, se ha asociado a complicaciones importantes en el posoperatorio, como el drenaje quirúrgico del hematoma, la prolongación de la hospitalización o infecciones del implante. El objetivo del presente estudio es describir la frecuencia de aparición de hematoma de bolsillo, en los pacientes con riesgo de sangrado aumentado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo basado en historia clínica. Se describió únicamente a pacientes anticoagulados y/o antiagregados, sometidos a implante de dispositivo de estimulación cardiaca entre el 21 de julio de 2009 y el 3 de noviembre de 2013. Se obtuvo estadísticos descriptivos para las variables continuas (media y desviación típica), así como para las variables categóricas (proporción). El análisis estadístico se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics 20 © (SPSS Inc, Chicago, Estados Unidos).

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 1103 casos consecutivos de pacientes con riesgo de sangrado aumentado. La edad media fue de 71,6 años (DE 11,53). El 66,3 % fueron varones. El 35,4 % estaban anticoagulados y el 6,8 % anticoagulados y antiagregados. El 41,9 % de los implantes fueron DAI, DAI-TRC o MCP-TRC. En 8 casos apareció infección del sitio quirúrgico (0,7 %). El hematoma de bolsillo apareció en el 5,6 % (62 casos): 34 de ellos correspondieron a DAI, DAI-TRC o MCP-TRC (54,84%); en 12 fue preciso prolongar la hospitalización (19,35%); 13 requirieron evacuación quirúrgica (20,97%). Únicamente en un caso se produjo infección del implante (1,61%).

DISCUSIÓN

En nuestra serie, a diferencia de la literatura publicada, el tamaño del dispositivo no parece asociarse con la aparición de hematoma. Tampoco parece existir asociación entre hematoma e infección. La prolongación de la hospitalización y la evacuación quirúrgica se ha observado en 1 de cada 5 pacientes con hematoma, lo que a nuestro juicio, justifica seguir investigando para reducir su incidencia.

VÍA CLÍNICA DE IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVOS. ESTANDARIZACIÓN DE CUIDADOS. INDICADORES DE CALIDAD

Jueves, 5 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VII. SALA A.

Autores: Pérez Sanjurjo M; Santirso López G.
Hospital San Agustín. Avilés.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Son planes asistenciales que se aplican a pacientes con determinados patologías o procedimientos de curso clínico predecible. Objetivos: Elaborar, implementar y evaluar una vía clínica sobre el implante de marcapasos definitivos, en un hospital comarcal de 436 camas. El objetivo es coordinar las dimensiones de la calidad asistencial, tanto los aspectos más estimados por los profesionales sanitarios (calidad científico técnica y coordinación entre profesionales sanitarios) y los pacientes (información y ajuste de las expectativas), como los aspectos de eficiencia y gestión de costes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta la vía clínica elaborada con base en la bibliografía existente y fruto de una labor de equipo multidisciplinario, constando de: a) matriz temporal, donde se exponen las actuaciones a realizar por los diversos profesionales; b) programa de información al paciente, incluyendo vía clínica, el consentimiento informado y el régimen posterior de vida; c) monitorización mediante tres indicadores de seguimiento (grado de cumplimiento de los 10 indicadores esenciales de la vía), de alta programada (porcentaje de pacientes dados de alta según la vía) y de satisfacción del usuario (mediante cuestionario específico).

RESULTADOS

Una vez elaborado e implementado, fue evaluado sobre una muestra de 235 pacientes. Un 93% mostraron un seguimiento de, al menos el 80% de los indicadores, un 95% de los pacientes fueron dados de alta en el plazo establecido y el 88% de los mismos se mostraban bastante/muy satisfechos con la atención recibida. Además se logró reducir una estancia por implante, con repercusión evidente en el coste.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, la aplicación del concepto de vía clínica, para el implante de marcapasos definitivos permite mejorar la coordinación y estandarización de cuidados entre los diversos profesionales que intervienen, mejoran la eficiencia y el grado de satisfacción de los usuarios.

EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA POSPLANTACIÓN DE MARCAPASOS/DAI EN CIRUGÍA CARDIACA VS ELECTROFISIOLOGÍA SOBRE LOS RESULTADOS CLÍNICOS DE LOS PACIENTES

Jueves, 5 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VII. SALA A.

Autores: Castelló Fosch N; Soto Gil M.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Existe una importante variabilidad de cuidados posoperatorios entre los servicios de cirugía cardiaca (CC) y electrofisiología (EEF). Objetivo: Evaluar las diferencias de cuidados posoperatorios del servicio de cirugía cardiaca y electrofisiología, y su efecto sobre los resultados clínicos de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio piloto observacional, analítico y prospectivo en pacientes con implantación de dispositivo DAI o MCP. Las variables de cuidados posoperatorios fueron: crioterapia, cabestrillo, reposo, peso, tipo de apósito y drenajes. Las variables de resultados fueron: dolor posoperatorio (escala verbal numérica, de 0 a 10), incidencias posoperatorias de la herida al alta (hematoma, equimosis, infección) y a los 30 días de ingreso. Se registraron otras variables demográficas (edad, sexo) y clínicas (grupo diagnóstico, tipo de dispositivo, equipo médico, anticoagulación).

RESULTADOS

Se incluyó una muestra de conveniencia de 30 pacientes de 67 (± 15) años. A un 60% (18) se les implantó un MCP. La mediana de días de ingreso desde la implantación del dispositivo fue de 3,5 días [Q1-Q3: 2- 5]. El reposo en cama durante 24h y la crioterapia continua es estadísticamente más frecuente en los pacientes de EEF que en los de CC (reposo: 100% vs 53%; p 0,003; crioterapia: 61,5% vs 12%; p 0,003 respectivamente). La mayoría de pacientes de EEF llevaban un apósito compresivo, mientras que los de CC llevan apósito semicompresivo (92 vs 94%; <0,001). Únicamente a los pacientes de EEF se les coloca peso en el lugar de implantación y el 53% de los casos de CC llevan un drenaje en el posoperatorio. No surgieron diferencias significativas en los resultados clínicos de los pacientes entre los dos servicios.

CONCLUSIONES

La variabilidad de los cuidados posoperatorios posimplantación de un marcapasos/DAI no se asocia a mejores resultados clínicos en los pacientes y, por tanto, no está justificada.

MARCAPASOS SIN CABLES TRANSCATÉTER MICRA R: EXPERIENCIA INICIAL

Jueves, 5 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VII. SALA A.

Autores: Paz Jaén E; Velasco Nieves A; Berga Congost G; Moreno Weidmann Z; Viñolas Prat X.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El marcapasos *MicraR* consiste en una cápsula de 8 cm³ de volumen, diseñado para proporcionar estimulación cardiaca bipolar en modo VVI en ventrículo derecho, con una longevidad de 9,6 años. El *MicraR* se introduce a través de un abordaje percutáneo venoso transfemoral de 27 french de diámetro externo. Se aproxima hasta el corazón a través de un catéter deflectable, en cuyo extremo distal va el dispositivo. No requiere de ninguna incisión, y generador y cable están integrados en una única unidad. Se eliminan los riesgos relacionados con cables, bolsa del generador o conexiones, como extrusión, infección y desplazamiento de electrodos. Objetivo: Presentar los resultados de nuestra experiencia y describir la técnica del marcapasos *MicraR*, así como el protocolo de actuación de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional y retrospectivo de junio de 2015 a enero de 2016, en el que se realizó implante de marcapasos *MicraR* a 20 pacientes.

RESULTADOS

Se consiguió implantar en 19 pacientes (95%). La edad media fue de 84 años. El 74% tenían algún tipo de cardiopatía. El 37% tenían algún grado de demencia y otras comorbilidades. La implantación de forma programada genera una estancia hospitalaria menor que las urgentes (p=0,01) (mediana 1 vs 3,5 días). Un paciente presentó complicaciones mayores (5%) (perforación cardiaca) y 2 pacientes presentaron complicaciones menores (10%) (hematoma menor).

CONCLUSIÓN

El marcapasos *MicraR* puede ser una buena alternativa al marcapasos convencional porque evita complicaciones a nivel de infección, extrusión y desplazamiento del electrodo, aunque, precisa de un calibre a nivel venoso considerable. El conocimiento por parte de enfermería de la técnica de colocación, la correcta preparación del paciente y los cuidados posprocedimiento son primordiales para poder realizar unos cuidados seguros y eficaces, mejorando la calidad asistencial. La programación del procedimiento debe hacerse de forma electiva, ya que reduce el tiempo de hospitalización.

SE PRESENTA A PREMIO

HEMOSTASIA CON DISPOSITIVO ANGIO-SEAL TM EN LA RETIRADA DEL BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAÓRTICO. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Jueves, 5 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VIII. SALA B.

Autores: Sandonís Ruiz L. M; Gómez López F; Hernando García FJ; Peña Larrazabal MI; Ocariz Aguirre MA; Pereiro Pérez MA; Izquierdo Torre MV; Bañuelos San José MA; Fernández Fernández MT; De Ríos Briz N; Redondo Otegui A.

Hospital Universitario Cruces. Vizcaya.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El balón de contrapulsación intraórtico (BCIA), es un mecanismo de soporte circulatorio muy utilizado en el contexto del *shock* cardiogénico. Para la hemostasia, durante su retirada, hemos optado por la utilización del dispositivo de cierre de punción femoral *Angio-Seal*TM (St.Jude Medical), como alternativa a la compresión mecánica o manual. El mecanismo de acción consiste en el efecto compresivo producido por el ancla y la esponja de colágeno, quedando el punto de punción arterial entre estas. El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia y seguridad de este dispositivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica. Elaboración del protocolo de hemostasia y su inclusión en el plan de cuidados de enfermería en la unidad coronaria. Recursos humanos: médico y enfermera de hemodinámica. Estudio longitudinal prospectivo realizado desde junio de 2014 hasta septiembre de 2015, en el que se evaluó la eficacia de la hemostasia con dispositivo *Angio-Seal*TM a pacientes durante la retirada del BCIA.

RESULTADOS

Hemos incluido un total de 33 pacientes (20 hombres y 13 mujeres), con edad media de 64,1 años a los que se les ha implantado un BCIA por *shock* cardiogénico, en el contexto de infarto agudo de miocardio o cirugía extracorpórea (revascularización coronaria o valvular). Con la aplicación del dispositivo hemos conseguido la ausencia total de complicaciones vasculares mayores o menores, siendo la efectividad en la liberación del dispositivo del 100%.

CONCLUSIONES

La utilización del dispositivo *Angio-Seal*TM para la hemostasia durante la retirada del BCIA es segura y eficaz. No solo ofrece una clara ventaja con respecto a la compresión mecánica o manual, sino que mejora el confort y permite una movilización precoz del paciente. Es importante destacar el papel de la enfermería durante el desarrollo del procedimiento y en los cuidados aplicados en el posterior seguimiento de estos pacientes.

SE PRESENTA A PREMIO

MUERTE SÚBITA EXTRAHOSPITALARIA EN UNA UNIDAD CORONARIA

Jueves, 5 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VIII. SALA B.

Autores: Rebollo Canalejo L; Vidal Guiamets JJ; García Arroyo S; de los Mozos Pérez AB.

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La parada cardíaca, sobre todo la extrahospitalaria, es una de las causas más importantes de muerte en los países desarrollados, con tasas de supervivencia que oscilan, según las series entre el 5% al 35%. Se considera muerte súbita la que ocurre de manera inesperada, dentro de la primera hora desde el inicio de los síntomas, o si se produce en ausencia de testigos, cuando el fallecido ha sido visto en buenas condiciones menos de 24 horas antes de hallarlo muerto. Las enfermedades asociadas en mayor porcentaje a la muerte súbita son: enfermedades cardiovasculares, cardiopatías, enfermedad coronaria y cardiopatía hipertensiva. El

objetivo principal es conocer qué factores de riesgo priorizan en la muerte súbita en la unidad coronaria de nuestro hospital durante el período 2012-2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población diana engloba a todos aquellos pacientes que se les realizó un cateterismo cardíaco, tras una muerte súbita recuperada, y que posteriormente ingresaron en la unidad coronaria, durante el período 2012 a 2014. Se utilizaron como fuente de información el programa informático SAP, donde recogimos la historia clínica del paciente. Analizamos e interpretamos los valores de las variables: sexo, edad, hipertensión, obesidad, dislipemia, hábito tabáquico, antecedentes cardíacos personales y familiares.

RESULTADOS

El estudio englobó a 60 pacientes, el 78% fueron hombres y el 22% mujeres. El factor de riesgo con mayor predominio fue el hábito tabáquico 68%, seguido de hipertensión arterial 56,6%, dislipemia 50%, diabetes 23,3% y obesidad 8,3%. El 33% fueron exitus.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El hábito tabáquico fue uno de los factores más importantes a tener en cuenta como principal casusa de muerte súbita. Muchos estudios mostraron los mismos resultados. Una buena prevención podría disminuir estos resultados.

SE PRESENTA A PREMIO

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA: PERCEPCIONES DEL PACIENTE

Jueves, 5 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VIII. SALA B.

Autores: Labiano Pérez-Seoane C; Andueza Alegría I; Ezenarro Muruamendiázar A; Falguera Alegre MDY; Juandeaburre Pedroarena B; Rubio Marco E; Villanueva Roldán N; Goñi Viguria R.
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El éxito del tratamiento de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) depende, en gran medida, de la colaboración del paciente, y está estrechamente relacionada con la información que recibe. En función de la información y la manera de transmitirla, la percepción del paciente sobre la VMNI puede variar. A pesar de su importancia, estos aspectos han sido poco estudiados. Por ello, se plantea esta investigación con los siguientes objetivos: conocer las percepciones de los pacientes en relación a la información que reciben para mejorar la tolerancia, estudiar las impresiones de los pacientes que hayan sufrido una urgencia relacionada con la VMNI y describir las complicaciones que más incomodaron a los pacientes con VMNI.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo en una unidad de cuidados críticos de un hospital terciario. Se utilizó un cuestionario estandarizado que se pasó a los pacientes con VMNI, durante su ingreso en la unidad. Los datos recogidos fueron: edad, nivel de estudios, motivo de colocación y n.º de días de VMNI. Las preguntas del cuestionario hacían referencia a la información, a la urgencia relacionada con la VMNI y a las complicaciones derivadas de la técnica. La recogida de datos comprendió dos meses. Para el análisis de los datos, se utilizó estadística descriptiva.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes, aunque reflejan que la información sobre la VMNI fue clara, no participaron en la configuración inicial de los parámetros. Los pacientes percibieron que fueron atendidos de manera inmediata cuando tuvieron una urgencia relacionada con la VMNI. La complicación más molesta fue la sequedad de boca, nariz y ojos.

CONCLUSIONES

Es importante transmitir una información clara y completa para mejorar la tolerancia a la VMNI. Por ello, es necesario sistematizar el proceso para el tratamiento de los pacientes con VMNI.

PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA GESTIÓN CENTRALIZADA DE LOS CARROS DE URGENCIAS-PARADA

Jueves, 5 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VIII. SALA B.

Autores: Belcos Moreno ME; Insausti Ruiz MT; Irañeta Espinal U; Izcue Irigoyen MB; Sarabia López E; Mendiluce Greño N; Ibarrola Izura S; Beortegui Urdániz E.

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En nuestro hospital, como medida de seguridad y siguiendo los estándares de la Joint Commission, se formó un grupo de trabajo de carros de urgencias-parada. El objetivo de este grupo fue establecer un protocolo sobre el almacenamiento y mantenimiento de los carros de parada, en el que además de unificar el contenido de todos los carros, el servicio de farmacia pasó a ser el encargado de la reposición tras su uso y la revisión de caducidades, dejando de ser competencia del personal de las unidades. Objetivo: Conocer la percepción del personal de enfermería sobre la nueva gestión de los carros de urgencias-parada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. El equipo investigador diseñó y pilotó un cuestionario que consta de 16 ítems, donde se recogieron datos sobre la unificación del contenido de los carros, reposición inmediata tras su uso, revisión de caducidades, ahorro de tiempo y carro de formación. Muestra: enfermeras de la unidad de hospitalización cardiológica, laboratorio de hemodinámica y área de hospitalización especial.

RESULTADOS

Tasa de respuesta 65,3%. Casi el 100% consideraron como ventajas el ahorro de tiempo, que la reposición y revisión la realiza farmacia y el contenido está unificado. Uno de los aspectos a destacar es que, en varias ocasiones, se solicitó material y/o fármacos no incluidos en el protocolo. Excepto una persona, todo el personal conocía la existencia del carro de formación.

CONCLUSIONES

El personal está satisfecho con la nueva gestión de los carros, conoce el protocolo y asegura que tanto la medicación como que el material está en condiciones óptimas para su uso. El equipo de enfermería, a pesar de conocer la existencia del carro de formación, considera que debería utilizarse con más frecuencia, incluyéndolo en la formación obligatoria, ya que al no revisar el carro, se siente menos familiarizado con su contenido y distribución.

PAPEL DE LA ENFERMERÍA DURANTE LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA AMBULATORIA

Jueves, 5 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VIII. SALA B.

Autores: López Mases P; Teruel Roche S; De Las Heras L; Navarro Aguilar V; Alba Luque R; Navarro Hernández A; Cuenca Romero I; Marsal Peset A.
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La cardioversión eléctrica (CVE) consiste en el paso de corriente eléctrica, a través del corazón, en un periodo corto de tiempo, requiriendo breve sedación profunda. Como objetivos se plantean analizar los datos de un programa ambulatorio de CVE con sedación controlada por enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un análisis retrospectivo de las características de los pacientes y los resultados de las cardioversiones realizadas de forma consecutiva, durante todo el 2015, en régimen ambulatorio. Los datos han sido recogidos y codificados en una base de datos, para su posterior análisis estadístico. En todos los casos, se emplea Valium-etomidato para la sedación.

RESULTADOS

Durante el año 2015 se realizaron 200 CVE, siendo el 72% de los pacientes hombres y el 28 % mujeres, con una media de edad de 68 años y 83kg de peso. El tipo de arritmia registrada fue, en la gran mayoría, fibrilación auricular persistente. La sedación fue bien tolerada, sin necesidad en ningún caso de asistencia

respiratoria. En un 70% de los procedimientos, solo fue necesaria una única descarga eléctrica, con una media de 300J empleados. En un 10% de los casos, se recurrió a un tratamiento farmacológico coadyuvante, siendo utilizados antiarrítmicos como flecainida y amiodarona. Todos los pacientes fueron dados de alta directamente a su domicilio, sin complicaciones y sin necesidad de ingreso.

CONCLUSIONES

La cardioversión eléctrica para fibrilación y flutter auricular realizada con un protocolo estandarizado y de forma ambulatoria es una técnica segura.

SE PRESENTA A PREMIO

REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE LOS CASOS CLÍNICOS PUBLICADOS EN LA REVISTA ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

Jueves, 5 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa IX. SALA C.

Autores: Alconero Camarero AR¹; Arozamena Pérez J²; Ibáñez Rementería I²; Fradejas Sastre V².

Escuela de Enfermería Casa de Salud Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander¹; Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander².

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los planes de cuidados realizados mediante metodología enfermera resultan imprescindibles, para optimizar la calidad de la atención enfermera, gestionar los recursos e investigar sobre la mejora de los cuidados. Contrariamente al innegable beneficio del nivel científico, se están registrando riesgos derivados de su inadecuada utilización. Objetivos: Seleccionar los artículos en formato de casos clínicos publicados en la revista Enfermería en Cardiología, analizar la metodología empleada y evaluar los errores en la toma de decisiones de los diagnósticos enfermeros (DdE).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Se ha revisado el total de los artículos publicados desde el año 2007 hasta el 2015 (ambos inclusive), seleccionando únicamente los artículos que presentan casos clínicos individualizados utilizando metodología enfermera.

RESULTADOS

De los 227 artículos de diversos contenidos cardiológicos revisados, se han seleccionado 28 casos clínicos (CC). En estos, se detectan datos insuficientes o ausencia de valoración en 9 CC; se enuncian problemas de colaboración (PC) como DdE en 24 CC; derivados de los síntomas de la enfermedad en 18 CC y del tratamiento en 17 CC (en 12 CC coexisten errores de formulación de ambos tipos). Y por último, hay ausencia de identificación de los PC en 9 CC.

CONCLUSIONES

El desconocimiento, los errores, y las imprecisiones de la metodología enfermera, y más concretamente en los diagnósticos de enfermería, pueden trascender en el proceso de cuidar; causando un impacto contrario al esperado, tanto en la persona a quién va dirigida el cuidado, como al profesional de enfermería y, por ende, al progreso de la disciplina.

NUEVAS TECNOLOGÍAS EN CARDIOLOGÍA

Jueves, 5 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa IX. SALA C.

Autores: Rodríguez Carcelén MD; Ruiz García MJ; López García T; Torres Sánchez EM; García-Casarrubios Jiménez J; Navarro Terol T.
Hospital General Universitario de Albacete.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La implantación de un catéter central de acceso periférico (PICC), en pacientes ingresados en cardiología es realizada cada vez con mayor seguridad debido a las nuevas tecnologías como el sistema de navegación y localización de punta de catéter (Sherlock®). Su uso estaría indicado para evitar ciertas complicaciones relacionadas

con la inserción del PICC, como migración a yugular y progresión a aurícula. **Objetivo:** Analizar la disminución de complicaciones durante la inserción: migración a yugular y/o progresión a aurícula.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional, en el que se incluyeron 200 pacientes a los que se les insertó un PICC; desde diciembre de 2014 hasta diciembre de 2015, utilizando el sistema operativo SPSS 19. El sistema de navegación muestra tres parámetros que nos proporcionan información de la punta del catéter, durante la inserción del mismo: Lupa que nos indica la correcta orientación de la punta del catéter hacia VCS. ECG de superficie e intravascular para comprobar crecimiento de onda P a medida que nos acercamos a aurícula. Columna indicadora de la profundidad del vaso por donde discurre el catéter. El catéter se podría utilizar desde el momento de la implantación, sin demorarnos por la Rx de tórax.

RESULTADOS

Realizamos seguimiento de 200 pacientes durante un año en los que se había canalizado PICC con técnica de micropunción ecoguiada más sistema de navegación.

CONCLUSIONES

El uso del sistema de navegación aumentó la seguridad del paciente en el proceso de inserción del PICC, ya que nos permitió corregir, durante el procedimiento, la posible migración a yugular y evitar la progresión a aurícula. Nos ha permitido la utilización inmediata del catéter en pacientes con necesidad de terapia intravenosa urgente.

SE PRESENTA A PREMIO

REORGANIZARSE PARA MEJORAR

Jueves, 5 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa IX. SALA C.

Autores: Asensio Flores S; Calvo Barriuso E; García Fuentes JL; Gallardo Vera R; Nebot Margalef M.

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La actividad asistencial de la unidad de HCA de nuestro hospital, se ha caracterizado históricamente por la alta complejidad de los procedimientos realizados. El horario laboral es continuo de 8 a 22 horas y se realiza la cobertura de guardia localizable 24 horas x 7 días x 365 días. Pese al elevado volumen de actividad, la demanda sigue creciendo, y los turnos y la cobertura de guardias dificulta la conciliación del equipo enfermero. **Objetivos:** Reorganizar la dinámica asistencial para mejorar los resultados en volumen de actividad y en satisfacción de los profesionales.

METODOLOGÍA

Análisis de la dinámica habitual de la unidad, duración de los procedimientos y organización del equipo. Propuesta de nueva organización de trabajo, añadiendo una jornada intermedia de 9h a 16:30h (Int). Pasando de una estructura de 5 enfermeras mañana (M) y tarde (T) a 2M-4Int-2T. Realización de una prueba piloto. Encuesta de satisfacción a los profesionales una vez consolidada la nueva organización.

RESULTADOS

En el periodo comprendido entre los días 15 de junio y 20 de julio de 2015, se puso en marcha la prueba piloto del proyecto. Para evaluar el impacto de la iniciativa, se comparó la actividad de este periodo, con la actividad realizada los días comprendidos entre el 11 de mayo y el 12 de junio de 2015.

La experiencia ha sido muy positiva desde el punto de vista asistencial. La actividad programada se ha visto incrementada.

DISCUSIÓN

La reorganización de la dinámica asistencial ha permitido realizar, con la misma estructura de equipamientos y equipo profesional, un aumento de la actividad significativo, con impacto en la lista de espera para intervencionismo, y aumento de la satisfacción de los profesionales, acercándonos además, a la ratio de enfermeras por sala recomendada por la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la SEC.

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LOS NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN CLÍNICA. EXPERIENCIA EN UN ÁREA CLÍNICA CARDIOVASCULAR

Jueves, 5 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa IX. SALA C.

Autores: Jareño Roglán MT; Abrisqueta Sabas T; Lucas Contreras P; Zamorano Lluésma M; Fonfría Vivas R.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La aparición de nuevas fórmulas organizativas, como son las áreas clínicas y las unidades de gestión clínica en el sistema sanitario español, suponen un cambio en la manera de pensar y actuar de todos los profesionales implicados en el modelo, aportando mayor dinamismo al funcionamiento de las unidades asistenciales y añadiendo valor a los resultados de la asistencia y de su gestión. Se ha pasado de una asistencia vertical y cerrada entre niveles, a una asistencia horizontal y coordinada de un proceso asistencial continuo, centrado en el paciente con mejora de la seguridad clínica y la eficiencia. La enfermería tiene un papel primordial en el desarrollo de estos modelos de gestión clínica. **Objetivos:** Exponer la experiencia de gestión enfermera en un área de gestión clínica cardiovascular. Explicar los resultados obtenidos y la implicación de enfermería en la mejora de la gestión de procesos asistenciales, recursos materiales y humanos, de la docencia y la investigación.

MATERIAL Y METODOS

Se exponen las líneas estratégicas de la gestión enfermera, el plan de gestión, indicadores y resultados.

RESULTADOS

Este modelo de gestión en nuestro entorno ha demostrado su eficiencia y mejora de la calidad de los procesos asistenciales cardiovasculares, se exponen los indicadores de gestión obtenidos en la experiencia de 5 años.

CONCLUSIONES

En la asistencia al paciente cardiovascular debemos optar por modelos que permitan mejorar la calidad de los cuidados desde un enfoque integral e integrado, que además cumpla con los criterios de eficiencia necesarios. La aportación de enfermería, a través del desarrollo de un perfil profesional específico y su implicación en la gestión clínica, es indispensable. Este cambio implica innovación, y el desarrollo de nuevas competencias para asumir este papel protagonista.

UN MARCO DE APRENDIZAJE PARA LA EDUCACIÓN PROFESIONAL CONTINUA DE ENFERMERAS CARDIOVASCULARES EN EUROPA

Jueves, 5 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa IX. SALA C

Autores: Fernández Oliver AL¹; Astin F²; Mgueraman Jilali R¹; Carroll D³; Mesa Rico R⁴; Hinterbuchner L⁵; Kletsios E⁶; Jennings C⁷; Ruppert T⁸; Uchmanowicz I⁹.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga¹; University of Salford²; Massachusset General Hospital³; Complejo Hospital Costa del Sol de Marbella⁴; Salzburg University Hospital⁵; National And Kapodistrian University de Atenas⁶; Imperial College of London⁷; University of Missouri de Columbia⁸; Public Health Department Medical University. Wrocław. Polonia⁹. En nombre del Comité de Educación 2012-16 del Consejo de Enfermería Cardiovascular y Profesiones Aliadas (CCNAP).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La misión de la Sociedad Europea de Cardiología es reducir la enfermedad cardiovascular. Enfermería representa el mayor sector de profesionales sanitarios y tiene contribución significativa todavía no realizada plenamente. La preparación académica inicial de enfermería y el desarrollo profesional continuo, para apoyar el aprendizaje permanente tras la formación inicial, varía según países. La oferta educativa efectiva puede apoyar la aplicación de asistencia sanitaria basada en la evidencia, mejorando los resultados del paciente. Herramientas que armonicen la oferta

educativa para enfermería son valiosas para su formación. **Objetivo:** Desarrollar un marco de aprendizaje básico para el desarrollo profesional continuo de las enfermeras posgraduadas que trabajan en cardiología.

MÉTODO

El Comité de Educación del Consejo de Enfermería Cardiovascular y Profesionales Afines (CCNAP) adoptó un enfoque que combina la evidencia actual y un enfoque centrado en el paciente, para desarrollar contenidos educativos. Se utilizó la evidencia publicada para identificar contenidos clave básicos para un programa de estudios, a utilizar para el desarrollo de temas y objetivos de aprendizaje, que formaran parte de un plan de estudios básico. Un proceso de consulta entre usuarios del servicio, los clínicos expertos, académicos y educadores caracteriza el proceso.

RESULTADOS

Plan de estudios básico con 8 temas básicos para la formación posgrado de enfermería: Fundamentos de fisiopatología cardiovascular. Optimización de salud cardiovascular para personas y poblaciones. Evaluación, planificación y gestión de los cuidados. Principios y prácticas del cuidado centrado en la persona y familia. Educación y comunicación. Bienestar emocional y espiritual. Bienestar físico y confort. Evaluación de la calidad de la atención.

CONCLUSIÓN

Los ocho temas y objetivos de aprendizaje asociados, pueden utilizarse de forma flexible como base para el desarrollo profesional continuo mediante cursos acreditados y oportunidades de aprendizaje flexibles. Por lo que proporcionan un puente entre la educación de enfermería pre y posgrado.

EFFECTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA SOBRE LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS DE ENFERMOS CARDIOVASCULARES DIABÉTICOS

Viernes, 6 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIII. SALA A.

Autores: Marqués Sulé E¹; Sempere Rubio N¹; Casaña Granell J¹; Mesa Rico R²; Timonet Andreu E²; Canca Sánchez JC²; Rodríguez Alarcón P²; Fernández Oliver AL³; Querol Fuentes F¹.

Universitat de Valencia¹; Agencia Sanitaria Costa del Sol. Marbella²; Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga³.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las enfermedades cardiovasculares suponen la primera causa de muerte prematura en España. La diabetes *mellitus* es uno de los factores de riesgo cardiovascular que deben tratarse para conseguir mejor pronóstico en estas patologías. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la efectividad de un programa de rehabilitación cardiaca, de tipo interválico, sobre parámetros antropométricos de enfermos cardiovasculares diabéticos, y determinar si es más efectivo en los insulinodependientes (DMID) o en los no insulinodependientes (DMNID).

MATERIAL Y MÉTODOS

43 enfermos diabéticos con cardiopatía isquémica fueron reclutados y divididos en dos grupos: grupo 1 (n=18, DMID, 62±4,9 años) y grupo 2 (n=25, DMNID, 64±5,2 años). Ambos grupos realizaron un programa de entrenamiento interválico, en el que llevaron a cabo ejercicios cardiovasculares de intensidad moderada, intercalados con pausas activas de 1 minuto de duración. La duración del programa fue de 2 meses (1 sesión semanal). Se analizaron las diferencias inter e intragrupo, pre y posprograma del peso y el índice de masa corporal (IMC). El nivel de significación estadística fue establecido en 0,05.

RESULTADOS

Al finalizar el tratamiento, se observó una disminución del peso e índice de masa corporal en ambos grupos, significativa para el grupo DMID respecto al índice de masa corporal (30,57±5,05 vs. 28,03±4,50, p=0,019). Tras 2 meses, al comparar ambos grupos, se vio mayor mejoría del grupo DMID en relación al grupo DMNID en el peso (80,44±15,99 vs. 81,11±16,08 respectivamente, p=0,895) y en el IMC (28,03±4,50 vs. 28,90 ± 4,34 respectivamente, p=0,534).

CONCLUSIONES

El programa de fisioterapia produce disminución de peso corporal e índice de masa corporal, en enfermos cardiovasculares

diabéticos insulino y no insulinodependientes. La efectividad ha resultado superior en los diabéticos insulinodependientes.

EXPERIENCIA DE TRES AÑOS CON PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE INCLUIDOS EN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Viernes, 6 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIII. SALA A.

Autores: Barreñada Copete E; Campuzano Ruiz R; Domínguez Paniagua J; López Navas MJ; Guerra Polo JM; Valle Martín B; Serrano Serrano R; Gutiérrez Villanueva A; Flórez García MT; Botas Rodríguez J.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La rehabilitación cardiaca (RC) reduce más del 35% la morbimortalidad cardiovascular. Los pacientes que precisan de un implante de desfibrilador automático (DAI) tienen indicación de RC en el medio hospitalario, con un equipo multidisciplinar y bajo supervisión continua de cardiología y enfermería, así como entrenamiento personalizado con el fisioterapeuta. Se pretende determinar la mejoría de la clase funcional, la función ventricular y la seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde marzo de 2013, de los 250 pacientes rehabilitados con nuestro programa, incluimos 7 portadores de DAI: 5 hombres (71%) y 2 mujeres (29%). Edad media de 57 años (47-74). 4 (57%) por miocardiopatía dilatada (MCPD) isquémica y 3 (43%) por MCPD idiopática. Completan entrenamiento en bicicleta y tapiz rodante. Realizamos ecocardiograma pre y post para valorar mejoría de FEVI, y pruebas de esfuerzo para cuantificar la capacidad funcional inicial y final con protocolo Bruce/Bruce modificado, consumo de O₂ o Naughton según la situación basal del paciente). Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo (2013-2015).

RESULTADOS

No se documenta ninguna complicación pese a estratificación de alto riesgo para RC. La FEVI permaneció estable (salvo en uno de los pacientes con mejoría significativa del 30 al 55%). La mejoría esperable promedio descrita en la literatura tras RC es de 1 MET. Todos los portadores de DAI mejoraron una media de 3,42 min sus pruebas finales (4,57 METS). Un paciente abandonó lista de trasplante cardiaco tras recuperación lograda.

CONCLUSIONES

El entrenamiento físico hospitalario, bajo estricta supervisión, en pacientes con DAI es seguro. Incrementa notablemente la capacidad funcional máxima y el pronóstico del paciente. No existieron complicaciones añadidas. Puede mejorar la FEVI en algunos pacientes.

INFLUENCIA DE LOS CAMBIOS CLIMATOLÓGICOS EN LOS EVENTOS CARDIOVASCULARES

Viernes, 6 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIII. SALA A.

Autores: Vecina Oliver A; Jiménez Zamorano N; Zamorano Lluésma M; García Valls M; Sorribes Albors AJ.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La incidencia de eventos cardiovasculares se relaciona con los cambios producidos a nivel climatológico, en países con variaciones importantes de temperatura en las diferentes estaciones. En cambio, son escasos los estudios realizados en nuestro medio, un área templada, con pocas variaciones relacionadas con la temperatura, pero con particularidades climáticas, como elevada humedad y presión generalmente baja. El objetivo del estudio es determinar si existe relación entre la incidencia de enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y arritmias), con los parámetros meteorológicos (temperatura, humedad y presión atmosférica).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en una muestra de 766 pacientes ingresados en la unidad coronaria, en los periodos comprendidos entre junio de 2013 y junio de 2015. El criterio de inclusión fue el ingreso en nuestra unidad, con uno de los diagnósticos establecidos. Para el análisis estadístico descriptivo de los datos obtenidos, se utilizó el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

La tasa de incidencia de las enfermedades cardiovasculares analizadas se mantiene estable. No se han encontrado diferencias significativas que permitan relacionar los cambios estacionales con la aparición de las mismas. El análisis de temperatura, presión y humedad como variables independientes, en relación al número de ingresos, tampoco sugiere que exista una relación directa entre los parámetros climatológicos y la incidencia de enfermedades cardiovasculares.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La ausencia de correlación en este estudio no implica que no exista una relación real entre ellas. Puede deberse a las características de nuestro clima Mediterráneo, con valores anuales de temperatura, humedad y presión más estables que en otras regiones. Determinar hasta qué punto el clima es un factor causal en la aparición de estas enfermedades, resulta interesante a nivel científico, por ello, será necesario seguir investigando sobre esta temática.

ROL DE ENFERMERÍA EN LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA: ¿PODEMOS MEJORAR LA EFICACIA?

Viernes, 6 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIII. SALA A.

Autores: Latorre Molano A¹; Latorre Molano C.²; Torta Castelló R¹.
Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona¹; Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia².

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En algunos centros, el profesional de enfermería es el encargado del control de la buena anticoagulación del paciente, para decidir la fecha de cardioversión eléctrica (CVE), cuando el paciente se encuentra correctamente anticoagulado durante 1 mes, disminuyendo así el tiempo hasta la realización de la CVE. Objetivo: Demostrar que a menor tiempo de inicio de la fibrilación auricular (FA), mayor es la efectividad de la CVE y menor es la recidiva de la arritmia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan retrospectivamente variables clínicas, efectividad y recidiva de la CVE realizada a los pacientes con FA en un hospital universitario desde enero de 2011 hasta febrero de 2015. En nuestro servicio, las cardioversiones se realizan siguiendo un protocolo establecido, compartido entre el personal de enfermería y médicos, que incluye aspectos referentes al pre, peri y posprocedimiento.

RESULTADOS

Se han revisado 154 pacientes a los que se realizó CVE, dividiendo a los pacientes en 3 grupos: Grupo 1 (G1): Aquellos a los que se realizó la CVE en un plazo de 1 a 3 meses. Grupo 2 (G2): Aquellos a los que se realizó la CVE en un plazo de 4 a 6 meses. Grupo 3 (G3): Aquellos a los que se realizó la CVE en un plazo > 6 meses. Siendo las características de los pacientes similares en los 3 grupos, se ha observado que la efectividad de la CVE es mayor a menor tiempo desde el inicio de la FA (G1 89,8%, G2 84,2%, G3 79,16%) con una menor recidiva de la misma (G1 34,1%, G2 43,8%, G3 44,7%).

CONCLUSIÓN

A menor tiempo transcurrido desde el diagnóstico de FA hasta la realización de la CVE, mayor es la efectividad de la misma y menor la recidiva, por lo tanto, si enfermería se encarga de controlar el tiempo de anticoagulación se puede aumentar la eficacia de la CVE.

VALORACIÓN DE LA MEDIDA DE TENSIÓN ARTERIAL EN UNA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA

Viernes, 6 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIII. SALA A.

Autores: Santirso López G; Pérez Sanjurjo M.
Hospital San Agustín. Avilés.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La determinación de la tensión arterial es un procedimiento habitual realizado en las consultas de cardiología. El objetivo es evaluar si existen diferencias, en los valores obtenidos entre la consulta de atención primaria y especializada, así como la posible diferencia del grado de ansiedad, con el que el paciente acude a dichas consultas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analiza la determinación de tensión arterial realizada en la consulta de cardiología de un área sanitaria, comparando los resultados obtenidos dentro del mes anterior, en atención primaria. Además, se interrogó al paciente sobre la ansiedad generada, según el nivel asistencial y sus antecedentes personales.

RESULTADOS

De 344 pacientes, todos tenían cifras tensionales superiores a las determinadas en atención primaria. Las elevaciones superiores al 30% se asociaron con frecuencia a ansiedad y/o primeras consultas. El 78% de primeras consultas y el 45% de las revisiones reconocían un mayor grado de ansiedad al acudir a la consulta especializada.

% ↑ TAS	Nºpt	% pt	% ↑ TAD	Nºpt	%pt
>50%	44	12,7	>50%	30	8,7
40-50%	56	16,2	40-50%	45	13,2
30-40%	100	29,1	30-40%	77	22,3
20-30%	40	11,6	20-30%	61	17,7
10-20%	44	12,7	10-20%	56	16,2
<10%	60	17,4	<10%	75	21,8
Total	344	100,0	Total	344	100,0

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, el acceso del paciente a la consulta especializada le genera un mayor grado de estrés, que se traduce en que un grupo significativo de los pacientes presentes cifras tensionales inusualmente altas, fundamentalmente cuando son remitidos por primera vez a la consulta. Por ello, ante determinaciones no esperadas de TA no se deben tomar decisiones terapéuticas, se deben valorar sus registros previos y extremar las medidas de reposo psíquico antes de la determinación tensional.



SE PRESENTA A PREMIO

RIESGO DE HEMORRAGIA EN EL PACIENTE INTERVENIDO DE CIRUGÍA CARDIACA CON USO DEL CELL SAVER

Viernes, 6 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIV. SALA B.

Autores: Luque Oliveros M¹; Sánchez-Matamoros Martín MD²; Béjar Prado LM³.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, Facultad de Enfermería, Podología y Fisioterapia de la Universidad de Sevilla¹; Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla²; Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla³.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los pacientes intervenidos de cirugía cardiaca requieren de un circuito extracorpóreo, donde la mayoría de los casos necesitan de una transfusión de sangre homóloga. El *cell saver*, también conocido como recuperador celular, actúa como alternativa a dicha transfusión, aunque la evidencia científica se postula en que su uso hace que aumenten las hemorragias en el posoperatorio inmediato. Se plantea como objetivo determinar si el uso del *cell saver* aumenta o disminuye las hemorragias en el posoperatorio inmediato.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño observacional y de corte transversal. Muestra de 162 pacientes programados para cirugía cardiaca bajo circulación extracorpórea. Se recogen variables sociodemográficas, clínicas y del *cell saver* en el periodo intraoperatorio, y variable de hemorragia en el periodo posoperatorio inmediato. Consentimiento informado firmado y autorizado por comité ético e investigación. Explotación de los datos; SSPS 21.0 utilizando media, desviación estándar, Chi-Cuadrado de Pearson y prueba exacta de Fisher. Nivel de significación $p < 0,05$.

RESULTADOS

Perfil de los pacientes: 59% varones, 41% mujeres. Edad media de 62 años. Clínicas: intervenidos, 38% de válvula aortica, 15% válvula mitral, 2,5% válvula tricúspide y 27% de más de dos procedimientos. Cifras analíticas: Hb, 9 gr/Dl; Htco, 28%; plaquetas, $13 \times 10^3/uL$; proteínas totales, 4 gr/Dl. *Cell saver* (media): 1800 ml de sangre recuperada y 580 ml glóbulos rojos reinfundidos. Hemorragias (posoperatorio): 72% no sufrieron sangrado, el 28% si la tuvieron.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Nos posicionamos con el reciente estudio de la Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular (SECTCV), cuando señalan que existen más de un 20% de sangrado en el posoperatorio, siendo nuestro resultado del 28%. La mayoría de los pacientes no tuvieron hemorragias en el posoperatorio inmediato, aunque se evidencia que existe un porcentaje elevado de hemorragias.

la impresión del personal en cuanto al trabajo en equipo y su pertenencia al mismo. Conocer la percepción del paciente sobre los cuidados recibidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se propone un estudio descriptivo transversal centrado en el personal de la planta de cirugía cardiaca y los pacientes hospitalizados en la misma. La recogida de datos se realizó mediante una encuesta anónima de elaboración propia, tanto para el personal como para los pacientes.

RESULTADOS

Relacionado con el personal, el 85% refiere sentirse parte del equipo. Un 43% asegura que no se trabaja en equipo. El 76% cree que se valora su trabajo y un 74% que podría hacerlo mejor. Asimismo, el 95% dice que se podría mejorar la calidad del cuidado y un 100% opina que la planta puede llegar a ser optimista. Los pacientes perciben recibir un cuidado de calidad.

CONCLUSIONES

Existe cierto descontento, aunque el personal piensa que el ambiente del servicio es mejorable, y se detecta interés generalizado por mejorarlo. Se concluye que existen carencias y necesidades, en cuanto al personal se refiere, pero a su vez se detectan ilusiones y ganas de mejorar. Por lo que con las herramientas adecuadas se podrían trabajar dichas necesidades.

SE PRESENTA A PREMIO

INCIDENCIA, PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDIACA

Viernes, 6 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIV. SALA B

Autores: Luque Oliveros M¹; Sánchez-Matamoros Martín MD²; Béjar Prado LM³.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, Facultad de Enfermería, Podología y Fisioterapia de la Universidad de Sevilla¹; Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla²; Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla³.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La mayoría de los pacientes intervenidos de cirugía cardiaca necesitan de un circuito extracorpóreo, lo que supone una agresión para la homeostasis del organismo, siendo la sangre el principal vehículo y mediador de la respuesta inflamatoria que el organismo crea, para intentar minimizar dicha agresión, ya que entra en contacto con las superficies sintéticas del circuito extracorpóreo. Como objetivo se trata de conocer la evolución analítica de los pacientes operados bajo este circuito.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño descriptivo, observacional y de corte transversal, con una muestra de 162 pacientes que precisaban cirugía con circuito extracorpóreo. Se recogieron datos analíticos durante el periodo preoperatorio, intraoperatorio y posoperatorio. Autorizado por el comité ético de nuestro hospital, donde se informó a los participantes y firmaron el consentimiento informado. Se utilizó el paquete estadístico SSPS 21.0, utilizando media, desviación estándar y chi-cuadrado de Pearson mediante procedimiento de tablas cruzadas 2X2 según correspondiera. Nivel de significación $p < 0,05$. Coincidimos con el reporte de la Asociación Americana del Corazón, en que manifiestan que una vez finalizada la derivación cardiopulmonar, el paciente tendrá una evolución negativa en sus parámetros analíticos.

RESULTADOS

De los participantes, en preoperatorio / intraoperatorio / posoperatorio, tuvieron 12 / 9 / 6 gr/dL de hemoglobina. 38 / 28 / 32 % de hematocrito. 7 / 4 / 5 gr/dL de proteínas. 21 / 13 / 16 $10^3/uL$ de plaquetas. 13 / 13 / 14 segundos de tiempo de protombina. 38 / 34 / 35 segundos de tiempo protombina parcial activada. 117 / 102 / 103 segundos de tiempo de coagulación. 1 / 1 / 1 segundos de international normalized ratio.

CONCLUSIONES

La situación hemodinámica de los pacientes antes y durante la cirugía fue aceptable, pero sufrieron una bajada considerable tras su finalización.

SE PRESENTA A PREMIO

EL OPTIMISMO EN LA PLANTA DE CIRUGÍA CARDIACA

Viernes, 6 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIV. SALA B

Autores: Jiménez Muro I; Melero Lacasia A; Azcona Ciriza L; Huarte Jiménez M; Robador Llorente B; Erice Goñi E.

Complejo Hospitalario A (antiguo Hospital De Navarra).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se estima que la actitud del personal sanitario, su motivación y pertenencia al trabajo influyen directamente en su labor y repercute en la calidad de sus cuidados en el paciente. Existe una necesidad de innovar en el diseño de intervenciones dirigidas a reforzar la positividad en la actitud del trabajador, con el fin de mejorar la calidad del servicio y optimizar resultados. Objetivos: Evaluar

CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA PAUTA DE INSULINA EN CIRUGÍA CARDIACA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Viernes, 6 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIV. SALA B.

Autores: Villaplana García P; Bolufer Vidal A; Martínez Llopis B.

Hospital Universitario de la Ribera. Alzira. Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hiperglucemia es uno de los trastornos más frecuentes en un servicio de cuidados intensivos. Además, es un marcador de gravedad y factor de riesgo independiente, para acontecimientos como mortalidad, tasas de infección y estancia hospitalaria. Por lo que, un incremento de la glucemia plasmática supone un peor pronóstico del paciente en estado crítico. La hiperglucemia de estrés, es cuando el nivel de glucosa sanguínea >126 mg/dl en ayunas ó ≥ 200 mg/dl medido en cualquier otro momento, y aparece en un paciente crítico y hospitalizado por enfermedad no crítica sin antecedentes previos de diabetes *mellitus* tipo 1 o 2. Por lo que hace referencia a la cirugía y a la anestesia general, ambas causan una respuesta de estrés neuroendocrino. Estos cambios neurohormonales condicionan un aumento de la resistencia a la acción de la insulina. Como objetivo general se trata de determinar el nivel de conocimiento por parte del profesional de enfermería sobre la pauta de insulina establecida en cirugía cardiaca. Realizar un estudio de la población evaluada. Comparar entre el nivel de conocimiento vs años de experiencia y el nivel de conocimiento vs formación recibida.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y transversal. La fuente de información primaria fue una encuesta autoadministrada anónima. La muestra fue de 40 enfermeras/os.

RESULTADOS

De los 39 profesionales de enfermería encuestados, el 58,97% presentaban un conocimiento considerado medio. Uno de los profesionales (2,56%) presentó un nivel superior y otro (2,56%) un nivel insuficiente. El resto de los encuestados presentó un nivel básico de conocimientos representando el 35,90%.

DISCUSIÓN

Se concluye que los profesionales de enfermería conocen la pauta de insulina en cirugía cardiaca. Además, no se observan diferencias significativas entre el nivel de conocimiento de los enfermeros/as según los años de experiencia, ni existen diferencias significativas dependiendo de la formación previa recibida sobre dicha pauta.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La educación es una competencia de enfermería. La bibliografía pone de manifiesto que los hábitos del personal sanitario influyen a la hora de educar a los pacientes, así como que la formación del personal influye a la hora de modificar sus propios hábitos. Objetivo: Describir los hábitos relacionados con los factores de riesgo cardiovascular modificables, y las necesidades de formación del personal de enfermería de cardiología de un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo. Se utilizó una encuesta traducida y validada para estudios anteriores por el equipo investigador que consta de 36 ítems donde se recogen datos sobre los factores de riesgo más prevalentes para las enfermedades cardiovasculares (tabaco, dieta, ejercicio, colesterol, HTA), datos sociodemográficos, así como la percepción que tienen sobre la educación que dan a los pacientes y sus necesidades de educación.

RESULTADOS

El 11,62% fuma una media de 35,9 cigarrillos semanalmente. La mayoría hace ejercicio moderado regularmente. Un 3,12% de la muestra es hipertensa y el 11,62% tiene el colesterol elevado. En relación al modo de preparación de los alimentos, casi el 100% come a diario o varios días a la semana alimentos al vapor o ensaladas. No son grandes consumidoras de alimentos ricos en colesterol. Las comidas ricas en sal y sodio las consumen de forma esporádica. El 75% afirma que toman a diario alimentos bajos en colesterol y grasas. Respecto a la educación, la mayoría está totalmente de acuerdo en que la educación sanitaria es un aspecto fundamental en la atención del paciente e integrado en su práctica.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería se puede considerar en general que es cardiosaludable, considera que educa en su práctica diaria, sin embargo más del 60% cree necesitar formación en temas y técnicas de educación.

Casos Clínicos

MUERTE SÚBITA EN VARÓN DE 37 AÑOS POR VASOESPASMO CORONARIO

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa X. Sala A.

Autores: Outes Velay MB; Ferrón Novais AM; Torreiro Pampín ML; Reino Maceiras MV; Gago Gago C; Arufe Manteiga MI; Fandiño Pampín I.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Definimos espasmo coronario como reducción notable, brusca, y transitoria en el diámetro de una arteria coronaria epicárdica, que da como resultado isquemia miocárdica. Durante el espasmo y la reperfusión posterior son frecuentes las arritmias ventriculares que pueden ser causa de muerte súbita.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 37 años con diabetes *mellitus* e hipertrigliceridemia con clínica de síncope de repetición desde hace un año que se atribuyen a la diabetes. Ingresado por parada cardiaca extrahospitalaria, siendo el primer ritmo registrado la fibrilación ventricular. Se realiza coronariografía urgente donde no se evidencian lesiones coronarias. Se sometió a hipotermia y al tercer día sufrió otro episodio de taquicardia ventricular polimórfica/fibrilación ventricular precedido de elevación el segmento ST. Se implanta desfibrilador automático. Alta a domicilio a los 40 días.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Realizamos plan de cuidados individualizado según el modelo de Virginia Henderson y taxonomía NANDA, NIC, NOC.

¿SOMOS CARDIOSALUDABLES?

Viernes, 6 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIV. SALA B.

Autores: Mendiluce Greño N; Fernández Iriarte E; Alzueta Aldunate M; Flórez Losantos A; Sanz Muruzábal P; Valbuena Condon M; Ibarrola Izura S; Beortegui Urdáñez E.

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

DIAGNÓSTICOS	NIC	NOC
Patrón de respiración ineficaz 00032	Manejo de la vía aérea 3140	Ventilación 0403 Permeabilidad de las vías respiratorias
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 00047	Vigilancia de la piel 3590	Control del riesgo: hipotermia 1923
Riesgo de infección 00004	Protección contra las infecciones 6550	Detección del riesgo 1908
Riesgo de alteración de la temperatura corporal	Tratamiento de hipotermia 3800	Signos vitales 0802

Se reevalúa el plan de cuidados y se reestructura en función de la evolución del paciente.

REFLEXIONES

La monitorización electrocardiográfica continua objetivó el episodio de elevación del ST que conducía a taquicardia ventricular polimorfa. Con este diagnóstico se implantó un desfibrilador automático y tratamiento con calcioantagonistas. La inmediatez en las maniobras de reanimación cardiopulmonar y aplicación de hipotermia inducida evitaron secuelas neurológicas derivadas de la hipoxia.

PROCESO ENFERMERO EN EL ABORDAJE A UN CARDIÓPATA CON GRIPE A

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa X. Sala A.

Autores: Ibáñez Rementería I¹; Alconero Camarero AR²; Fradejas Sastre V¹.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander¹; Escuela Universitaria de Enfermería Casa Salud Valdecilla Universidad de Cantabria. Santander².

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Establecer un plan de cuidados para resolver las necesidades identificadas. Detectar los signos y síntomas de la inestabilidad fisiológica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 78 años ingresado en cuidados intensivos generales (CIG), procedente de urgencias, diagnosticado de síndrome coronario agudo con elevación del ST evolucionado e insuficiencia respiratoria secundaria a gripe A (12 días de evolución). Alérgico al cotrimoxazol, exfumador, broncopata y síndrome depresivo; tratado con antidepresivos y broncodilatadores. Exploración: TA: 150/95mmhg, FC: 110 lat/min, rítmico, afebril, disnea grado III. SO₂ 89%. Consciente, ansioso, orientado y colaborador. Posterior angioplastia más *stent* tras suspender aislamiento respiratorio.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Valoración por sistemas. Los resultados obtenidos están basados en la perspectiva bifocal de los cuidados: complicaciones potenciales (hemorragia, hematoma, arritmias, reinfarto y fracaso respiratorio) y diagnósticos enfermeros (00148). Ansiedad relacionada con (r/c) conocimientos deficientes: procedimientos; NOC (1402) control de la ansiedad, NIC (5230) Mejorar el afrontamiento. (00136) Riesgo de duelo centrado en la familia, NOC (2608) Resiliencia familiar, NIC (7140) Apoyo a la familia. Problemas de autonomía secundarios a la prescripción médica las primeras 48 horas. Posteriormente déficit de autocuidados: baño (00108) y alimentación (00102).

REFLEXIÓN

Tras la consecución de los NOC enumerados, se obtiene antes y después una puntuación diana de resultados de 2 a 4, respectivamente. Evolución favorable a nivel cardiológico y respiratorio y expectante debido al cuadro infeccioso. Resueltos los diagnósticos con PDR de 4 y recuperada su autonomía, se le traslada a planta a las dos semanas de estancia en CIG. Trabajar con método nos permite lograr el grado de consecución de los objetivos planificados facilitando la labor en el cuidado de los pacientes y afianzando el rol de la enfermería.

ISQUEMIA MEDULAR POSTTRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa X. Sala A.

Autores: Izquierdo Bernal S; Calvo Barriuso E; Castillo Poyo R; Domene Nieves de la Vega GD; Bermejo C; Rojas García A; César Escobar E; Romero Arnau M; Segarra Y; Burgos C; Ruestes Virtus G.
Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Actualmente, el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) tiene cifras de complicación muy bajas, una tasa de mortalidad

hospitalaria del 1,27% y de complicaciones vasculares entre el 2-6% de los casos, teniendo en cuenta que en el síndrome coronario agudo (SCA) alrededor del 50% de las complicaciones hemorrágicas no guardan relación con el punto de punción. Se describe un caso de paciente con infarto agudo de miocardio (IAM), sometido a ICP primario, que sufrió una serie de complicaciones poco frecuentes pero muy graves, lo cual nos recuerda la alerta que debemos tener con este tipo de pacientes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 48 años con IAM anterior, al que se le realiza ICP vía radial implantándole *stents* farmacoactivos en DAp y diagonal. Posprocedimiento, el paciente refiere disnea con hipoxemia. En la radiografía, se objetiva un gran hematoma extrapleural, en contexto de tratamiento antitrombótico. Debido al sangrado arterial activo, requiere embolización de la arteria tiroidea inferior derecha e intercostales derechas y cirugía torácica para drenar hematoma. Posteriormente presenta monoparesia de la EID con alteración de la sensibilidad táctil. Se orientó como un infarto medular con síndrome de Brown-Séquard de origen isquémico.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se utilizó la taxonomía NANDA, NIC, NOC para establecer un plan de cuidados adaptado al paciente, siendo algunos de los diagnósticos de enfermería más importantes: deterioro de la movilidad física, baja autoestima situacional, riesgo de sangrado y de úlcera por presión.

REFLEXIONES

El acceso mínimamente invasivo en el ICP y la rápida recuperación del paciente hacen que, en ocasiones, no se sea consciente de la importancia de la intervención. En este caso se refleja la complejidad del paciente con IAM. Enfermería debe dedicarle atención a sus cuidados, pero también a la rápida detección y actuación frente a complicaciones. Finalmente el paciente fue trasladado a la clínica Guttman para su rehabilitación.

SE PRESENTA A PREMIO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON TROMBOSIS EN ARTERIA FEMORAL POSANGIPLASTIA SOBRE TRONCO COMÚN CON SOPORTE *IMPELLA*[®]

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa X. Sala A.

Autores: Domene Nieves de la Vega G.
Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En angioplastias de alto riesgo, en ocasiones es necesario el soporte de asistencia ventricular percutánea tipo *Impella*[®] durante el procedimiento. Esto implica la colocación de un introductor de gran calibre que puede provocar complicaciones vasculares a nivel del acceso femoral.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 61 años fumadora, hipertensa y dislipémica a la que se le realiza de forma programada angioplastia sobre el tronco común con soporte *Impella*[®]. Posprocedimiento se detecta dolor, cianosis, frialdad y ausencia de pulso en la extremidad inferior izquierda, que tras su valoración médica con el diagnóstico de trombosis arterial femoral requiere endarterectomía urgente. La perfusión de la extremidad se recuperó en el posoperatorio inmediato, pero al cabo de 2 días la paciente presentó fiebre y supuración que obligó a abrir la herida y promover su cura en segunda intención mediante un sistema de vacío que promueve la cicatrización de heridas: terapia VAC (Vacuum Assisted Closure) y tratamiento antibiótico. En una semana el tejido de granulación creció y la paciente fue dada de alta.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Determinamos como diagnósticos principales: disminución de perfusión tisular, temor y problemas relacionados con la limitación de la movilidad. Como problemas potenciales: infección, retraso de la recuperación quirúrgica. El objetivo principal es crear un plan de cuidados individualizado, identificando los diagnósticos enfermeros principales y los problemas potenciales para lograr su recuperación y la posterior alta. Establecemos diagnósticos de enfermería y

problemas potenciales para elaborar el plan de cuidados según la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

REFLEXIÓN

Un buen control de constantes y cuidados de enfermería durante todo el proceso de la angioplastia coronaria, facilitó la detección precoz de la complicación vascular femoral, su óptimo tratamiento y evitó complicaciones posteriores. Los cuidados de enfermería individualizados procuraron una pronta recuperación de la paciente y su posterior alta a domicilio.

SE PRESENTA A PREMIO

DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR HEARTWARE COMO PUENTE AL TRASPLANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO. ¿SON IMPORTANTES LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA?

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa X. Sala A.

Autores: Conejero Ferrer P.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Los dispositivos de asistencia ventricular emergen recientemente como una opción terapéutica para pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) refractaria al tratamiento médico, como puente al trasplante, o como alternativa al mismo en algunos casos. El objetivo de este trabajo es presentar y analizar un caso clínico en el que se aborde el plan de cuidados de un paciente portador de un dispositivo de asistencia ventricular izquierda, en este caso, como puente al trasplante cardiaco, que sirva de base para un cuidado holístico y de calidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 51 años diagnosticado de miocardiopatía hipertrófica con FEVI en torno al 15% e hipertensión pulmonar severa, a pesar de tratamiento médico óptimo y DAI-TRC, que ingresa en nuestro hospital por insuficiencia cardiaca descompensada sin claro desencadenante. Se plantea el implante de un dispositivo de asistencia ventricular izquierdo de tercera generación dada la inestabilidad hemodinámica del paciente (INTERMACS 3).

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se elabora un plan de cuidados donde el modelo conceptual utilizado fue el de Virginia Henderson con la taxonomía NANDA, NIC, NOC. Se elabora una tabla que recoge los principales diagnósticos: Temor, riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos, deterioro de la movilidad física, riesgo de sangrado, riesgo de infección, disposición para mejorar los conocimientos. Además se incide en la prevención de riesgos potenciales y complicaciones asociadas al cuidado del paciente portador del dispositivo.

DISCUSIÓN

Nuestro objetivo es conseguir que tanto el paciente como los profesionales involucrados en el cuidado, adquieran habilidades en el manejo de estos pacientes, así como en la detección temprana de posibles complicaciones. La educación personalizada impartida por la enfermera VAD Coordinator proporcionó resultados positivos para el paciente, consiguiendo una mayor autonomía del mismo, así como una mejor adaptación y un seguimiento más adecuado en la vuelta a casa después del implante.

BENEFICIO DE LA DIÁLISIS PERITONEAL EN UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA. ESTUDIO DE UN CASO

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa X. Sala A.

Autores: Muñoz Villarreal AB; Cepas Sosa A.

Hospital Reina Sofía. Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Paciente varón de 58 años diagnosticado de IC crónica en estadio IV que no es susceptible de realización de trasplante cardiaco.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El paciente reingresa en nuestra unidad procedente de consulta por aumento llamativo de su disnea, aumento brusco de peso, 2 kilos en dos días, y con edemas con fovea que llega hasta las rodillas. A pesar del tratamiento el paciente tiene una evolución lenta, por lo que se le plantea colocar un catéter para diálisis peritoneal que pueda mejorar la retención excesiva de líquidos. Identificamos los siguientes diagnósticos: Intolerancia a la actividad (00092). Riesgo de infección (00004). Riesgo de estreñimiento (00015). Ansiedad (00146).

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Nuestro objetivo es conseguir a través de intervenciones de enfermería mejorar los diagnósticos. El método a utilizar sería el estudio descriptivo del plan de cuidados que se realizó a la paciente basado en la taxonomía NANDA.

REFLEXIÓN DEL CASO

El paciente ingresa con muy mal estado general, con edemas muy llamativos, con dificultad respiratoria severa y cianosis. Comenzamos tratamiento con seguril, levosimendan y dopamina, pero no siendo suficiente se plantea la realización de diálisis peritoneal. Se somete al paciente a la colocación del catéter peritoneal, comienza con diálisis y se observa una mejoría muy significativa y en poco tiempo. Disminuyen los edemas, aumenta la diuresis, mantiene TA, disminuye el peso y desaparece el trabajo respiratorio. Mejoran los diagnósticos, sobre todo el de intolerancia a la actividad, pudiendo el paciente pasear por la unidad. Con el diagnóstico de ansiedad hubo que hacer especial hincapié, aunque también mejoró. Destacamos la importancia de la diálisis peritoneal en la mejora de la sobrecarga hídrica en los pacientes con IC crónica y como alternativa de tratamiento.

SE PRESENTA A PREMIO

LINFOCELE COMO COMPLICACIÓN TRAS AMPLIACIÓN DE ESTERNOTOMÍA POR SANGRADO INTRAOPERATORIO EN CIRUGÍA DE SUSTITUCIÓN VALVULAR MITRAL

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa X. Sala A.

Autores: Jiménez Mateo A; Cano García S.

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Un linfocèle es una colección de linfa que carece de epitelio de revestimiento, se produce tras intervenciones quirúrgicas que requieren transección de los canales linfáticos como por ejemplo en los accesos vasculares a través de la ingle. No suele estar asociado con la cirugía cardiaca ya que no es una vía de acceso muy utilizada.

PRESENTACIÓN DEL CASO Y OBJETIVOS

El paciente elegido fue un varón de 58 años sometido a recambio valvular mitral por disfunción protésica, siendo ésta su 6.ª intervención cardiaca con circulación extracorpórea. Se canalizó a través de vena y arteria femorales. Durante el acto quirúrgico, se produjo un sangrado a través de la arteria femoral debido a una laceración que fue reparada a través de un parche y requirió ampliar la incisión hasta la ingle para localizar el origen del sangrado. Ya en planta, se objetivó exudado linfático de forma intermitente a través de la ingle izquierda. Nuestro objetivo principal fue procurar que la herida estuviera limpia y seca para evitar complicaciones como la infección y una posible dehiscencia.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Establecimos un plan de cuidados individualizado basado en el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, siendo los diagnósticos principales: manejo inefectivo del régimen terapéutico, riesgo de infección y deterioro de la integridad cutánea.

RESULTADOS

Durante el ingreso no hubo complicaciones en la herida y el paciente se marchó de alta sin grasas y con el linfocèle

encapsulado. Se hizo un seguimiento y después de 6 meses tras la cirugía, el episodio estaba resuelto y sin secuelas.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE DIVERSIDAD CULTURAL

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa XI. SALA B.

Autores: Amor Cambón J; Papín Rivas MP; Sabater Sánchez M; Domínguez Ceballos ML.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Mujer de 41 años con miocardiopatía dilatada y embarazo de alto riesgo de 27 semanas. Los embarazos en pacientes con cardiopatías necesitan cuidados especiales por parte del personal de enfermería, en este caso el reto es mayor por ser una paciente extranjera y de otra cultura. La paciente acepta su estado de salud.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 41 años diagnosticada de miocardiopatía dilatada no filiada (informes de Madrid) y embarazo de alto riesgo de 27 semanas. Extranjera, situación irregular e historia familiar complicada (nueva pareja, 2 cesáreas previas con una hija viva de 15 años en República Dominicana y madre muerta recientemente de manera súbita). Ingresa por EAP y síndrome de QT largo, presentando buena respuesta a tratamiento farmacológico. Durante el ingreso programan cesárea pero se produce muerte fetal intraútero y parto vaginal posteriormente. Regresa a nuestro servicio para completar y ajustar tratamiento para alta. Durante la hospitalización no se comunica, se encuentra desconectada del medio, con discurso incoherente, labilidad emocional y aislamiento social. Valorada por psiquiatría, es diagnosticada de trastorno adaptativo: no medican y la derivan a su consulta para seguimiento. Tras el alta se realiza el seguimiento en las consultas de IC.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Aplicando la taxonomía NANDA, NOC, NIC encontramos los siguientes diagnósticos sobre los que trabajar: Deterioro de la comunicación verbal, aislamiento social, duelo, deterioro de la resiliencia. Además de los asociados a la IC.

REFLEXIÓN

A través de la interacción con la enfermería, la paciente aceptó su situación de salud y será capaz de actuar con objetividad al gestionar sus prioridades. La enfermería evoluciona en sus cuidados generando la empatía necesaria para comprender situaciones y culturas diferentes.

una paciente de edad avanzada intentando mantener al máximo la autonomía de su actividad diaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 83 años con vida activa, practica natación habitualmente, que presenta fibrilación auricular permanente con respuesta lenta sintomática y pausas superiores a tres segundos, diagnosticado a través de Holter. Sintomatología pronunciada, en aumento durante los últimos meses con clínica presincope incluso en situaciones de reposo y sueño, de aparición brusca. La paciente es candidata a la implantación de marcapasos VVIR.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Con este dispositivo se pretende aliviar los síntomas que presenta la paciente debidos a su frecuencia cardiaca baja, así como evitar posibles traumatismos secundarios, manteniendo al mismo tiempo la calidad de vida de la paciente sin alterar sus actividades cotidianas.

El plan de cuidados incluyó el control de la coagulación desde el día previo al implante (día de ingreso) hasta la total recuperación de la paciente, utilizando las taxonomías NANDA, NIC, NOC.

REFLEXIÓN

El marcapasos sin cable permite la estimulación cardiaca permanente y evita la incisión quirúrgica. En este caso, el beneficio adicional se basa en el mantenimiento de la actividad cotidiana de la paciente, siendo autónoma y nadadora habitual.

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON ÚLCERA EN ANTEBRAZO TRAS INGRESO EN UNIDAD CORONARIA

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa XI. SALA B.

Autores: Albor Suárez DR¹; Torreiro Pampín ML²; Vicente Abuín MD¹; Touceda Magariños S¹; López Pena A¹; Otero Outes E¹.

Hospital Policlínico La Rosaleda. Santiago de Compostela¹; Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela².

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Varón de 73 años con antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica por nefropatía diabética en tratamiento con hemodiálisis desde junio 2014. Antecedentes cardiológicos: cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular permanente. Portador de catéter tunelizado en vena innominada derecha desde agosto de 2014. Situación social: vive solo, sin familiares de referencia ni teléfono de contacto. Caso conocido por los servicios sociales del ayuntamiento. Malas condiciones de higiene en la vivienda. No colaborador, mala adherencia dietética y terapéutica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Ingresó en unidad coronaria por edema agudo de pulmón en contexto de síndrome coronario agudo sin elevación de ST y FA rápida el 27 julio de 2015. Durante su ingreso desarrolla úlcera en antebrazo derecho, posible relación con pinchazo a dicho nivel y manguito de presión arterial. Alta el 29 agosto de 2015 para seguimiento ambulatorio.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Acude a tratamiento ambulatorio con hemodiálisis. Se establece un plan de cuidados aplicando la taxonomía, NANDA, NIC, NOC. Actuación conjunta con atención primaria y servicios sociales para un correcto tratamiento y seguimiento multidisciplinar.

DIAGNÓSTICOS	NIC	NOC
Deterioro de integridad cutánea (00046)	Cuidado de UPP (3660) Cuidado del catéter	Curación de heridas (1103) Integridad del acceso para hemodiálisis (1105)
Gestión ineficaz de la propia salud (00078)	Establecimiento de objetivos comunes (4410) Educación sanitaria	Autogestión de cuidados (1613) Modificación psicosocial: cambio de vida (1305)

SE PRESENTA A PREMIO

IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS TRANSCATÉTER SIN CABLE EN UNA OCTOGENARIA NADADORA

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa XI. SALA B.

Autores: Macías Marín L; Furriel Aranda B; De Casas Herrando N; Santamaría Luna E.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El marcapasos convencional consta de un generador implantado a nivel pectoral mediante incisión quirúrgica y uno o varios electrodos intracavitarios, que precisan para su colocación acceso por vía céfalica o subclavia. El marcapasos sin cable es una tecnología innovadora que se inserta por vía percutánea, vena femoral, a través de un catéter que llega hasta el ventrículo derecho, donde se deja implantado el dispositivo en región septo-apical. En este caso clínico exponemos el implante de un marcapasos de esta última generación y sus ventajas con respecto a los convencionales, en

REFLEXIONES

Se hace manifiesta la necesidad de una atención integral al paciente pluripatológico, caracterizado por su fragilidad clínica. Es preciso identificar y organizar bien los cuidados de pacientes con enfermedades crónicas, deterioro progresivo y pérdida gradual de su autonomía, que ven aumentado su riesgo de sufrir otras patologías interrelacionadas, dando lugar a importantes repercusiones sociales y económicas.

ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES EN PACIENTE PORTADOR DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa XI. SALA B.

Autores: San Salvador Ausin Z; Gesto Moral FA; Alondo Gandarillas T; Hernández García R; Piriz Marqués A; Colio Caba M; Septien Tellaeche F; Gutiérrez Caloca N.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La fibrilación auricular (FA) es la taquiarritmia supraventricular más frecuente en la práctica clínica. Consiste en la activación auricular descoordinada y sin contracción efectiva. Entre las diferentes modalidades de tratamiento se encuentra la ablación, la cual puede ser una alternativa o complemento de los fármacos antiarrítmicos. La ablación de FA es una técnica relativamente nueva, cuyo propósito es modificar el tejido de las aurículas creando una cicatriz que aísla y/o bloquea la conducción de los impulsos anormales.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 53 años, sin FRCV ni comorbilidades importantes, que ingresa en UCI por *shock* cardiogénico secundario a taquimiocardiopatía, en contexto de MCD y FA, precisando sedación de urgencia para estabilización, ECMO venoarterial y ablación endocárdica VVPP.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Individualizado, continuo y compartido por varias unidades de enfermería. Utilizando el modelo conceptual de Virginia Herderson y taxonomías NANDA, NOC, NIC. Desde el inicio, todas las intervenciones han sido dirigidas hacia cuidados cardiacos (4040) en situación aguda, así como a los posibles conocimientos deficientes (00126) que precisó la familia y el paciente en todo el proceso.

REFLEXIONES

La buena coordinación entre los diferentes equipos de las distintas unidades asistenciales ha garantizado una atención integral, continua y de calidad en los cuidados enfermeros dentro del proceso agudo y posterior recuperación.

SE PRESENTA A PREMIO

LINFORRAGIA EN PACIENTE CON ASISTENCIA VENTRICULAR PERCUTÁNEA

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa XI. SALA B.

Autores: César Escobar E; Álvarez Alarcón N; García Guerrero ML; Izquierdo Bernal S; Castillo Poyo R; Bermejo Vázquez C; Domene Nieves de la Vega G; Rojas García A; Romero Arnau M; Calvo Barriuso E.

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El uso de dispositivos oxigenadores de membrana extracorpórea (ECMO) está en aumento en los últimos años, ya que disminuye la morbimortalidad en pacientes en *shock* cardiogénico. Algunas de sus complicaciones pueden ser infecciones, hemorragias y

linforragias. Sobre el manejo de enfermería frente a las linforragias se encuentra poca bibliografía. A continuación se describe un caso donde un paciente portador de ECMO presentó linforragia, que le supuso un aumento de días de ingreso, y a enfermería, múltiples cuidados específicos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 41 años que ingresa en la unidad coronaria por *shock* cardiogénico. Frente a su inestabilidad hemodinámica se coloca ECMO vía femoral derecha como puente al trasplante cardiaco. A los 15 días es trasplantado con éxito, recuperándose en planta de cardiología. Como complicación vascular presenta salida de linfa por herida femoral derecha, iniciándose manejo con reposo relativo, vendaje compresivo y dieta hiperprotéica sin grasas. Debido a la persistencia de linforragia, favorecida por falta de reposo del paciente, se realiza intervención quirúrgica para su corrección. A la semana se observan signos de infección local de la herida y se implanta sistema cicatrización asistida por vacío (VAC) para cierre por segunda intención de la herida quirúrgica. Al cabo de 2 meses se consiguió cierre de la herida sin drenaje de linfa.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

La planificación de cuidados de enfermería se realizó mediante la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Se aplicaron los habituales al *shock* cardiogénico, trasplante cardiaco, los referentes a la cura de la herida y al afrontamiento ineficaz del régimen terapéutico.

REFLEXIONES

En el manejo de las linforragias, enfermería tiene una función muy importante, tanto en su detección, cura de la herida, como en las medidas correctoras y preventivas. Es muy importante la educación sanitaria conjunta con el paciente para optimizar la recuperación.

MEDIASTINITIS Y TERAPIA VAC: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa XI. SALA B.

Autores: Merino Romero MI; Santos Arranz M.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La mediastinitis viene definida por la infección del mediastino y es una de las complicaciones más graves aunque infrecuente en el posoperatorio de cirugía cardiaca. Son múltiples los factores de riesgo conocidos para la misma: obesidad, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) así como otros inherentes a la intervención quirúrgica. Las terapias de vacío aplicadas a esta patología han mejorado el pronóstico de estos pacientes. Objetivo: Mostrar el uso de la terapia de vacío como alternativa a otros tratamientos convencionales en la mediastinitis posquirúrgica.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Paciente varón de 76 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular. Intervenido de sustitución valvular mitroaórtica, revascularización miocárdica y cierre de comunicación interauricular (CIA). A los 10 días tras la cirugía presenta fiebre, dolor y secreción purulenta a través de la incisión quirúrgica con cultivos positivos para *Staphylococcus Epidermidis*. Se inicia tratamiento antibiótico según antibiograma (Linezolid 600mg vía oral cada 12h) y colocación del sistema de cierre asistido con presión negativa.

RESULTADOS

Tras realización de curas estériles cada 72 h durante 21 días, se objetiva crecimiento de tejido de granulación en la herida junto con negativización de cultivos. De este modo se reduce el tiempo enfermero. Gracias a esta terapia la herida permanece aislada del exterior y protegida de contaminación externa.

CONCLUSIONES

La terapia de vacío ha cambiado de forma radical el tratamiento y evolución de estas heridas, convirtiéndose en la alternativa clínicamente probada, eficaz y de primera elección para su cicatrización de forma aséptica. Durante el tratamiento permite mantener la independencia del paciente, lo cual es favorable para su total recuperación. Además, el exudado se recoge en un depósito acoplado a la unidad de tratamiento proporcionando confort al paciente.



SE PRESENTA A PREMIO

BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN DE INSERCIÓN SUBCLAVIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa XI. SALA B.

Autores: Torra Ricart L; Simarro Ramírez L; Beltrán Folch L; Sicilia Pérez M; Álvarez Holgado L; Ortega Condes J.

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El balón de contrapulsación intraaórtico (BCPIA) es el dispositivo de asistencia ventricular más ampliamente utilizado. La vía de implante habitual es la arteria femoral, aunque también se conocen otras alternativas de inserción como la aortotomía directa o el implante subclavio/axilar. Entre el 10-15% de los pacientes que requieren este tipo de tratamiento padecen enfermedad aterosclerótica aortoiliaca severa, lo que dificulta la inserción del balón. Esto, junto con la inmovilización de los pacientes, implica un aumento del riesgo de complicaciones. Por esto, la alternativa subclavio/axilar puede favorecer el éxito en el uso de esta asistencia ventricular.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes tipo II, fibrilación auricular crónica y cardiopatía isquémica. Ingresa en unidad coronaria por insuficiencia cardiaca descompensada de predominio derecho y angina inestable, presentando empeoramiento de su clase funcional. Como tratamiento de soporte se implantó el BCPIA vía femoral y se incluyó en lista de trasplante cardiaco (TCO) en emergencia uno. Durante su estancia en la unidad coronaria, se pudo retirar el soporte vasopresor e inotrópico con buena tolerancia por parte de la paciente y se decidió cambiar vía de acceso de BCPIA a vía subclavio, debido a la larga previsión de espera pre-TCO. Diez días después de la implantación del BCPIA, la paciente fue trasplantada, quedando ingresada posteriormente en la UCI cardiaca de nuestro hospital.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realiza la valoración de enfermería de la paciente y se establece un plan de cuidados centrado en los aspectos de movilización y mejora de la disnea, curas y mantenimiento del BCPIA y prevención de la infección.

REFLEXIONES

El BCPIA implantado en la arteria subclavio derecha favoreció el progreso en la movilidad de la paciente, permitiendo a sedestación y proporcionando mayor autonomía, reduciendo en gran porcentaje las complicaciones derivadas de la inmovilidad y de la inserción vía femoral.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE-INTRA-POS INTERVENCIONISTAS EN IMPLANTE DE TAVI, EN HEMODINÁMICA

Viernes, 6 de mayo, 09:00 a 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: González Nisarre MC; Pazos Seco V; Nistal Franqueira M; López Carballal D; Rodríguez Escanciano V; Espiño Abeledo R; López Barrientos C; Rodríguez Sanjurjo MC; Herva Graña B.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La estenosis valvular aórtica (EVAo) es la valvulopatía más frecuente en el paciente anciano. Esta patología se resuelve en la mayoría de los casos con cirugía convencional. Actualmente la técnica TAVI (Transcatheter aortic valve implantation) se considera una alternativa para pacientes que presentan alto riesgo quirúrgico y/o contraindicaciones. El período de tiempo del procedimiento TAVI se reduce con la planificación de los cuidados de enfermería pre- intra y pos procedimiento, cuidados incluidos dentro del marco de la unidad de hemodinámica. Toda la planificación se traduce en mayor calidad de los cuidados y minimización de los riesgos potenciales.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 86 años diagnosticada de estenosis aórtica severa degenerativa. Patología asociada: hipertensión arterial (HTA), obesidad, disnea, edema agudo de pulmón (EAP) secundario a estenosis aórtica (EAO). Antecedentes cardiológicos: enfermedad coronaria de un vaso DA 50% tratada con *stent*.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Actividades e intervenciones enfermeras basadas en diagnósticos enfermeros NANDA, intervenciones NIC, resultados NOC. Preinmediatas al procedimiento: acogida de la paciente según protocolo checklist (específico TAVI). Valoración de la ansiedad. Intraprocedimiento: NANDA, riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz, riesgo de infección, riesgo de sangrado, riesgo de aspiración, riesgo de caídas, riesgo de retención urinaria, riesgo de reacción adversa a los medios de contraste yodados, temor, ansiedad. Posprocedimiento inmediato: se realiza valoración NOC. Traslado de la paciente a la unidad de recuperación posanestesia (URPA) intubada, inestable, monitorizada, bajo anestesia general.

REFLEXIONES

Nos encontramos con un caso estándar con complicaciones quirúrgicas resueltas durante el posoperatorio tardío. La planificación de los cuidados ahorra tiempos quirúrgicos, mitiga la ansiedad de los pacientes, previene riesgos potenciales, integra conocimientos del equipo y reduce el estrés.

IMPLANTE DE MARCAPASOS SIN CABLES. FUNCIÓN DE ENFERMERÍA

Viernes, 6 de mayo, 09:00 a 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: Núñez Chávarry J; Lamuedra del Olmo M; Casas de la Cal L.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Este procedimiento es nuevo y la labor en equipo es importante para lograr un buen resultado, en el cual la enfermera juega un papel fundamental. Presentamos el caso del primer implante de marcapasos sin cables realizado en nuestro hospital. El objetivo es disminuir las complicaciones de un marcapasos convencional.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente que ingresa con diagnóstico de bloqueo aurículo ventricular de 2.º grado tipo I con antecedentes de hipertensión arterial. Se decide implante de marcapasos definitivo convencional, sin éxito, debido a oclusión crónica de vena cava superior, se programa para implante de marcapasos sin cables (Micra).

Tras sedación y punción venosa femoral derecha, se realiza dilatación progresiva de acceso vascular, se progresa guía de gran soporte y vaina hasta posición apical liberando el marcapasos. Se confirma posición adecuada, parámetros óptimos de sensado y estimulación, se retiran introductores y cierre con sutura.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

ANSIEDAD (00146) NOC: Disminuir ansiedad. Nivel de ansiedad (1211). Escala: Grave (1), Sustancial (2), Moderado (3), Leve (4), Ninguno (5).

Indicadores/Tiempo	Inicio	Final
121105 Inquietud.	2	4
121117 Ansiedad verbalizada.	2	5

NIC: Disminución de la ansiedad (5820). Actividades: Explicar el procedimiento, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar. RIESGO DE INFECCIÓN (00004). Factores de riesgo: Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos. Procedimiento invasivo. NIC: Control de infecciones intraoperatorio (6545). Actividades: Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos. Disponer precauciones universales. RIESGO DE SANGRADO (00206). Efectos secundarios relacionados con el procedimiento. DOLOR AGUDO (00132). Dolor

potencial que puede presentar el paciente. Administración de los analgésicos prescritos.

CONCLUSIÓN

A la semana, el paciente realiza su vida normal sin las limitaciones que conlleva el marcapasos convencional.

IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA COREVALVE CON ABORDAJE ARTERIA SUBCLAVIA IZQUIERDA EN PACIENTE CON INJERTO MAMARIO

Viernes, 6 de mayo, 09:00 a 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: Sanclemente Giménez S; Melus Aznar M; Santamaría Luna EM; Sánchez Zancajo R.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La estenosis aórtica de etiología degenerativa es una cardiopatía cada vez más prevalente, dado el progresivo envejecimiento de la población. Su tratamiento de elección es el reemplazo valvular quirúrgico. Cuando la estenosis aórtica se presenta en pacientes de edad avanzada con patologías concomitantes, el riesgo de mortalidad y morbilidad aumentan significativamente. El implante de válvula aórtica transcatheter (transcatheter aortic valve implantation [TAVI]) es el tratamiento de elección en pacientes con alto riesgo quirúrgico. La vía de acceso más utilizada es la transfemoral (75-80%), la arteriopatía periférica iliofemoral contraindica dicho abordaje. La arteria subclavia izquierda podría ser una alternativa, pero en pacientes con injerto mamario es una complicación potencial la disección del mismo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente 80 años que presenta estenosis aórtica severa con insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica crónica con triple pontaje en 2007 (arteria mamaria izquierda a descendente anterior media, safena a descendente anterior distal y safena a diagonal) y enfermedad arterial periférica con obstrucción iliofemoral bilateral. Se realiza implante de TAVI (CoreValve) con abordaje arteria subclavia izquierda.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Tras revisar las fuentes de información documental de enfermería primarias y secundarias (PubMed) se elaboró un plan de cuidados siguiendo las taxonomías NANDA, NIC, NOC.

REFLEXIONES

El plan de cuidados ha permitido garantizar la calidad de los cuidados enfermeros y optimizar la situación del paciente. Determinar criterios de resultados para dirigir las intervenciones enfermeras, medidos a través de indicadores. Establecer intervenciones de vigilancia y control para la detección precoz de complicaciones. En pacientes con estenosis aórtica sintomática, alto riesgo quirúrgico, injerto mamario e imposibilidad de abordaje femoral, la arteria subclavia izquierda podría ser una alternativa de acceso para implante de válvula aórtica transcatheter.

El objetivo del tratamiento quirúrgico es separar progresivamente esos circuitos, colocándolos en serie, mediante varias técnicas en varios estadios. Entre ellas, la cirugía de Fontan, que se realiza para anastomosar la vena cava inferior a las arterias pulmonares, aunque presentado por su cualidad especial, importantes efectos secundarios tales como arritmias, tromboembolias, insuficiencia cardíaca congestiva, disfunción hepática.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una mujer de 42 años, que ingresó en la unidad de cuidados intensivos de posoperados cardíacos tras un trasplante cardíaco ortotópico como tratamiento de su cardiopatía congénita compleja. Durante su ingreso surgieron complicaciones respiratorias, empeoramiento de su disfunción renal y una ansiedad importante. Se consiguió mejorar su función ventilatoria, estabilizar su función renal y reducir su ansiedad. Permaneció en la unidad 10 días hasta su alta.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Valoración al ingreso según Virginia Henderson, siendo los principales diagnósticos de enfermería: Deterioro del intercambio de gases. Riesgo de desequilibrio electrolítico. Temor. Resultados esperados (NOC): Estado respiratorio: intercambio gaseoso. Función renal. Autocontrol del miedo. Intervenciones (NIC): Monitorización respiratoria. Manejo de líquidos/electrolitos. Disminución de la ansiedad.

REFLEXIONES

La patología congénita que presentaba esta paciente tenía en el trasplante cardíaco una de las alternativas de tratamiento. Dicha cardiopatía no se presenta de manera frecuentemente en los pacientes que ingresan en la unidad por lo que supuso un reto para el equipo de enfermería. Destacar ante todo las intervenciones dirigidas a disminuir el temor y la ansiedad que presentaba la paciente, logrados teniendo en cuenta la situación personal de ésta a su alta a planta.

PERICARDIOCENTESIS FALLIDA POR BUCLE EN LA GUÍA

Viernes, 6 de mayo, 09:00 a 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: Bermejo Vázquez C; Gil León M; Izquierdo Bernal S; Domene Nieves de la Vega G; Romero Arnau M; César Escobar E; Castillo Poyo R; Rojas García A; Ruestes Virtus G.

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La pericardiocentesis es una técnica invasiva técnicamente no difícil, pero no exenta de complicaciones. La más grave es la perforación o laceración del miocardio o las arterias coronarias. Otras son la embolia gaseosa, neumotórax, arritmias (generalmente bradicardia vasovagal), punción de la cavidad peritoneal o de las vísceras abdominales, e isquemia subendocárdica. Una complicación poco común es la imposibilidad de extracción de la guía. A continuación se describe el caso clínico de un paciente que presenta una complicación no común durante la pericardiocentesis.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 64 años, portador de DAI, al que se le realiza una ablación de taquicardia ventricular epicárdica efectiva. Posprocedimiento se realiza ecocardiografía que muestra derrame pericárdico (DP) moderado, indicándose pericardiocentesis. Tras varios intentos de avanzar la guía con resistencia, se logra progresarla algunos centímetros pero sin un recorrido aceptable. Al intentar retirarla se forma un bucle que impide su extracción. Se intenta extracción manual sin éxito. Comentado el caso con cirugía cardíaca se decide traslado a quirófano para extracción por acceso subxifoideo. Tras la cirugía, se verifica por ecocardiografía que el DP es moderado y no hay signos ecográficos de taponamiento. El paciente es dado de alta sin complicaciones, por buena evolución clínica.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

El objetivo fue elaborar un plan de cuidados de enfermería según la taxonomía NANDA, NIC, NOC, fijándonos en las posibles complicaciones derivadas del procedimiento de la pericardiocentesis. Indicadores: Ansiedad. Riesgo de disminución del gasto cardíaco. Perfusión tisular inefectiva. Riesgo de infección. Riesgo de sangrado. Riesgo de *shock*. Intervenciones:

SE PRESENTA A PREMIO

TRASPLANTE CARDIACO TRAS UNA CIRUGÍA DE FONTAN, TODA UNA LUCHA

Viernes, 6 de mayo, 09:00 a 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: Seoane Pardo NM; Rodríguez Cañas D; Blanco Longueira MB. **Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.**

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El corazón univentricular es una entidad compleja, que engloba aquellas cardiopatías congénitas en las que no existen dos ventrículos funcionales para impulsar, de forma separada, la sangre a las circulaciones pulmonar-sistémica, las cuales van en paralelo.

Monitorización hemodinámica y respiratoria. Cuidados cardiacos agudos. Preparación y administración de la medicación prescrita.

REFLEXIONES

La pericardiocentesis, siendo una técnica invasiva eficaz, segura y sin aparentes dificultades técnicas, puede ser potencialmente compleja y causar consecuencias vitales para el paciente.

CONFLICTO ENTRE FAMILIA Y EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ANTE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

Viernes, 6 de mayo, 09:00 a 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: Arnaiz Villanueva N; Cañas Gil AM; Martín Moreno MR; Carrillo Camacho E; Bustamante Cibrián C; López P.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los avances científicos y técnicos en las últimas décadas han permitido la creación de equipos que permiten prolongar la vida de los seres humanos, así como la mejora de su calidad de vida. Sin embargo, hoy los profesionales comprenden que hay circunstancias en las que mantener con vida a un paciente no necesariamente significa un beneficio para él y su familia. Una de las situaciones más complicadas para los profesionales sanitarios dentro de las unidades de cuidados intensivos son las limitaciones del esfuerzo terapéutico. Se trata de la decisión de no iniciar o de retirar cualquier tipo de tratamientos que tengan por finalidad la prolongación de la vida, manteniendo aquellas medidas de carácter paliativo para garantizar el máximo confort y bienestar del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 56 años que tras parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria llega a nuestra unidad coronaria intubado, sedoanalgesiado y con drogas vasoactivas. Tras varios días de estancia y después de tres encefalogramas con ausencia de actividad cerebral, se plantea a la familia la limitación del esfuerzo terapéutico, explicándoles la gravedad e irreversibilidad de la situación. En todo momento la familia negó la situación y rechazó la limitación por lo que se le estabilizó, practicó una traqueotomía y se le dio el alta de la unidad de cuidados intensivos a planta.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

La metodología usada está basada en la teoría general de autocuidados de D. Orem y las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

REFLEXIONES

A pesar de los intentos del equipo de explicar la situación a la familia, esta no asumió dicha gravedad. Esto nos plantea la dificultad por parte del equipo de enfermería de llegar a los familiares, en parte debido al poco tiempo que pasan en nuestra unidad, y nos hace plantearnos mejoras para que situaciones similares se desarrollen con más diálogo y cercanía.

TRASPLANTE CARDIACO EN PACIENTE PORTADOR DE DISPOSITIVO DE AYUDA VENTRICULAR IZQUIERDO (HEARTWARE®)

Viernes, 6 de mayo, 09:00 a 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: García Pérez MC.
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) avanzada en los que el tratamiento no puede ser optimizado, se plantea como mejor opción el trasplante cardíaco. Muchos de estos pacientes no pueden ser sometidos esta cirugía de forma inmediata, por lo que los dispositivos de ayuda ventricular izquierda (DAVI) nos ofrecen una alternativa real en estos pacientes en espera de donante, y en

aquellos en que las condiciones que aumentan la morbimortalidad post-TC. El caso clínico que presentamos es un claro ejemplo en que la alternativa de los DAVI ha supuesto un puente al trasplante.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 39 años con IC avanzada por cardiopatía isquémica secundaria a un infarto anterior extenso con clase funcional NYHA III-IV, con hipertensión pulmonar severa (HP), portador de DAVI (HEARTWARE®) desde octubre de 2014. Habiendo mejorado sus presiones pulmonares a los 6 meses del implante, y considerando su situación clínica estable es incluido en lista para trasplante, siendo realizada la intervención a los 15 meses después de haber sido implantado el dispositivo.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se elabora un nuevo plan de cuidados de enfermería individualizado y continuo según el modelo de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NIC y NOC adaptada a la nueva situación del paciente.

REFLEXIONES

La evolución clínica del paciente nos obliga a un replanteamiento de los planes de cuidados y una reevaluación continua de las necesidades del mismo, constatándose el papel prioritario de la enfermería en el abordaje de estos casos, sobre todo en el apoyo psicológico al paciente/familia y la formación y adquisición de habilidades en las distintas etapas de su situación clínica.

Pósteres Fórum

PROCESO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES OPERADOS DE CORAZÓN

Jueves, 5 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.

Autores: Sánchez-Matamoros Martín MD¹; Luque Oliveros M²; Béjar Prado LM³.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla¹; Hospital Universitario Virgen Macarena y Facultad de Enfermería, Podología y Fisioterapia de la Universidad de Sevilla²; Facultad de Medicina Universidad de Sevilla. Sevilla³.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Organización Mundial de la Salud identifica como componentes básicos de los cuidados de salud de calidad: un elevado grado de excelencia profesional, la eficiencia en la utilización de los recursos, riesgos mínimos para los pacientes, satisfacción para los usuarios y obtención de resultados. Por ello, el objetivo de nuestro estudio es determinar la atención quirúrgica que se le ofrece al paciente programado de cirugía cardíaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y no experimental con una muestra de 70 participantes de los 201 programados que precisaban cirugía cardíaca. Se recogieron variables sociodemográficas y otras variables de calidad bajo el cuestionario validado SERVQUAL. Se informaron los pacientes y firmaron el consentimiento informado. Se utilizó el programa estadístico SSPS 21.0 para el cálculo de la media, desviación típica y distribución de frecuencia.

RESULTADOS

Alfa de Cronbach, 91. Tabla de frecuencia válido N=70. Sexo/género: 61% hombre, 39% mujer. Estado civil: 49,2% casado; 51% soltero; 0,1% viudo; 1,1 separado. Variables de calidad: recursos 50,6%; conocimiento 55,2%; infraestructura 55,5%; procedimiento 58,9%; cordialidad 58%; empatía 53,2%; credibilidad 56,1%.

DISCUSIÓN

Estudios como los de Aranaz, señalan que la calidad constituye una preocupación constante de todos los actores que intervienen en el proceso asistencial, que no superando al menos el 50% de sus dimensiones, es motivo de preocupación. Nos posicionamos con dicho estudio, ya que nuestros resultados se mantienen en tal porcentaje.

CONCLUSIONES

La calidad de la asistencia sanitaria dentro de nuestro quirófano de cirugía cardiovascular, es excelente, en lo que concierne al

procedimiento y cordialidad. Estas dimensiones las han valorado los pacientes intervenidos como “mucho mejor de lo que me esperaba”. Siendo las dimensiones recursos y empatía las menos valoradas, fueron catalogadas como “mucho peor de lo que me esperaba”.

SE PRESENTA A PREMIO

ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y AUTOCUIDADOS EN PACIENTES CARDIÓPATAS QUE SUFREN UN REINGRESO HOSPITALARIO

Jueves, 5 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.

Autores: Gómez Palomar M; Urguelles Sánchez I.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Evaluar el cumplimiento y la eficacia de las recomendaciones enfermeras administradas a los cardiopatas, analizar la adherencia de estos al tratamiento médico y describir las creencias de los pacientes respecto a estos temas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo sobre 82 pacientes reingresados en cardiología, de reclutamiento consecutivo, desde el 15 de mayo de 2015 al 21 de diciembre de 2015. Se excluyeron pacientes con deterioro cognitivo y barreras idiomáticas. Se recogieron variables sociodemográficas, sobre conocimiento y cumplimiento farmacológico, de los autocuidados, creencias respecto a la necesidad de cumplimiento de ambos ámbitos y sobre la causa del reingreso. Análisis estadístico: porcentajes, medias, desviación estándar, rangos, chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher. Paquete estadístico SPSS 19.0.

RESULTADOS

El 68,3% eran hombres, edad media $64,57 \pm 14$ (29-89). Destacó un 30,5% con ICC; 13,4% cardiopatía isquémica; 7,3% arritmias y 2,4% rechazo del injerto en trasplantados. El 91,4% tomaba la medicación como se le indicaba; el 86,5% sabía qué medicación tomaba y el 90,2% cómo tomarla; el 17% reconoció olvidos. El 60% conocía utilidad y 86,5% las consecuencias de no tomarla. El 87,3% creía que la medicación le ayudaba, el resto expresó escepticismo y desconfianza. El 81% recordó la hoja de autocuidados recibida prealta. El 90% lo entendió. En el 71,25% coincidió la dieta en casa con la indicada, en el 90,3% los líquidos ingeridos. No se encontró asociación entre sexo, adherencia y fe en la medicación y la dieta, ni entre adherencia y conocimiento sobre ellas. Utilizada la edad como variable dicotómica, no hay asociación entre mayores de 65 y mayor adherencia a medicación, dieta y cuidados, ni en la fe. Sí se asocia edad mayor de 50 y cumplimiento de la medicación ($p=0,05$).

CONCLUSIONES

Hay un 15,7% de media con falta de adherencia a autocuidados y medicación que enfermería ha de intentar rectificar. Es fundamental conocer y trabajar con las creencias de los pacientes a nuestro cargo.

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES RELACIONADOS CON EL SÍNDROME DEL ARNÉS

Jueves, 5 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.

Autores: García Valls M¹; Vecina Oliver A¹; Sáez Jiménez MR¹; Garrido Bartolomé A¹; Sanz Llorens MJ²; Landete Belda L¹.

Consortio Hospital General Universitario de Valencia¹; Hospital Clinic i Provincial de Barcelona².

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El interés y preocupación por la seguridad en la práctica del deporte se encuentra en un momento creciente. La utilización

del arnés como sistema de seguridad es imprescindible para el desarrollo de la escalada, el barranquismo y la espeleología. El síndrome del arnés es la respuesta fisiológica del organismo ante la inmovilidad en una posición vertical durante un periodo de tiempo, presentando síntomas presincoales o pérdida de consciencia. El objetivo de este estudio es averiguar el grado de conocimiento sobre el trauma por suspensión, o síndrome del arnés, en aquellas personas que practican estos deportes.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó mediante un cuestionario de diez preguntas cerradas de diseño propio, que fue validado por cinco deportistas expertos en seguridad, de carácter anónimo y divulgación electrónica. El periodo de recogida de datos fue de dos semanas, obteniendo una muestra de 122 cuestionarios. El criterio de inclusión fue la práctica de estos deportes de riesgo. Para el análisis estadístico descriptivo de los datos obtenidos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Mac v.22.

RESULTADOS

El 86,7% de los encuestados expresó su deseo de formación específica. El 68,03% conoce en qué consiste el síndrome del arnés, pero el 45,9% no sabría reconocer las primeras manifestaciones clínicas y el 43,8% no sabría actuar ante un caso de síndrome del arnés.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Destaca el elevado interés en recibir información sobre reconocimiento precoz y actuación inmediata, estando interesados en asistir a seminarios formativos. Dada la importancia que se le atribuye a la seguridad en la práctica de actividad física, consideramos que sería provechosa la instauración de sesiones formativas en sedes, clubes de montaña y/o federaciones, por parte del personal de enfermería como parte de la educación para la salud.

ESTUDIO SOBRE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA Y TRASPLANTE CARDIACO

Jueves, 5 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.

Autores: Sesto Rivas L; Costas Graña C; Blanco Calvo M; Blanco Canosa P; Grille Cancela Z; Sabater Sánchez M; Naya Leira C.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la unidad de insuficiencia cardiaca avanzada (ICA) y trasplante cardiaco (TC) abarcamos un territorio muy amplio de asistencia. Por ello, el uso del teléfono nos permite una intervención ágil y sencilla sobre los pacientes, lo que potencia, personaliza y complementa la atención sanitaria a la vez que evita desplazamientos de los pacientes y garantiza la optimización de los recursos. Se han realizado pocos estudios sobre la atención telefónica como herramienta asistencial en enfermería, por ello nos hemos planteado este estudio. Objetivo: Conocer las causas más comunes por las cuales nuestros pacientes realizan las consultas telefónicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

El teléfono es el método de elección para que los pacientes nos consulten dudas o problemas que surjan en su domicilio. Entre noviembre de 2015 y enero de 2016, se recogieron datos de las llamadas telefónicas recibidas en nuestra unidad, para realizar un estudio observacional prospectivo de cohortes. Para ello, hemos diseñado un formulario en el que se registran, entre otras variables, el tipo de paciente, el motivo de la consulta y el tiempo empleado para solucionarla. El tratamiento estadístico se realiza usando el software IBM-SPSS 20.0. Este estudio está aprobado por el Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia.

RESULTADOS

Se registraron un total de 430 llamadas en el periodo de estudio. Un análisis preliminar de los datos indica que el 68,7% de las llamadas es realizado por pacientes TC y el 30,8% por pacientes

con ICA. El 89,3% de las llamadas son consultas por enfermedad, de las que el 65,8% va dirigido a enfermeras y el 23,5% a médicos.

CONCLUSIONES

Los pacientes que más utilizan este tipo de comunicación son los TC y las causas más frecuentes son las relacionadas con su proceso.

ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y APRENDIZAJE A TRAVÉS DEL USO DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA

Jueves, 5 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.

Autores: Alconero Camarero AR¹; Ibáñez Rementería I²; Fradejas Sastre V².
Escuela de Enfermería Casa de Salud Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander¹; Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander².

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La simulación clínica (SC) permite practicar en un entorno seguro para pacientes y profesionales, facilitando la estandarización de los contenidos y promoviendo la integración de los conocimientos teóricos en la práctica clínica. **Objetivos:** Describir la satisfacción de los estudiantes de enfermería en la utilización de la SC para desarrollar el manejo de prioridades en la toma de decisiones. Facilitar el trabajo en equipo en situaciones de crisis y la relación entre el conocimiento teórico y la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participaron 86 estudiantes, que forman parte de una asignatura de clínica de segundo de Grado en Enfermería. Se diseñaron 8 escenarios sobre problemas clínicos cardiológicos (síndrome coronario agudo, angioplastia, arritmias y cardioversión). Los estudiantes se dividieron en grupos de 4-6 y pudieron realizar dos casos simulados (CS) con una duración de 15 minutos cada grupo. Al terminar cada CS se realizó un análisis reflexivo (debriefing) durante 30 minutos. Finalmente, se obtuvo la opinión de los estudiantes mediante un cuestionario anónimo auto administrado compuesto por 33 ítems valorados según escalas tipo Likert [Totalmente en desacuerdo (TD), En desacuerdo (ED), Indiferente (I), De acuerdo (DA), Totalmente de acuerdo (TA)].

RESULTADOS

Participaron el 89% de los estudiantes, 66% mujeres, con una media de edad de 21 años. La utilidad práctica TA 87%/DA 12%; grado de dificultad adecuado a los conocimientos TA 26,7%/DA 60,5%; los CS son útiles para evaluar la situación clínica del paciente TA 76,3%/DA 19,7%; aprender a no cometer errores TA 58%/DA 33%; establecer prioridades TA 72,4%/DA 28%; relacionar teoría y práctica TA 80,3%/DA 19,7%; mejorar la comunicación con el equipo TA 63,2%/DA 28,9%.

CONCLUSIONES

La experiencia en la SC sugiere que es realizable en el pregrado con una elevada aceptación de los estudiantes. Destacando el establecimiento de prioridades y el desarrollo de habilidades para el trabajo en equipo.

ELABORACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN EN HEMODINÁMICA

Jueves, 5 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.

Autores: Asunción Tarín MD; Pariente Fernández G; Martínez Ortiz G.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa «La cirugía segura salva vidas» como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud por reducir el número de

muertes de origen quirúrgico. La lista de verificación está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus actividades y reducir el número de complicaciones y de muertes evitables. **Objetivos:** Proporcionar al equipo un conjunto sencillo y eficiente de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación. Fomentar la seguridad del paciente en cada actividad realizada. Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

En primer lugar realizamos búsqueda bibliográfica y de evidencia científica. Posteriormente durante los meses de diciembre de 2014 a febrero de 2015, reuniones del equipo revisando y valorando la documentación recopilada hasta elaborar un borrador. La lista la pusimos en funcionamiento en marzo de 2015, realizando evaluación continuada durante tres meses, en los que se resolvieron problemas, aplicando los cambios necesarios hasta quedar como definitiva.

RESULTADOS

Elaboración, aplicación y evaluación de la lista de verificación en la unidad de hemodinámica de nuestro hospital. Consideramos que nuestra lista de verificación cumple los objetivos programados, facilita el intercambio de información, proporciona un conjunto sencillo y eficiente de controles para mejorar la eficacia del trabajo, y fomenta y refuerza la seguridad.

CONCLUSIONES

Nuestra lista se encuentra dentro de los estándares de la evidencia científica consultada. La aplicación exitosa de la lista de verificación requiere que todo el equipo esté de acuerdo, mejora la comunicación y la atención prestada a los pacientes. Reduce efectos adversos, elimina rutinas y aumenta la seguridad.

SE PRESENTA A PREMIO

UTILIDAD DEL EUROSCORE II EN LA PREDICCIÓN DE LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES OPERADOS MEDIANTE ESTERNOTOMÍA

Jueves, 5 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.

Autores: López Mora G; Vega Gutiérrez A; Hernández Díaz MC; García Cañón B; Carretón Manrique M; Santamaría Gómez N; Gómez Díez ML.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Evaluar la utilidad diagnóstica del cuestionario *EuroSCORE II* para predecir las complicaciones posoperatorias en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca por esternotomía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionaron pacientes de forma consecutiva desde octubre de 2015. Se incluyeron 38 pacientes a los que se les realizó el cuestionario *EuroSCORE II* por enfermeras adiestradas al ingreso. Dicho cuestionario consta de 18 ítems: 10 relacionados con factores del paciente, 5 factores cardíacos y 3 factores quirúrgicos. Se consideraron complicaciones quirúrgicas: presencia de exudado, dehiscencia, mediastinitis, tratamiento antibiótico específico o reingreso debido a la herida.

RESULTADOS

La mediana de puntuación del *EuroSCORE II* fue de 1,31 con unos valores extremos de 0,6 y 4,5. Se identificaron complicaciones en 8 de 38 pacientes (26 %). Las puntuaciones del *EuroSCORE II* en los pacientes que desarrollaron alguna complicación fueron mayores que aquellos que no tuvieron ninguna (2,0 vs 1,2), aunque la diferencia se mantuvo en el límite de la significación ($p = 0,09$). Los pacientes del cuartil superior de puntuación (*EuroSCORE II* > 2,4) se asociaron a una OR de 2,4 (IC 95 %: 0,5 – 11,6; $p = 0,260$); el área bajo la curva ROC del cuestionario para predecir la aparición de complicaciones fue de 70 %.

DISCUSIÓN

Aunque el cuestionario fue inicialmente diseñado para predecir el riesgo de mortalidad en los pacientes intervenidos de cirugía

cardiaca, y permitir la comparación de datos epidemiológicos y estadísticos a nivel nacional e internacional, es posible su utilización por parte de los profesionales de enfermería para detectar pacientes que son más susceptibles a presentar complicaciones. Las limitaciones del presente estudio fueron debidas al número muestral.

CONCLUSIONES

Es factible la administración del cuestionario por los profesionales de enfermería. Tiene utilidad diagnóstica potencial para la identificación de pacientes con alto riesgo de padecer complicaciones quirúrgicas, y con ello, aplicar cuidados de enfermería específicos según los resultados.

¿Y AHORA QUÉ? PERCEPCIONES DE PACIENTES TRAS HABER SUFRIDO UN IAM E INGRESAR EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

Jueves, 5 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.

Autores: Fernández Oliver AL¹; Mgueraman Jilali R¹; Rojas Mata MB²; Mesa Rico R³; Timonet Andreu E³; Rodríguez Alarcón P³; Marqués Sulé E⁴; Sempere Rubio N⁴; Casaña Granell J⁴; Querol Fuentes F⁴.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga¹; Hospital Carlos Haya. Málaga²; Agencia Sanitaria Costa del Sol. Marbella³; Departamento de Fisioterapia. Universidad de Valencia⁴.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la unidad de cardiología ingresan pacientes procedentes de la UCI tras haber sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM), proporcionándoles todos los cuidados de enfermería necesarios para conseguir su pronta recuperación a nivel coronario. Pero no se ha planteado cómo viven esta experiencia, su capacidad de afrontarlo, sus emociones y los sentimientos hacia ello. Objetivos: Valorar las conductas de respuesta que presentan estos pacientes ante la experiencia de haber sufrido un IAM. Identificar los diagnósticos enfermeros que se producen.

MATERIAL Y MÉTODOS

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 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

De los 60 pacientes entrevistados, 40 son hombres y 20 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.

Pósteres

FOMENTO DE LA DEAMBULACIÓN EN EL PACIENTE INGRESADO

Panel 01

Autores: Rabadán Anta T; Torres Martínez I; Palacios Muñoz P; Jiménez González F; Sánchez Sánchez R; Vázquez Castaño MP; Asensio Román N.
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

SE PRESENTA A PREMIO

IFR. UN PASO MÁS EN LA FISIOLÓGÍA CORONARIA

Panel 02

Autores: López Zarrabeitia I; Reina Martín B; Ramos Isabel A.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

SE PRESENTA A PREMIO

IMPLEMENTACIÓN DEL TRÍPTICO DE RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS UNA CIRUGÍA CARDIACA

Panel 03

Autores: Irizar Jáuregui MF; Virto Pejenaute M; Azcona Ciriza L; Doiz Arriazu R.
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

SISTEMA DE AUTOTRANSFUSIÓN EN CIRUGÍA CARDIACA BAJO UN CIRCUITO EXTRACORPÓREO. EXPERIENCIA EN SEVILLA

Panel 04

Autores: Sánchez-Matamoros Martín MD¹; Luque Oliveros M²; Béjar Prado LM³.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla¹; Hospital Universitario Virgen Macarena y Facultad de Enfermería, Podología y Fisioterapia de la Universidad de Sevilla²; Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla³.

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA CRIOABLACIÓN DE VENAS PULMONARES

Panel 05

Autores: Bartolomé Fuente A; Horrilo Alonso I; Sainz Terrones Fernández D; Valero García MC; Zuloaga Quiroga P.
Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

¿ESTÁ EL PACIENTE BIEN SEDADO? BIS: MONITORIZACIÓN DE LA CONSCIENCIA EN EL PACIENTE CRÍTICO CORONARIO

Panel 06

Autores: Díez Pachón M; Ruiz Peña A; Conde Rodríguez V; Murias Freijo M.
Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

DRENAJE PERICÁRDICO: MISIÓN DE ENFERMERÍA ANTES, DURANTE Y TRAS SU COLOCACIÓN

Panel 07

Autores: Díez Pachón M; Ruiz Peña A; Conde Rodríguez V; Murias Freijo M.
Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

SE PRESENTA A PREMIO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TÉCNICAS PERCUTÁNEAS ALTERNATIVAS A LA CIRUGÍA CARDIACA

Panel 08

Autores: Guillermo Gálvez C; De la Varga Morán MT; Ramírez Arrabales P; Tarrela Redonda N; Hevia Puyo S; Andrés Casamiquela E.
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

BLOQUEO SIMPÁTICO TRANSITORIO EN LA TORMENTA ARRÍTMICA

Panel 09

Autores: Sánchez De la Rosa LD; Velasco Calvo AM; Capella Trigo ML; Pérez Alfageme J; Rodríguez Catalán L.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

VÍA INTRAÓSEA. ALTERNATIVA PARA SALVAR UNA VIDA

Panel 10

Autores: Ruiz Peña A; Díez Pachón M; Conde Rodríguez V; Murias Freijo M.
Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

USOS E INTERPRETACIÓN DE LA CAPNOGRAFÍA PARA ENFERMERÍA EN UNIDADES CORONARIAS

Panel 11

Autores: Ruiz Peña A; Díez Pachón M; Conde Rodríguez V; Murias Freijo M.
Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

SE PRESENTA A PREMIO

DOLOR POSOPERATORIO EN LA CIRUGÍA CARDIACA. ANÁLISIS DE VARIABLES CAPACES DE MODIFICARLO

Panel 12

Autores: Majó Ramírez D; Gómez Palomar MJ.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

EVOLUCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR ISQUÉMICO TRAS REHABILITACIÓN CARDIACA HOSPITALARIA

Panel 13

Autores: Domínguez Paniagua J; Barreñada Copete E; Campuzano Ruiz R; López Navas MJ; Valle Martín B; Guerra Polo JM; Botas Rodríguez J; Flórez García MT.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid.

SE PRESENTA A PREMIO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PORTADOR DEL SISTEMA DE OXIGENACIÓN CON MEMBRANA EXTRACORPÓREA

Panel 14

Autores: Ruiz Fuentes MJ; Mata Garibay RB; Gonzalvo Navarro R; Barrios Roper ME.
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

ICTUS CARDIOEMBÓLICO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENDOCARDITIS AGUDA

Panel 15

Autores: Torreiro Pampín ML; Outes Velay MB; Reino Maceiras MV; López Sixto SM; Córdova Martínez MDC; Míguez Piñeiro A; Gil Canabal MP; Paz Fuentes AE.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela.

CASO CLÍNICO: METODOLOGÍA ENFERMERA EN LA IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

Panel 16

Autores: Fradejas Sastre V¹; Alconero Camarero AR²; Alonso Peña N¹; García Martínez M¹; Sainz González M¹; Benito Alfonso M¹; Ibáñez Rementería I¹; Fernández Peña E¹.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander¹; Universidad de Cantabria. Santander².

ANSIEDAD EN MUJERES CON SOSPECHA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Panel 17

Autores: Calvo Vidal R; Jornet Ibiza D; Aroca Fernández L; Valdés Torres S; Gurrea Ramón FM.
Hospital de la Ribera. Alzira. Valencia.

ASISTENCIA VENTRICULAR DEFINITIVA COMO ALTERNATIVA AL TRASPLANTE CARDIACO

Panel 18

Autores: Pastor Moreno A; Olmo Conesa MDC; López Cuenca D.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

MIXOMA INTERVENTRICULAR. CASO CLÍNICO

Panel 19

Autores: Núñez Tallón MA.
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LOS DISPOSITIVOS DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA

Panel 20

Autores: Ibáñez Rementería I¹; Alconero Camarero AR²; Fradejas Sastre V¹.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander¹; Escuela Universitaria Casa Salud Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander².

MONITORIZACIÓN NO INVASIVA EN SALA DE CARDIOLOGÍA

Panel 21

Autores: Cólliga Calleja A.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

DETECCIÓN DE COMPLICACIONES POSCIRUGÍA DE MARCAPASOS MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN PRECOZ DE ENFERMERÍA

Panel 22

Autores: Orfila Arias V; Luna Gallardo P; Febrer Juan N; Pons Pons N; Saiz Petrus AC.
Hospital General Mateu Orfila. Mahón.

SE PRESENTA A PREMIO

UTILIDAD DEL REGISTRO DE *HOLTER* DE ARRÍTMIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE DISFUNCIÓN DE MARCAPASOS EPICÁRDICO CON ELECTRODO MONOPOLAR

Panel 23

Autores: Domínguez Liste AM; Sánchez Fernández MDC.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela.

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MUERTE SÚBITA EN LA REGIÓN DE MURCIA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1995 Y 2015

Panel 24

Autores: Olmo Conesa MDC¹; López Cuenca D¹; Pastor Moreno A¹; Hernández del Rincón JP²; Pastor Quirante F³; Gimeno Blanes JR¹.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia¹; Instituto Medicina Legal. Murcia²; Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia³.

SE PRESENTA A PREMIO

ESTUDIO COMPARATIVO DE CORONARIOGRAFÍA ROTACIONAL DE DOBLE EJE FRENTE A TÉCNICA CONVENCIONAL EN LA SALA DE HEMODINÁMICA EN NUESTRO CENTRO. RESULTADOS PRELIMINARES

Panel 25

Autores: Ortega Fernández L; Basanta Castro MJ; Jiménez Serrano C; Seco Aldegunde S.
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

EL PAPEL CLAVE DE LA ENFERMERA EN EL ECGARDIOGRAMA CON ESTRÉS FÍSICO

Panel 26

Autores: Rey Santiso M; Thomas Yoles JM; Martínez Marchan E.
Hospital Dos de Maig. Barcelona.

ENDOCARDITIS COMPLICADA EN PACIENTE PORTADOR DE PRÓTESIS MITRAL

Panel 27

Autores: Cepas Sosa A; Muñoz Villarreal AB.
Hospital Reina Sofía. Córdoba.

«DEL FOGÓN AL CORAZÓN»: PERCEPCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE LA DIETA CARDIOSALUDABLE E INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Panel 28

Autores: Ramón Carbonell M¹; Quintana Giner M²; Romero Anierte Al²; Hernández Hernández I¹; Rabadán Anta T¹; Hernández Castelló MC¹; Martínez Hernández MM¹.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia¹; Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia².

DETECCIÓN PRECOZ DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACIÓN QUE ACUDE A LA UIAE

Panel 29

Autores: Pujalte Aznar MF; Casillas Jiménez MA; Alberola Chazarra M; Felipe Medina MA; Ayllon Cases R.

Hospital General de Elche.

CUIDAMOS TU SALUD: ¡PARTICIPA! DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE SALUD EN LA UIAE DEL DEPARTAMENTO DE ELCHE

Panel 30

Autores: Pujalte Aznar MF; Guillén Miralles MA; Martínez Sánchez B; Casillas Jiménez MA; Antón López MD.

Hospital General de Elche.

MONITORIZACIÓN REMOTA EN PACIENTES PORTADORES DE SISTEMAS DE ESTIMULACIÓN CARDIACA

Panel 31

Autores: Gómez Villalba MJ.

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

PERFIL DE PACIENTES SOMETIDOS A CARDIOVERSIÓN EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

Panel 32

Autores: Herrero Pérez A.

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA AL ALTA HOSPITALARIA

Panel 33

Autores: Herrero Pérez A.

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

HIPERPOTASEMIA O SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Panel 34

Autores: Albor Suárez DR¹; Torreiro Pampín ML²; Garbiras Serrano M¹; López Pena A¹; Otero Outes E¹.

Hospital Policlínica La Rosaleda. Santiago de Compostela¹; Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela².

SE PRESENTA A PREMIO

LA ACTIVIDAD ENFERMERA EN LOS NUEVOS EQUIPOS DE RADIOPROTECCIÓN: ZERO GRAVITY

Panel 35

Autores: San Salvador Ausin Z; Gesto Moral FA; Piriz Marqués A; Hernández García R; Colio Caba M; Septien Tellaeche F; Gutiérrez Caloca N.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

VALORACIÓN DEL REGISTRO DEL DOLOR EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDIACA

Panel 36

Autores: González Alonso MA; Grau Mur MP; Santamaría Laín R; Soler Ferrer M.

SCIAS Hospital de Barcelona.

MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO REMOTO DE MARCAPASOS

Panel 37

Autores: Cuesta Sainz T¹; Ruiz Peña A²; López Echevarría A¹; Sainz Godoy I¹; Arana Aramburu JI¹; Bodegas Cañas AI¹.

Hospital Universitario de Cruces. Bilbao¹; Hospital Universitario de Basurto. Bilbao².

DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE SUBCUTÁNEO. LA EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Panel 38

Autores: Ramos González-Serna A¹; García Rojas A¹; Asián Cordero A¹; Mateos García MD²; Pedrosa Carrera C¹.
Hospital Virgen de Valme. Sevilla¹; Universidad de Sevilla².

UTILIDAD DE LA CONSULTA PRECATETERISMO AMBULATORIO EN UN HOSPITAL COMARCAL SIN HEMODINÁMICA

Panel 39

Autores: Santirso López G; Pérez Sanjurjo M.
Hospital San Agustín. Avilés.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CORONARIO ENTRE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y PRIMARIA

Panel 40

Autores: Cuevas López E¹; Carmona Heredia AM²; Torta Castelló R².
EAP Torreforta -La Granja. Tarragona¹; Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona².

DENERVACIÓN RENAL COMO TRATAMIENTO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE

Panel 41

Autores: Puerta Serén L; Espinosa Sánchez MA; Fuentes Diez MI.
Hospital Galdakao – Usansolo.

CIERRE PERCUTÁNEO DE LA OREJUELA IZQUIERDA: DESCRIPCIÓN Y TÉCNICA

Panel 42

Autores: Espinosa Sánchez MA; Puerta Serén L; Fuentes Diez MI.
Hospital Galdakao – Usansolo.

RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE REINGRESOS Y LAS RECAÍDAS EN TABAQUISMO DE PACIENTES QUE COMPLETAN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Panel 43

Autores: Barreñada Copete E; Domínguez Paniagua J; Campuzano Ruiz R; López Navas MJ; Guerra Polo JM; Valle Martín B; Serrano Serrano R; Risco Risco C; Gutiérrez Villanueva A; Botas Rodríguez J.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid.

CONTROL DEL DOLOR POSOPERATORIO TRAS CIRUGÍA CARDIACA, UNA PRIORIDAD

Panel 44

Autores: Piñero Sáez S; Caballero García MJ.
Hospital Quirónsalud Albacete.

CUIDADOS Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LOS DRENAJES TORÁCICOS EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA

Panel 45

Autores: Caballero García MJ; Piñero Sáez S.
Hospital Quirónsalud Albacete.

SE PRESENTA A PREMIO

PERFORACIÓN CORONARIA MANEJADA CON INFLADO PROLONGADO E INYECCIÓN DISTAL DE SANGRE POR MICROCATÉTER PARA EVITAR LA ISQUEMIA

Panel 46

Autores: Mateo Díaz J¹; Guardiola Esquinas R²; Sánchez Clivillé A¹; Mohandes Youssefian M².
Hospital Universitario Sant Joan. Reus/ Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona¹; Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona².

CONTROL DE LA COAGULACIÓN EN PACIENTES PORTADORES DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA CIRCULATORIA

Panel 47

Autores: Simarro Ramírez L; Álvarez Holgado L; Torra Ricart L; Beltrán Folch L; Sicilia Pérez M; Ortega Condes J.
Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

CARROS DE MOVILIDAD EN SALA DE CARDIOLOGÍA

Panel 48

Autores: Ortiz Aragón MI; Calatayud Brotons B; Orgelan Cini M; Renovell Martínez M.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA QUE NECESITAN TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

Panel 49

Autores: Mesa Rico R¹; Timonet Andreu E¹; Canca Sánchez JC¹; Rodríguez Alarcón P¹; Marqués Sulé E²; Toré Meléndez F¹; Sempere Rubio N²; Casaña Granel J²; Querol Fuentes F²; Fernández Oliver AL³.
Agencia Sanitaria Costa del Sol. Marbella¹; Universidad de Valencia²; Hospital Virgen de la Victoria. Málaga³.

SE PRESENTA A PREMIO

EXPERIENCIAS DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES PORTADORES DE UN DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR MECÁNICA. UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Panel 50

Autores: Cundín Laguna M¹; Pueyo Garrigues S¹; Jimeno San Martín L¹; Pueyo Garrigues M²; Romero Belmonte C¹.**Clínica Universidad de Navarra. Pamplona¹; Universidad de Navarra. Pamplona².**

CUIDADO DE ÚLCERAS VENOSAS EN PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Panel 51

Autores: Rodríguez Gallego JC; Benlloch Pérez E; Moyano Navalón P; Villaescusa Capilla A; Mollar Fernández A; Montalvo Torró E; Alba Luque R; Valero Picher E; Miñana Escrivá G; Núñez Villota J.**Hospital Clínico Universitario de Valencia.**

IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE HEMODINÁMICA EN LA CLÍNICA VISTAHERMOSA DE ALICANTE: ¿ESTÁN NUESTROS PACIENTES SATISFECHOS?

Panel 52

Autores: Santos Gómez R; Casabona Martínez I; Martínez Gómez A; Gil Ferre A; Correoso Padilla J.**Clínica Vistahermosa. Alicante.**

ESTUDIO DE VALORACIÓN DEL USO DE APÓSITOS DE GASA VERSUS APÓSITOS DE LARGA DURACIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE MARCAPASOS/DAI

Panel 53

Autores: Hammadi Zaba F; Alonso Alonso R; Sánchez Revilla ME; Francés Díez MC; Hera Díez MM; Martín Tejero MC; Sedano Collantes MM.**Hospital Universitario de Burgos.**

INSUFICIENCIA CARDIACA SECUNDARIA A DISFUNCIÓN CRÓNICA DEL INJERTO EN PACIENTE TRASPLANTADO DE CORAZÓN

Panel 54

Autores: Luque López R; Cepas Sosa A; Arizón Del Prado JM.**Hospital Reina Sofía. Córdoba.**

ECMO, NUNCA BAJEMOS LA GUARDIA

Panel 55

Autores: Martín Cerezo X; Arbonés Arqué D; Sicilia Pérez M; Rojas García A; Molina Mazón CS; Romero Arnau M; Ruestes Virtus G; Gómez Sanz AB; Bermejo Vázquez C; César Escobar E.**Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.**

LA GUÍA «HOJA DE RUTA» PARA PACIENTES Y FAMILIARES DE CIRUGÍA CARDIACA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE GRANADA

Panel 56

Autores: Díez Herranz ML; Barquero Vargas MC; Arias Puertas JJ.**Complejo Hospitalario de Granada.**

IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO SIN CABLES MICRA Y ABLACIÓN DEL NODO AV EN PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR CON MAL CONTROL DE FRECUENCIA CARDIACA

Panel 57

Autores: Mirantes Fernández A; Lago Quintero JR; Paredes Rodríguez A.**Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela.**

EXPERIENCIA PRELIMINAR EN LA INSTAURACIÓN Y DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y ALTA DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Panel 58

Autores: Rodríguez Morales AM¹; Gómez Fernández P¹; Landero García FJ¹; Moraleda Salas T¹; López Suárez A¹; Rodríguez Morales I².**Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva¹; EPES Huelva².**

SE PRESENTA A PREMIO

DETECCIÓN Y MONITORIZACIÓN DE LA APNEA DEL SUEÑO SEVERA EN PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASOS

Panel 59

Autores: Domínguez Liste AM; Lago Quintero JR; Fernández Requejo T.**Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela.**

COORDINACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DEL CORAZÓN

Panel 60

Autores: Basanta Castro MJ; Núñez Tallón MA; Jiménez Serrano C; Seco Aldegunde S; Abad García M.**Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.**

PACIENTES ANTIAGREGADOS CON TICAGRELOR: EFECTOS ADVERSOS

Panel 61

Autores: López Sixto SM; Gil Canabal MP; Outes Velay MB; Torreiro Pampín ML; Reino Maceiras MV; Córdova Martínez MC; Mesa Amado MC; Blanco Vega F; Ferrón Novais AM.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela.

SE PRESENTA A PREMIO

IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA: REFERENTE PARA EL PACIENTE / CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA EN PACIENTES

Panel 62

Autores: Gómez González E¹; Valera Lloris R²; Veinat Medes RM³; Fraile Tudela S⁴; Pechuan Calero MA¹.

Centro de Especialidades de Aldaia¹; Centro de Especialidades de Mislata/HACLE²; Centro de Especialidades de Manises³; Centro de Especialidades de Mislata⁴.

SE PRESENTA A PREMIO

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA DE PACIENTES TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Panel 63

Autores: Valera Lloris R¹; Gómez González E².

HACLE Mislata/CEMISLATA¹; Hospital Manises (CEAldaia)².

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, PREVENCIÓN PRIMARIA Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS CARDIOSALUDABLES EN LA POBLACIÓN GENERAL

Panel 64

Autores: Cubas Pardo MI; García Ocaña MA; Gómez Salinas F; Bautista Bartolomé A; Cabo Alandes F; Jareño Roglán MT; Garrido Bartolomé A; Rocafort Valles A.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

CLORHEXIDINA *VERSUS* POVIDONA YODADA EN LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN QUIRÚRGICA POR IMPLANTE DE DISPOSITIVOS CARDIACOS

Panel 65

Autores: Latorre Molano AI¹; Latorre Molano C²; Torta Castelló R¹.
Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona¹; Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia².

MÁRCATE UN MARCAPASOS

Panel 66

Autores: Rodríguez Cañás D; Seoane Pardo NM; Blanco Longueira MB.
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

RECAMBIO VALVULAR AÓRTICO SIN SUTURA: ALTERNATIVA PARA PACIENTES DE ALTO RIESGO QUIRÚRGICO

Panel 67

Autores: Barquero Vargas MC; Diez Herranz ML; Barquero Vargas MC; Arias Puerta JJ.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

EL DIAGNÓSTICO DE EPOC IMPLICA UN PEOR REMODELADO EN PACIENTES CON TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

Panel 68

Autores: Alsina Restoy X; Bernadó Prats C; Blanco Vich I; Burgos Rincón F.
Hospital Clinic i Provincial de Barcelona.

VALORACIÓN DEL USUARIO QUE PARTICIPA EN UN PROYECTO CONJUNTO CON PROFESIONALES SANITARIOS

Panel 69

Autores: Martínez Hernández MM; Hernández Hernández I; Ramón Carbonell M; Navarro Navarro C; Olid Martínez F; Hernández Castelló MDC; Baeza RM; Areñío Yugueros C; Rabadán Anta T.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

PERFIL CLÍNICO Y FARMACOLÓGICO DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO QUE COMIENZAN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA FASE II

Panel 70

Autores: Marqués Sulé E¹; Sempere Rubio N¹; Casaña Granell J¹; Mesa Rico R²; Timonet Andreu E²; Canca Sánchez JC²; Rodríguez Alarcón P²; Toré Meléndez F²; Querol Fuentes F¹.

Universidad de Valencia¹; Agencia Sanitaria Costa del Sol. Marbella².

ATENCIÓN DE UN PACIENTE CON TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Panel 71

Autores: Latorre Molano C¹; Latorre Molano AI²; Torta Castelló R².
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia¹; Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona².

COMPLICACIONES DE HERIDAS QUIRÚRGICAS EN LAS CRC EN PACIENTES OBESOS

Panel 72

Autores: Alonso Porto MJ; López Caballero T; Cabezas Martínez AM; Martín Gutiérrez E.

Complejo Asistencial Universitario de León.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN BASADO EN LA EVIDENCIA: TRASLADO DEL PACIENTE DE CIRUGÍA CARDIACA DEL QUIRÓFANO A LA UNIDAD DE REANIMACIÓN

Panel 73

Autores: Gutiérrez Plata M; García N; Domínguez Baños MA.

Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.

SE PRESENTA A PREMIO

ESTUDIO TRANSVERSAL DESCRIPTIVO SOBRE LA RETIRADA DEL COMPRESIVO RADIAL Y FEMORAL TRAS CATETERISMO CARDIACO

Panel 74

Autores: Ruiz Verdugo C; Jiménez Cabeza S.

Hospital Universitario Vall d'hebron. Barcelona.

INFLUENCIA DEL EJERCICIO FÍSICO Y SALUD EN LA ELEVACIÓN DE LOS NIVELES DE TENSIÓN ARTERIAL

Panel 75

Autores: Astasio Picado A.

Hospital Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata.

DIABETES. AFECTACIÓN NEUROLÓGICA Y CARDIOVASCULAR EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

Panel 76

Autores: Astasio Picado A.

Hospital Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata.

RESULTADOS DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DURANTE LOS PRIMEROS MESES DEL PROGRAMA DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Panel 77

Autores: Toré Meléndez F¹; Domínguez Naranjo A¹; Timonet Andreu E¹; Delgado Gallego S¹; Mesa Rico R¹; Marqués Sulé E²; Sempere Rubio N²; Casaña Granell J²; Querol Fuentes F².

Agencia Sanitaria Costa del Sol. Marbella¹; Universidad de Valencia².

LISTADO DE AUTORES DE COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL 37.º CONGRESO NACIONAL DE LA AEEC

AUTOR	PÁGINA/S	AUTOR	PÁGINA/S	AUTOR	PÁGINA/S	AUTOR	PÁGINA/S
Abad García M	45	Bodegas Cañas AI	43	Domínguez Naranjo A	47	Gómez Palomar M	38
Abrisqueta Sabas T	26	Bolufer Vidal A	30	Domínguez Paniagua J	27,41,44	Gómez Palomar MJ	41
Achutegui Cerezo MT	16	Botas Rodríguez J	27,41,44	Domínguez Peramarch R	15	Gómez Pastor MA	13
Alacahú Cortés C	22	Burgos C	31	Erice Goñi E	29	Gómez Salinas F	46
Alba Luque R	25,45	Burgos Rincón F	46	Espinosa Sánchez MA	44	Gómez Sanz AB	45
Alba Saá F	12	Bustamante Cibrián C	37	Espiño Abeledo R	35	Gómez Villalba MJ	43
Alberola Chazarra M	43	Caballero García MJ	44	Ezenarro Muruamendiara A	24	González Alonso MA	43
Albor Suárez DR	33,43	Caballero Pérez A	13	Falguera Alegre MDY	24	González Nisarre MC	35
Alconero Camarero AR	15,25,31,39,41,42	Cabezas Martínez AM	47	Fandiño Pampin I	30	Gonzalvo Navarro R	41
Almela Alcaide P	16,21	Cabo Alandes F	46	Faraudo García M	19	Goñi Viguria R	14,24
Alondo Gandarillas T	34	Cabrera Rabaz MB	12	Febrer Juan N	42	Grau Jornet G	13
Alonso Alonso R	45	Calatayud Brotons B	44	Felipe Medina MA	43	Grau Mur MP	43
Alonso Hornero ME	19	Calvo Barriuso E	26,31,34	Fernández Fernández MT	24	Grille Cancela Z	38
Alonso Peña N	15,41	Calvo Vidal R	42	Fernández Iriarte E	30	Guardiola Esquinas R	44
Alonso Porto MJ	47	Campuzano Ruiz R	27,41	Fernández Molina P	20	Guerra Polo JM	27,41,44
Alsina Restoy X	46	Canca Sánchez JC	27,44,46	Fernández Oliver AL	26,27,40,44	Guillén Miralles MA	43
Álvarez Alarcón N	34	Cano García S	32	Fernández Peña E	15,41	Guillermo Gálvez C	41
Álvarez Holgado L	35,44	Cánovas Vergé D	15	Fernández Redondo MDC	12	Gurrea Ramón FM	42
Alzueta Aldunate M	30	Cantos Gutiérrez C	22	Fernández Requejo T	45	Gutiérrez Caloca N	34,43
Amor Cambón J	33	Cañas Gil AM	37	Ferrer Pardo C	22	Gutiérrez Capdet M	15
Andrés Casamiquela E	41	Capellà Llovera T	20	Ferrero Marco AJ	21	Gutiérrez Díez A	22
Andueza Alegría I	24	Capella Trigo ML	41	Ferrero Silvestre MJ	13	Gutiérrez Plata M	47
Antón López MD	43	Carmona Heredia AM	44	Ferrón Novais AM	30,46	Gutiérrez Villanueva A	27,44
Arana Aramburu JI	43	Carretón Manrique M	39	Flórez García MT	27,41	Hammadi Zaba F	45
Arbonés Arqué D	45	Carrillo Camacho E	37	Flórez Losantos A	30	Hera Díez MM	45
Areñito Yugueros C	46	Carroll D	26	Fonfría Vivas R	26	Hernández Castelló MC	43,46
Arias Puertas JJ	45	Casabona Martínez I	45	Fradejas Sastre V	15,25,31,41,42	Hernández del Rincón JP	42
Arnaiz Villanueva N	37	Casaña Granell J	27,40,44,46,47	Frailé Tudela S	46	Hernández Díaz MC	39
Arizón Del Prado JM	45	Casas de la Cal L	35	Francés Díez MC	45	Hernández García R	34,43
Aroca Fernández L	42	Casillas Jiménez MA	43	Freixa Pàmias R	19	Hernández Hernández I	43,46
Arozamena Pérez J	25	Castelló Fosch N	23	Fuentes Díez MI	44	Hernández Martínez JC	22
Arraztoa Alcasena M	14	Castillo Poyo R	31,34,36	Furriel Aranda B	33	Hernando García FJ	24
Arufe Manteiga MI	30	Cepas Sosa A	32,42,45	Gago Gago C	30	Herrero Pérez A	43
Asensio Flores S	26	Cereijo Silva EG	21	Gallardo López A	22	Herva Graña B	35
Asensio Román N	40	César Escobar E	31,34,36,45	Gallardo Vera R	26	Hevia Puyo S	41
Asián Cordero A	44	Chamorro Fernández CI	13	Gallego Escototado C	13	Hinterbuchner L	26
Astasio Picado A	47	Climent Coronado L	20	Gallego López MI	21	Horriolo Alonso I	40
Astin F	26	Colio Caba M	34,43	Garbiras Serrano M	43	Huarte Jiménez M	29
Asunción Tarín MD	16,20,39	Cólliga Calleja A	42	García Arroyo S	24	Huésca Roda J	20
Ayllon Cases R	43	Conde Rodríguez V	41	García Blas S	13	Husillos Tamarit I	22
Azcona Ciriza L	29,40	Conejero Ferrer P	18,22,32	García Cañón B	39	Ibáñez Rementería I	15,25,31,39,41,42
Bañuelos San José MA	24	Cordeiro Rodríguez M	13	García Fuentes JL	26	Ibarrola Izura S	25,30
Bardolet Cerén N	19	Córdoba Soriano JG	22	García Guerrero ML	34	Iglesias Mier TM	22
Barquero Vargas MC	45	Córdova Martínez MC	41,46	García Martínez M	15,41	Iglesias Puente P	15
Barreñada Copete E	27,41,44	Correoso Padilla J	45	García N	47	Insauti Ruiz MT	25
Barrios Ropero ME	41	Costas Graña C	38	García Ocaña MA	46	Irañeta Espinal U	25
Bartolomé Fuente A	40	Coto Linde R	16	García Orts A	22	Irizar Jáuregui MF	40
Basanta Castro MJ	42,45	Cubas Pardo MI	46	García Pérez MC	37	Izcue Irigoyen MB	25
Bautista Bartolomé A	46	Cuenca Romero I	25	García Picart J	14	Izquierdo Bernal S	31,34,36
Becerra Do Ejo C	21	Cuesta Sainz T	43	García Rojas A	44	Izquierdo Torre MV	24
Béjar Prado LM	29,37,40	Cuevas López E	44	García Sainz L	14	Jareño Roglán MT	26,46
Belcos Moreno ME	25	Cundín Laguna M	45	García Valls M	27,38	Jennings C	26
Beltrán Folch L	35,44	De Casas Herrando N	33	García-Casarrubios Jiménez J	25	Jiménez Cabeza S	47
Benito Alfonso M	15,41	De la Varga Morán MT	41	Garrido Bartolomé A	38,46	Jiménez Cruz V	16,21
Benlloch Pérez E	45	De las Heras L	25	Garries Becchi E	20	Jiménez González F	40
Beortegui Urdániz E	25,30	De los Mozos Pérez AB	24	Gesto Moral FA	34,43	Jiménez Mateo A	32
Berga Congost G	14,23	De Miguel Gutiérrez L	13	Gil Canabal MP	41,46	Jiménez Mazuecos JM	22
Bermejo C	31	De Ríos Briz N	24	Gil Ferre A	45	Jiménez Muro I	29
Bermejo Rodríguez E	18	Delgado Gallego S	47	Gil León M	36	Jiménez Serrano C	42,45
Bermejo Ruiz S	13	Deniz Balcells G	14	Gimeno Blanes JR	42	Jiménez Zamorano N	27
Bermejo Vázquez C	34,36,45	Díaz Cambronero JI	22	Girón Barrenengoa H	13	Jimeno San Martín L	45
Bernadó Prats C	46	Díez Herranz ML	45,46	Gómez Díez ML	39	Jornet Ibiza D	42
Blanco Abril S	16	Díez Pachón M	41	Gómez Fernández M	21	Juandeaburre Pedroarena B	24
Blanco Calvo M	38	Doiz Arriazu R	40	Gómez Fernández P	45	Juves Guillem S	15
Blanco Canosa P	38	Domene Nieves de la Vega G	31,34,36	Gómez González E	46	Kletsiou E	26
Blanco Longueira MB	36,46	Domínguez Baños MA	47	Gómez López F	24	Labiano Pérez-Seoane C	24
Blanco Vega F	46	Domínguez Ceballos ML	33	Gómez Martínez O	22	Lago Quintero JR	45
Blanco Vich I	46	Domínguez Liste AM	42,45	Gómez Palomar C	14	Lamuedra del Olmo M	35

LISTADO DE AUTORES DE COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL 37.º CONGRESO NACIONAL DE LA AEEC

AUTOR	PÁGINA/S	AUTOR	PÁGINA/S	AUTOR	PÁGINA/S	AUTOR	PÁGINA/S
Landero García FJ	45	Moyano Navalón P	13,45	Redondo Otegui A	24	Sanz Muruzábal P	30
Landete Belda L	38	Muñoz Villarreal AB	32,42	Reina de La Torre S	22	Sarabia López E	25
Latorre Molano AI	28,46	Murias Freijo M	41	Reina Martín B	40	Seco Aldegunde S	42,45
Latorre Molano C	28,46	Navarro Aguilar V	25	Reino Maceiras MV	17,30,41,46	Sedano Collantes MM	45
Lázaro Castañer C	22	Navarro Hernández A	25	Renovell Martínez M	44	Segarra Y	31
Lizárraga Ursúa Y	14	Navarro Navarro C	46	Revert Gandía RM	13	Sempere Rubio N	27,40,44,46,47
López Barrientos C	35	Navarro Terol T	25	Rey Santiso M	42	Seoane Pardo NM	36,46
López Caballero T	47	Naya Leira C	38	Reyes Galera MJ	13	Septien Tellaech F	34,43
López Carballal D	35	Nebot Margalef M	26	Rial Boubeta A	17	Serrano Serrano R	27,44
López Castellanos G	16	Neiro Rey MC	17	Richart Martínez M	17	Sesto Rivas L	38
López Cuenca D	42	Nistal Franqueira M	35	Risco Risco C	44	Sicilia Pérez M	35,44,45
López Echevarría A	43	Núñez Chávarry J	35	Robador Llorente B	29	Simarro Garrigós MC	22
López García T	25	Núñez Tallón MA	21,45	Rocafort Valles A	18,46	Simarro Ramírez L	35,44
López López I	16,21	Núñez Villota J	13,45	Rodríguez Alarcón P	27,40,44,46	Solaz Ródenas C	18
López Mases P	25	Ocariz Aguirre MA	24	Rodríguez Cañás D	36,46	Soler Ferrer M	43
López Mora G	39	Olid Martínez F	46	Rodríguez Carcelén MD	22,25	Soriano Escobar L	22
López Navas MJ	27,41,44	Olmo Conesa MDC	42	Rodríguez Catalán L	41	Sorribes Albors AJ	27
López P	37	Orfila Arias V	42	Rodríguez Escanciano V	35	Soto Gil M	23
López Pena A	33,43	Orgelan Cini M	44	Rodríguez Gallego JC	13,45	Suárez Guerra AM	19
López Sixto SM	41,46	Ortega Condes J	35,44	Rodríguez Morales AM	45	Tarrela Redonda N	41
López Suárez A	45	Ortega Fernández L	42	Rodríguez Morales I	45	Tena Chacón JJ	16
López Zarrabeitia I	40	Ortiz Aragón MI	44	Rodríguez Sanjurjo MC	35	Teruel Roche S	25
Lucas Contreras P	26	Otero Dutes E	33,43	Rojas García A	31,34,36,45	Thomas Yolles JM	42
Luna Gallardo P	42	Outes Velay MB	30,41,46	Rojas Mata MB	40	Timonet Andreu E	27,40,44,46,47
Luque Barrero MP	16	Pacios Pacios MA	12	Romero Aniorte AI	43	Toré Meléndez F	44,46,47
Luque López R	45	Palacios Muñoz P	40	Romero Arnaú M	31,34,36,45	Torra Ricart L	35,44
Luque Oliveros M	29,37,40	Palomar Llatas J	15	Romero Belmonte C	45	Torreiro Pampín ML	30,33,41,43,46
Macías Marín R	33	Papín Rivas MP	33	Romero González A	22	Torres Martínez I	40
Majó Ramírez D	41	Pardo González M	15	Roselló Hervás M	16,21	Torres Sánchez EM	22,25
Manzano Espinosa L	16	Paredes Cabrera B	19	Rubio González P	20	Torta Castelló R	28,42,46
Marqués Sulé E	27,40,44,46,47	Paredes Rodríguez A	45	Rubio Marco E	24	Touceda Magariños S	33
Márquez López A	14	Pariente Fernández G	16,20,39	Ruestes Virtus G	31,36,45	Trilla Colominas M	15
Marsal Peset A	25	Pastor Moreno A	42	Ruiz Fuentes MJ	41	Uchmanowicz I	26
Martí Bononad R	15	Pastor Quirante F	42	Ruiz García MJ	25	Urbiola García A	14
Martín Cerezo X	45	Paz Fuentes AE	41	Ruiz Ortega R	16	Urguelles Sánchez I	38
Martín Gutiérrez E	47	Paz Jaén E	23	Ruiz Peña A	41,43	Valbuena Condon M	30
Martín Moreno MR	37	Pazos Seco V	35	Ruiz Verdugo C	47	Valcárcel Piñero MA	22
Martín Pérez S	14	Pechuan Calero MA	46	Rumiz González E	16,21	Valdés Torres S	42
Martín Tejero MC	45	Pedrosa Carrera C	44	Ruppar T	26	Valera Lloris R	46
Martínez Marchan E	42	Peiró Andrés A	18	Sabater Sánchez M	33,38	Valero García MC	40
Martínez Casas S	20	Peña Gil C	17	Saborit Polo S	19	Valero Piche E	13,45
Martínez Gómez A	45	Peña Larrazabal MI	24	Sáez Jiménez MR	18,38	Valle Martín B	44
Martínez Hernández MM	43,46	Pereiro Pérez MA	24	Sainz Godoy I	43	Valverde Bernal J	14
Martínez Llopis B	30	Pérez Alfageme J	41	Sainz González M	15,41	Vázquez Carreira S	21
Martínez Ortiz G	16, 20,39	Pérez Fernández AM	21	Sainz Terrones Fernández D	40	Vázquez Castaño MP	40
Martínez Sánchez B	43	Pérez García S	14	Saiz Petrus AC	42	Vázquez Jacob M	21
Masip Utset J	19	Pérez Rodríguez A	15	Salor López M	18	Vecina Oliver A	27,38
Mata Garibay RB	41	Pérez Sanjurjo M	19,23,28,44	San Salvador Ausin Z	34,43	Vega Gutiérrez A	39
Mateo Díaz J	44	Pescador Valero A	22	Sánchez Clivillé A	44	Veinat Medes RM	46
Mateos García MD	44	Pimenta-Fermisson-Ramos P	22	Sánchez De la Rosa LD	41	Velasco Calvo AM	41
Melehi El-Assali D	22	Piñero Sáez S	44	Sánchez Fernández MDC	42	Velasco Nieves A	23
Melero Lacasia A	29	Piriz Marqués A	34,43	Sánchez Gallego C	16	Vicente Abuín MD	33
Melus Aznar M	36	Pons Pons N	42	Sánchez Lacuesta E	15	Vidal Guiamets JJ	24
Mendiluce Greño N	25	Pons Salas JF	20	Sánchez Revilla ME	45	Villaescusa Capilla A	13,45
Merino Romero MI	34	Prada Ramallal G	17	Sánchez Sánchez R	40	Villalba Lizandra N	15
Mesa Amado MC	46	Puerta Serén L	44	Sánchez Soriano RM	13	Villanueva Roldán N	24
Mesa Rico R	26,27,40,44,46,47	Pueyo Garrigues M	45	Sánchez Zancajo R	36	Villaplana García P	30
Mgueraman Jilali R	26, 40	Pueyo Garrigues S	45	Sánchez-Matamoros Martín MD	29,37, 40	Viñolas Prat X	23
Míguez Piñero A	41	Pujalte Aznar MF	17,43	Sanchís Fores J	13	Virto Pejenaute M	40
Miñana Escrivá G	13,45	Pumares Álvarez M	16	Sancllemente Giménez S	36	Zamorano Lluesma M	26,27
Mirantes Fernández A	21,45	Querol Fuentes F	27,40,44,46,47	Sandonis Ruiz LM	24	Zuloaga Quiroga P	40
Mohandes Youssefian M	44	Quintana Giner M	12,43	Santamaría Gómez N	39		
Molina Mazón CS	45	Rabadán Anta T	20,40,43,46	Santamaría Laín R	20,43		
Mollar Fernández A	13,45	Ramírez Arrabales P	41	Santamaría Luna E	33,36		
Montalvo Torró E	13,45	Ramón Carbonell M	43	Santirso López G	19,23,28,44		
Moraleda Salas T	45	Ramos González-Serna A	44	Santos Arranz M	34		
Moralejo Martín M	16	Ramos Isabel A	40	Santos Gómez R	45		
Moreno Weidmann Z	23	Rebollo Canalejo L	24	Sanz Llorens MJ	38		

INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOCIOSANITARIA: DISEÑO DE ESTUDIOS CUALITATIVOS CARACTERÍSTICAS GENERALES Y CONCEPTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA (1.ª PARTE)

Autoras

Alica Hanzeliková Pogrányivá¹, Concha Noriega Matanza².

1 Enfermera del Servicio de Salud de Castilla la Mancha. Toledo. Máster en Investigación en Cuidados. Doctoranda en Psicología por la Universidad Camilo José Cela de Madrid.

2 Máster en Investigación en Cuidados. Doctora por la Facultad de Medicina de la Universidad de Castilla la Mancha. Profesora de Enfermería en la Universidad de Alcalá de Henares.

Dirección para correspondencia

Alica Hanzeliková Pogrányivá
Comité Editorial de Enfermería en Cardiología
Casa del Corazón
Ntra.Sra. de Guadalupe, 5-7
28028 Madrid

Correo electrónico:

alica.hanzelik@gmail.com

*Investigar es ver lo que todo el mundo ve y pensar lo que nadie piensa.
Albert Szent- Györgyi*

Resumen

Aunque la investigación cualitativa no es algo novedoso en las ciencias socio sanitarias, el interés que ha despertado este tipo de investigación entre los profesionales de la salud es relativamente reciente, concretamente comenzó en los años 50 y 60 del siglo XX. Tanto los métodos de razonamiento como la terminología utilizada, se distinguen claramente de los de la investigación cuantitativa, ofreciendo además otras orientaciones filosóficas. En este artículo, se presentan algunas nociones básicas para la lectura y comprensión de estudios cualitativos, así como para la aplicación clínica de sus resultados.

Palabras clave: investigación cualitativa, diseños, metodología.

INTRODUCTION TO SOCIO-SANITARY RESEARCH: QUALITATIVE STUDY DESIGN. GENERAL CHARACTERISTICS AND BASIC CONCEPTS OF QUALITATIVE RESEARCH (1st PART)

Abstract

Although qualitative research is not new in socio-sanitary sciences, the interest that this kind of research has awakened among health professionals is rather recent; specifically, it started in the '50s-'60s of the 20th century. Both the methods of reasoning and the terminology used clearly differ from those used in quantitative research, and offer as well other philosophical orientations. In this article, some basic notions for the reading and comprehension of qualitative studies, as well as for the clinical application of their results, are presented.

Keywords: qualitative research, designs, methodology.

INTRODUCCIÓN

La investigación cualitativa en el mundo sanitario es especialmente adecuada para conocer los valores, creencias y actitudes sobre el proceso de salud/enfermedad, tanto de la población objeto de estudio, como de los profesionales de la salud. Los conocimientos que este tipo de investigación aporta, redundan en último término en proporcionar a la población una atención de calidad y ante todo adaptada a las necesidades detectadas y al perfil del usuario. Los profesionales sanitarios en multitud de ocasiones prestan cuidados sin tener en cuenta, por desconocimiento, qué características sociales, económicas, culturales, de creencias y valores tiene el paciente. Esta visión y actitud del profesional, condiciona indiscutiblemente la calidad de los cuidados que se procuran al paciente. Parece necesario entonces, investigar en este sentido con el fin de conocer además las actitudes que presentan profesionales y pacientes.

La investigación cualitativa contribuye al estudio de los fenómenos en el campo del proceso salud/enfermedad de manera delimitada. En los años 50-60 del siglo XX se la conocía con el nombre de Sociología de la Medicina o Antropología de la Salud. A pesar de que ha sido durante décadas un tipo de investigación delimitada, actualmente goza de un extraordinario auge entre investigadores de las ciencias de la salud.

Los enfoques cualitativos de investigación socio-sanitaria tienen una muy buena aceptación ya que van desarrollándose y avanzando cada vez más. Con respecto a la formación en este campo, en la actualidad la oferta de cursos, másters, etc, ha aumentado considerablemente. Asimismo, cada vez aparecen un mayor número de revistas dedicadas a este tipo de investigaciones, también actualmente se ha incrementado la publicación de libros y artículos que abordan en mayor o menor profundidad sus características. Este artículo por tanto, trata de proporcionar un conocimiento básico sobre el enfoque de la investigación cualitativa, con el objeto de proporcionar una orientación sencilla que permita iniciar el camino paso a paso, en este tipo de investigación.

¿QUÉ ES LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA?

Para esclarecer más el término, investigación cualitativa, se presentan las siguientes definiciones del concepto por diferentes autores:

«Es un desafío, para el autor de un libro sobre investigación cualitativa, responder a una pregunta inspirada por el sentido común: ¿qué es eso? Si bien no hay una definición integral breve, el marco organizador singular es la concentración teórica y metodológica en las complejas relaciones entre 1) los significados personales y sociales, 2) las prácticas individuales y culturales, y 3) el entorno material o contexto.»¹

«Es aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable.»²

«La investigación cualitativa o metodología cualitativa es un método de investigación usado principalmente en las ciencias, que se basa en cortes metodológicos sobre principios teóricos, tales como la fenomenología, la hermenéutica, la interacción social, empleando métodos de recolección de datos no cuantitativos, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los respondientes. La investigación cualitativa requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan. Investiga el por qué y el cómo se tomó una decisión, en contraste con la

investigación cuantitativa que busca responder preguntas tales como cuál, dónde, o cuándo.»³

«La investigación cualitativa es un proceso interpretativo de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas –la biografía, la fenomenología, la teoría fundamentada en los datos, la etnografía y el estudio de casos que examina un problema humano o social. Quien investiga construye una imagen compleja y holística, analiza palabras, presenta detalladas perspectivas de los informantes y conduce el estudio en una situación natural...»⁴

«La investigación cualitativa es una investigación (...) multimetódica, naturalista e interpretativa.»⁵

«...una aproximación sistemática y subjetiva que permite describir las experiencias de vida y darles significado.»⁶

BREVE HISTORIA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Taylor y Bogdan en 1984 en su libro «Introducción a los métodos cualitativos de investigación»² presentan una nota sobre la historia de la investigación cualitativa y en esta nota se basa este resumen.

La observación descriptiva, las entrevistas y otros métodos cualitativos, son tan antiguos como la historia escrita. Los orígenes del trabajo de campo comienzan ya desde el griego Herodoto. Es a partir del siglo XIX y principios del XX, cuando se denominó método cualitativo y fue empleado conscientemente en la investigación social. Robert Nisbet (1966) escribe que el trabajo de LePlay en 1855, sobre familias y comunidades, constituye la primera investigación sociológica *científica*.

En antropología, la investigación de campo hizo valer sus méritos hacia principios del siglo. Malinowsky fue el primer antropólogo profesional que proporcionó una descripción de su enfoque investigativo y un cuadro del trabajo de campo. Es por ello que tanto la observación participante como la observación, han sido asociadas con la antropología e ignoradas por los sociólogos, puesto que parece que estos últimos estaban ya familiarizados con la información sobre la vida de las personas como para interesarse en qué mirar y qué preguntas hacer.

Los métodos cualitativos tienen una rica historia en la sociología norteamericana, aunque aún no hayan sido bien aceptados. Comenzó su divulgación en los estudios de la Escuela de Chicago en 1910. Antes de la década de 1940, por tanto, los estudiosos de la sociedad ya estaban familiarizados con la observación participante, la entrevista y los documentos personales. A pesar de esto, el interés por este método declinó hacia principios de los años 50, aunque resurgió de nuevo hacia 1960, siendo muchos los estudios que se han publicado basados en este método. Lo que alguna vez fue una tradición oral de investigación cualitativa, ha quedado bien registrada en multitud de monografías y compilaciones.

Los enfoques, tanto de sociólogos como de antropólogos, son sorprendentemente similares, siendo a veces difícil distinguir entre antropología cultural y sociología cualitativa, así por ejemplo Spradley en 1980, adopta el interaccionismo simbólico (perspectiva sociológica) como marco teórico.

En definitiva, a pesar de que la investigación cualitativa refleja clara tradición sociológica, parece claro que ha pasado a ser de uso general, independientemente de la disciplina del investigador.

EL PARADIGMA DE LA INVESTIGACIÓN

En las ciencias sociales han prevalecido dos perspectivas teóricas principales. La primera, el positivismo, reconoce

su origen en el campo de las ciencias sociales en los grandes teóricos del siglo XIX y primeras décadas del XX, especialmente August Comte (1896) y Emile Durkheim (1938,1951). Los positivistas buscan los hechos o causas de los fenómenos sociales con independencia de los estados subjetivos de los individuo².

La segunda perspectiva teórica principal se denomina fenomenológica, posee una larga historia. El fenomenólogo quiere entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor. Examina el modo en que se experimenta el mundo. La realidad que importa es lo que las personas perciben como importante.

Adoptando el modelo de investigación de las ciencias naturales, el positivista busca las causas mediante métodos tales como cuestionarios, inventarios y estudios demográficos, que producen datos susceptibles de análisis estadístico. El fenomenólogo, busca comprensión por medio de métodos cualitativos tales como la observación participante, la entrevista en profundidad y otros, que generan datos descriptivos, aunque no estamos afirmando que los positivistas no puedan emplear métodos cualitativos.

Las respuestas del constructivismo a las tres cuestiones a las que se ha visto que responden los paradigmas, son⁴:

Cuestión ontológica: Cada persona es una realidad propia y el mundo posee el significado que le atribuyen las personas. Existen diversas realidades, ya que son diversas las representaciones con las que las personas ven y explican los hechos. No hay una realidad universal válida. No es suficiente una realidad observada, tiene que ser interpretada también.

Cuestión epistemológica: No existe la separación del objeto de estudio e investigador. El objetivo es el estudio y la comprensión del comportamiento individual.

Cuestión metodológica: hay una interacción entre el participante y el investigador. Esta relación es imprescindible en el proceso epistémico. El objetivo es entender el significado otorgado por el individuo. Las técnicas de investigación según la interacción investigador y estudiado deben ser subjetivas. El conocimiento parte de un proceso inductivo, de descubrimiento de la realidad, acercándose a ella de forma abierta, sin prejuicios^{4,7}.

DIFERENCIAS ENTRE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Antes de profundizar en las propiedades de la investigación cualitativa, se exponen las principales diferencias entre la investigación cualitativa y cuantitativa. La diferencia, entre investigación cualitativa e investigación cuantitativa, no es solo la utilización o no de datos numéricos. Son dos visiones del mundo diferentes, donde se utiliza metodología de trabajo distinta; la forma de recoger y analizar datos, y otros muchos aspectos, difieren entre ellas.

Ambas alcanzan conocimientos diferentes, pero complementarios, enriqueciendo la investigación en las ciencias de la salud, mediante un enfoque múltiple. Las características más importantes de las investigaciones cualitativas y cuantitativas se enumeran muy detalladamente en la **Tabla 1**.

CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

En cierto modo, la investigación cualitativa está considerada como una manera de encarar el mundo empírico. Para describir las características propias de la investigación cualitativa, se adopta la propuesta de Taylor y Bogdan²:

1. La investigación cualitativa es inductiva.
2. En la metodología cualitativa, el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.
3. Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos han creado sobre las personas que son objeto de su estudio.
4. Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.
5. El investigador cualitativo aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
6. Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas.
7. Los métodos cualitativos son humanistas.
8. El investigador cualitativo da énfasis a la validez en su investigación.
9. Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.
10. La investigación cualitativa es un arte.

FASES DE LA INVESTIGACIÓN^{4,7}

Existen cuatro fases fundamentales en el proceso de investigación cualitativa:

1. Fase preparatoria. El estudio se inicia con una pregunta o una serie de preguntas de investigación. Una vez identificado el tema, el investigador suele buscar toda la información posible sobre el mismo. En definitiva, se trata de establecer el estado de la cuestión, pero desde una perspectiva amplia, sin llegar a detalles minuciosos.

2. Fase de «Trabajo de campo». Esta fase tiene dos etapas:

Acceso al campo: El investigador va accediendo progresivamente a la información fundamental para su estudio. Para recoger la información, se utilizan diferentes sistemas (grabadoras de voz, de vídeo, diarios, otros materiales., etc.).

Recogida productiva de datos: Es muy importante asegurar el rigor de la investigación, por eso hay que tener en cuenta la suficiencia y adecuación de los datos. La suficiencia se refiere a la cantidad de información recogida. Los datos son suficientes cuando se consigue un estado de saturación informativa.

3. Fase analítica. Los datos obtenidos de los participantes se estudian en profundidad. Es necesario seguir ciertas pautas a la hora de analizarlos:

- a) Reducción de datos.
- b) Disposición y transformación de datos.
- c) Obtención de resultados y verificación de conclusiones.

4. Fase informativa. Elaboración de un informe con los datos obtenidos. Los datos se presentan de manera convincente, sistemáticamente, refutando explicaciones alternativas. Existen dos maneras de redactar un informe:

- a) Como si el lector estuviera resolviendo un puzle con el investigador.
- b) Ofrecer un resumen de los principales hallazgos y entonces presentar los resultados que apoyan las conclusiones⁷.

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

La elección del método depende de la naturaleza de la pregunta de investigación y por lo tanto, con el método se buscará la mejor vía para obtener una respuesta. Los **principales métodos de investigación cualitativa** son:

Tabla 1. Diferencias entre la investigación cuantitativa y cualitativa⁴.

	INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA	INVESTIGACIÓN CUALITATIVA
Reichardt y Cook; 1986		
	<ul style="list-style-type: none"> - Métodos cuantitativos. - Positivismo. - Medición controlada. - Objetiva. - Fuera de los datos. - Confirmatoria, deductiva. - Orientada a los resultados. - Datos sólidos, repetibles. - Generalizable. - Particularista. - Realidad estática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Métodos cualitativos. - Fenomenología. - Observación naturalista. - Subjetiva. - Dentro de los datos. - Exploratoria, inductiva. - Orientada al proceso. - Datos ricos, profundos. - No generalizable. - Holística. - Realidad dinámica.
Guba; 1987		
Ontológica	Realismo: realidad independiente del observador.	Relativismo: realidad socialmente construida, consensuada.
Epistemológica	Objetivismo: el conocimiento puede darse con independencia del observador.	Subjetivismo: el conocimiento no puede darse al margen de quien lo crea.
Metodología	Intervención y control.	Hermenéutica, interpretación.
Otros		
	Objetiva basada en datos cuantificables.	Subjetiva, basada en comportamientos, creencias, vivencias de las personas.
	La pregunta de investigación no cambia a lo largo del estudio.	La pregunta de investigación puede variar a lo largo del estudio.
	El muestreo es probabilístico.	El muestreo es intencional, no probabilístico.
	Los datos son numéricos.	Los datos son el discurso de los informantes, no el número de informantes.
	Razonamiento deductivo.	Inductivo.

1. La etnografía.
2. La fenomenología.
3. La teoría fundamentada.
4. La etnometodología.
5. La investigación - acción.
6. El método biográfico.

1.- Etnografía

El termino etnográfico significa «retrato de un pueblo». La etnografía surge a finales del siglo XIX, en la antropología, como una herramienta para el estudio de las culturas. Proporciona un método para entender a las personas, incluyendo sus estilos de vida, creencias, y adaptación a los diferentes entornos. Se ocupa de aspectos culturales, entendiendo la cultura en un sentido amplio, como un concepto central, un modo de vida o experiencia similar que comparte un determinado grupo de personas (mujeres embarazadas, enfermeras de unidades de cuidados

paliativos, etc.), un programa que guía los pensamientos, acciones y sentimientos de un grupo en particular, las maneras de resolver problemas, etc^{4,7,8}. La etnografía por tanto, estudia grupos.

El análisis de los datos se lleva a cabo buscando categorías y patrones culturales. El resultado de la etnografía es una descripción densa de la naturaleza de un fenómeno⁴ (**Ejemplo 1**).

2.- Fenomenología

Se desarrolla en los primeros años del siglo XX, y está basada en el estudio del pensamiento y la acción humana que no es posible mediante la investigación cuantitativa.

Sus raíces están en la escuela de pensamiento filosófico creada por Husserl. Su núcleo está en la exploración de las experiencias vividas, en lo más íntimo. Su característica fundamental, frente a otras corrientes de investigación cualitativa, está en el énfasis que hace sobre lo individual

Ejemplo 1. Estudio etnográfico.

RESUMEN

Introducción

A la luz de la teoría de las transiciones, durante la hospitalización (ingreso-estancia-egreso), hay momentos propicios para orientar al enfermo y a la familia sobre el cuidado y su continuidad en casa.

Objetivo

Describir el proceso de transición del cuidado del hospital a la casa de adultos mayores dependientes.

Metodología

Etnografía enfocada. Se realizaron 30 entrevistas semiestructuradas a adultos mayores, familiares suyos y profesionales de cinco instituciones de salud, públicas y privadas. En los municipios de Medellín, Bello y Rionegro (Antioquia, Colombia), se llevaron a cabo 25 observaciones participantes en 9 salas hospitalarias, y los datos fueron analizados manualmente siguiendo los lineamientos etnográficos.

Resultados

Se destacó la temática adultos mayores enfermos y su familia: mucho más que la enfermedad. En ella, se describió el sentir de las personas como sujetos que requieren un cuidado integral, y las relaciones que establece el personal de enfermería con los enfermos, la objetivación del sujeto de cuidado por la pérdida de la interacción entre la persona enferma y la persona cuidadora, y la forma como se realiza la transición del cuidado entre el hospital y la casa, en estas instituciones de salud.

Conclusiones

El adulto mayor es dado de alta sin habersele brindado el conocimiento sobre cómo continuar el cuidado en casa. Es necesario que el personal de salud asuma, de manera real, la transición del cuidado del hospital a la casa.

Referencia

Zea Herrera MC, Torres Marín BP. Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. Invest Educ Enferm. 2007; 25 (1): 40-49.⁹

Ejemplo 2. Estudio fenomenológico.

RESUMEN

Introducción

Las respuestas a *¿Qué significa el cuidado de enfermería para los pacientes en estados de cronicidad?*, permitieron encontrar esencias procedentes de la interacción entre los pacientes y las enfermeras que los cuidaban. En esta investigación se consideró pertinente centrarse en lo común, permanente e invariante de los discursos de los participantes.

Objetivo

Reducir la brecha entre teoría y práctica, academia y ejercicio profesional, y aportar conocimiento de enfermería derivado de la práctica.

Metodología

Mediante método fenomenológico y abordaje de Colaizzi, se definió del fenómeno de interés, recolección de datos sobre este, lectura de los datos, relectura de las transcripciones, interpretaciones mediante códigos vivos y sustantivos, asociación por grupos de temas, descripciones exhaustivas de experiencias y validación.

Resultados

Los pacientes expresaron que frecuentemente pasan de estar aliviados o compensados, a estar enfermos u hospitalizados; muchas veces llegaron al hospital en malas condiciones de salud o en paro cardiorrespiratorio y los funcionarios del hospital informaron a sus familiares que harían todo lo posible por recuperarlos y salvarles la vida. Fue así como ellos asignaron, a la atención y cuidados recibidos, el significado *devuelve la vida y la salud perdidas*.

Conclusiones

Los participantes asignaron significados a la enfermera como un ser espiritual, que tiene vocación para la ayuda a los demás y que es el alma del hospital. El significado principal estuvo en el apoyo, especialmente en aspectos de las interrelaciones humanas, lo cual les permitió sentirse confortados con la amabilidad y familiaridad en los momentos de hospitalización y bien cuidados, y mantener la expectativa de la recuperación.

Referencia

Mejía Lopera María Eugenia. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. Index Enferm. 2008 [Acceso el 28 de marzo de 2016]; 17(4): 231-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400002&lng=es.10.

y sobre la experiencia subjetiva: la fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad⁷.

Los datos se recogen mediante entrevistas. El tipo de entrevistas que se utilizan en este caso, son distintas a las que se usan en otras estrategias, como la teoría fundamentada o la etnografía. En este tipo de entrevistas, el investigador escucha de tal manera, que hace reflexionar a la persona para descubrir la esencia o cómo se encuentra subjetivamente. En estos estudios, es necesario realizar más de una entrevista a cada participante para llegar realmente a la esencia. También se pueden utilizar diarios, apuntes personales, revistas y otras fuentes que permitan alcanzar y profundizar en la experiencia humana^{7,8,4}.

En el análisis se examina un fenómeno específico, para llegar a conocer los significados que los individuos dan a su experiencia vivida. El resultado final es una descripción densa de la esencia del fenómeno que se estudia⁴ (**Ejemplo 2**).

3.- Teoría fundamentada

Esta estrategia de investigación cualitativa, surge a finales de los años 60 del siglo XX y se basa en el interaccionismo simbólico. Fue creada por los sociólogos: Glaser y Strauss en 1967, en el contexto de la sociedad norteamericana. Glaser y Strauss llegaron a formular la «teoría básica» de la teoría

fundamentada a partir de una investigación de personas que esperaban la muerte en los centros hospitalarios de California^{7,11}.

El interaccionismo simbólico es una corriente del pensamiento que se basa en la comprensión de la sociedad a través de la comunicación, ubicado en el paradigma de la transmisión de la información, donde se considera a la comunicación como un hecho instrumental. Según Blumer el interaccionismo simbólico se entiende como el proceso según el cual los humanos interactúan con símbolos para construir significados. El interaccionismo simbólico parte de tres premisas distintas:

- Los seres humanos actúan ante las cosas y las personas en función de los significados que tienen para ellos.
- El significado es consecuencia de la interacción social entre las personas, en un proceso continuo.
- Los significados se operan y se convierten a través de procesos interpretativos de las personas, que utilizan en el manejo de las situaciones en las que se encuentran⁷.

El interaccionismo simbólico comprende a la persona activa en su ambiente, interactuando con los demás y consigo mismo. Las personas actúan ante las cosas con base al significado que estas tienen para ellos.

El argumento central de la teoría fundamentada, es observar al ser humano en interacción con los demás y captar la experiencia del participante. La teoría fundamentada es idónea para el estudio de un proceso a lo largo del tiempo, en sus diversas etapas y puede considerarse más un estilo de análisis cualitativo que un método. Los datos se analizan a través de codificación y diagramas. Se establecen categorías propias, que se desarrollan alrededor del fenómeno de estudio^{4,8} (**Ejemplo 3**).

Ejemplo 3. Estudio de la teoría fundamentada.

RESUMEN

Metodología

Estudio cualitativo sobre la violencia doméstica, que basada en la teoría fundada, pretende comprender cómo percibe la mujer este fenómeno, y explora las condiciones que la llevan a permanecer o dejar la situación de maltrato.

Resultados

El análisis muestra un proceso de cambio vivido por las mujeres en cuatro etapas: no tener en cuenta, darse cuenta, encontrarse a sí misma y salir adelante sola. En la primera etapa, permanecen en la situación violenta al predominar en ellas una estructura moral rígida tradicional que guía el cumplimiento de sus deberes familiares y matrimoniales. En las siguientes, flexibilizan los valores morales, se autoreconocen, se valoran y se preparan para salir, una que vez tienen la convicción de que la situación no va a cambiar.

Conclusión

Estos hallazgos muestran cómo la violencia doméstica continúa siendo un grave problema, con profundo arraigo cultural y crítico para las mujeres, en cuanto afecta su calidad de vida.

Referencia

Tulia Uribe J, Diva Jaramillo V. Del laberinto a la luz. El proceso de cambio que viven las mujeres en una experiencia conyugal violenta. *Index Enferm*. 2000 [Acceso el 27 de marzo de 2016]; 30: 12-16. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/30revista/30_articulo_12-16.php¹².

4.- Etnometodología

El término etnometodología fue acuñado por el sociólogo Garfinkel en el año 1967 cuando realizó una investigación sobre las deliberaciones de los miembros de un jurado. Garfinkel mostró especial interés en los procedimientos de razonamiento a los que denominó «métodos», a través de los cuales fueron tomadas decisiones colectivas y se cumplieron veredictos. Estos «métodos» no se basaban en un conocimiento especializado o en tipos específicos de pensamiento lógico o legal, sino que estaban basados en el sentido común.

La etnometodología brinda una perspectiva particular acerca de la naturaleza y profundización e indagación del orden social. Se estudian las prácticas del sentido común - lo que se da por cierto- a través de las cuales las personas en una sociedad regulan, constituyen y comprenden sus actividades diarias. Su foco se centra en la acción social, la intersubjetividad, y la comunicación lingüística. Se fundamenta, en gran medida en el análisis de la conversación^{7,13} (**Ejemplo 4**).

Ejemplo 4. Estudio de la Etnometodología.

RESUMEN

Introducción

La ablación/mutilación genital femenina (A/MGF), está considerada internacionalmente como un atentado contra los derechos humanos, y un acto de violencia contra las mujeres y las niñas. Además, jerarquiza y perpetúa las relaciones en clave de desigualdad y niega el derecho a la integridad física y psicosexual de estas mujeres y niñas.

Objetivo

Analizar las perspectivas masculinas sobre la A/MGF, con el fin de comprender sus argumentaciones e iniciar el desarrollo de intervenciones enfermeras para su erradicación.

Método

Se utiliza una metodología cualitativa enfocada a través de la etnometodología, que supone la base principal de la etnoenfermería de Leininger. Los instrumentos utilizados son: análisis documental, conversaciones informales, y entrevistas semiestructuradas individuales y grupales.

Resultados

Los participantes describen las justificaciones que ellos mismos y su comunidad les otorgan a la A/MGF. Estas argumentaciones son llamadas factores, y conforman un sistema de cuidados tradicional. De entre estos factores, destacan los sexuales y religioso-espirituales, aunque la A/MGF también se muestra amparada por justificaciones de índole higiénico estética, relacionadas con la salud, socioculturales y económicas.

Conclusiones

Proporciona una perspectiva masculina sobre la A/MGF esencial para su erradicación, dado que los hombres juegan un papel importante en el mantenimiento de la práctica. Los factores sexuales y los religioso espirituales cobran un mayor peso en las justificaciones.

Referencia

Jiménez Ruiz I. Enfermería y cultura: las fronteras del androcentrismo en la ablación/mutilación genital femenina.[Tesis doctoral]. Murcia: DIGITUM. Depósito Digital Institucional de la Universidad de Murcia; 2015. [Acceso el 27 de marzo de 2016]. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/45704>¹⁴.

5.- Investigación–acción

La investigación–acción se centra en la resolución de problemas y el término fue propuesto por primera vez en 1946 por el psicólogo social Lewin. La investigación–acción es una forma de estudiar o explorar una situación social, con la finalidad de mejorarla, en la que se implican como «indagadores» los implicados en la realidad investigada.

Se trata de una perspectiva amplia, un compromiso para problematizar las prácticas sociales, con base en un interés de transformación individual y social¹⁵.

La investigación–acción une la teoría y la práctica, el conocimiento y la acción, se proyecta en tres dimensiones: personal, profesional y política. Se reconoce el potencial generador de conocimientos científicos de los prácticos, a quienes se pone en comunicación, así como también a comunidades investigadoras.

Las características que presenta la investigación–acción, pueden enumerarse como sigue:

- Se plantea para cambiar y mejorar las prácticas existentes, bien sean educativas, sociales y/o personales.
- Se desarrolla de forma participativa, es decir, en grupos

que se plantean la mejora de sus prácticas sociales o vivencias.

- Su metodología se basa en un proceso en espiral que incluye cuatro fases: planificación, acción, observación y reflexión.

En definitiva, se puede decir que la investigación-acción es un proceso sistemático de aprendizaje, ya que implica que las personas realicen análisis críticos de las situaciones en las que están inmersos, motivando a las personas para que teorizen acerca de sus prácticas y exigiendo que las acciones y teorías sean sometidas a prueba¹⁶ (**Ejemplo 5**).

Ejemplo 5. Estudio de la *Investigación – Acción*.

RESUMEN

Objetivos

En el contexto de una **investigación-acción participativa** en una unidad de cuidados intensivos (UCI) se consensuaron 4 propuestas de cambio de los cuidados a los familiares del paciente crítico, entre ellas, ampliar los horarios de visita. El objetivo fue conocer las aportaciones de los profesionales a una nueva propuesta de horarios de visita.

Participantes y métodos

Población: 205 profesionales. Muestra: 93 profesionales. Metodología cualitativa. Encuesta abierta con dos ítems excluyentes: 1) sí, estoy de acuerdo con la propuesta (indica cómo la mejorarías) y 2) no estoy de acuerdo con la propuesta (indica los motivos y tus propuestas). Se realizó análisis de contenido y triangulación de investigadores y participantes. Se alcanzó el punto de saturación teórica.

Resultados

Cinco categorías: 1) modificación restrictiva de la propuesta; 2) acuerdo; 3) dudas; 4) barreras para su implantación y 5) flexibilización.

Conclusiones

Los profesionales de la UCI son reticentes a la apertura de la unidad, pero admiten ampliar los horarios de visita actuales. La estructura física de la unidad es una barrera importante.

Referencia

Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Quintana Carbonero R, Sánchez Calvín C, Abadía Ortiz E y Miró Gaya JA. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? *Enferm Intensiva*. 2010; 21 (2): 52-7¹⁷.

6.- El método biográfico

El método biográfico pretende mostrar el testimonio subjetivo de una persona, en el que se recojan tanto los acontecimientos como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia, lo cual se traduce en una historia de vida^{18,19} (**Ejemplo 6**).

Para definir los diferentes métodos biográficos, se utiliza la clasificación de Pujadas¹⁷ (**Tabla 2**).

6.1 Documentos personales: Cualquier tipo de registro no motivado ni incentivado por el investigador durante el desarrollo del trabajo que posea un valor afectivo y/o simbólico para el personal participante

6.2 Registros biográficos: Registros obtenidos por el investigador a través de la encuesta.

TERMINOLOGÍA BÁSICA^{4, 7, 21-23}

Análisis cualitativo: Conjunto de procedimientos que revelan cuáles son las características o el valor de algo, propio de la investigación cualitativa.

Ejemplo 6. Estudio *El método biográfico*.

RESUMEN

Introducción

Hasta ahora se ha estudiado la influencia de algunos factores como la edad o el sexo en el padecimiento de una enfermedad grave. Sin embargo, se ha prestado poca atención a cómo influye el desempeño profesional y más concretamente cómo experimenta un profesional sanitario tener una enfermedad.

Objetivo

Conocer cómo influye en la experiencia de enfermar el hecho de ser una enfermera.

Métodos

Estudio cualitativo basado en 11 relatos biográficos publicados en el fondo documental *Archivos de la Memoria* de la Fundación Index de los años 2004 a 2011.

Resultados

Las enfermeras, sufren un conflicto de identidad marcado por el doble rol que ponen en juego, el de paciente y el de sanitario. Fruto de ese conflicto, la enfermera se siente rechazada por otros pacientes que le otorgan unos privilegios de los que no siempre disfruta, y, a la vez, es señalada por sus colegas por el hecho de enfermar.

Referencia

Guerrero Portillo S, Montoya Juárez R, Hueso Montoro C. Experiencia de enfermedad del personal de enfermería: estudio cualitativo a través del relato biográfico. *Index Enferm*. 2014 [Acceso el 27 de marzo de 2016]; 23(1-2): 56-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100012>²⁰.

Tabla 2. Clasificación de los modelos biográficos (Pujadas 1992).

1. Documentos personales	<ul style="list-style-type: none"> • Autobiografías. • Diarios personales. • Correspondencia. • Fotografías, películas, vídeos o cualquier otro registro iconográfico. • Objetos personales.
2. Registros biográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Historias de vida. <ul style="list-style-type: none"> - De relato único. - De relatos cruzados. - De relatos paralelos. • Relatos de vida. • Biogramas.

Campo: Contexto en el que se obtienen los datos.

Categorización: Segmentación en elementos singulares, o unidades, que resultan relevantes y significativas desde el punto de vista del interés del investigador.

Codificación: Operación concreta por la que se asigna a cada unidad, un indicativo (código) propio de la categoría en la que se considera incluida.

Codificación abierta: Proceso analítico de identificación de conceptos y en el que se determinan sus propiedades y dimensiones a través de los datos obtenidos.

Codificación axial: Agrupar las categorías con sus subcategorías, relacionando las propiedades y dimensiones que se identificaron al interior de cada una de ellas

Constructivismo: Corriente epistemológica que asume que el conocimiento es construido socialmente por las personas en interacción con la realidad.

Credibilidad: Criterio de rigor de la metodología cualitativa que asegura la veracidad de los resultados de la investigación.

Descriptor: Término que identifica un concepto conocido en el marco de una área científica.

Diseño del estudio: Estrategia que pone en marcha el investigador para dar respuesta a la pregunta objeto de la investigación.

Émico (Descripción émica): Descripción realizada en los mismos términos utilizados por la población sobre los fenómenos a estudiar.

Ético (Descripción ética): Descripción realizada en los términos relativos al marco referencial del investigador, de los «otros».

Etnografía: Ciencia que estudia las culturas y las razas.

Fenomenología: Corriente de pensamiento propio de la investigación interpretativa que aporta, como base del conocimiento, la experiencia subjetiva inmediata de los hechos tal como se perciben.

Holístico: Relativo al holismo: Posición metodológica y epistemológica que postula cómo los sistemas (ya sean físicos, biológicos, sociales, económicos, mentales, lingüísticos, etc.) y sus propiedades, deben ser analizados en su conjunto y no solo a través de las partes que los componen.

Interaccionismo simbólico: Conjunto de propuestas que mantienen que los humanos conviven y se comunican a partir de comportamientos, objetos y símbolos con significado social preestablecido que varía con la interacción y el contexto del individuo.

Marco conceptual: Representación general de toda la información que se maneja en el proceso de investigación.

Método: Conjunto de procedimientos y técnicas para recoger y analizar datos.

Metodología: Conjunto de procedimientos que determinan una investigación de tipo científico.

Metodología cualitativa: Metodología que se fundamenta en los supuestos del paradigma interpretativo o constructivista. Estudia las interpretaciones que las personas hacen de la realidad, a través de los significados e intenciones humanas.

Muestreo intencional: Muestreo no estadístico, en el que los casos o individuos se seleccionan según criterio del investigador.

Observación participante: Estrategia de investigación que combina la observación con la participación de los investigadores. Consta de tres fases: observación descriptiva, observación focalizada y observación selectiva.

Paradigma: Sistema de creencias y actitudes, compartido por un grupo de científicos, que fundamenta los supuestos epistemológicos y metodológicos de la investigación.

Saturación teórica: Punto en la construcción de la categoría en el cual ya no emergen propiedades, dimensiones o relaciones nuevas durante el análisis.

Subcategorías: Conceptos que pertenecen a una categoría, que le dan claridad adicional y especificidad.

Teoría: Sistema de conceptos y relaciones que explica y ofrece predicciones verificables de los fenómenos.

Triangulación: Utilización de diferentes fuentes o estrategias para llevar a cabo un estudio de un mismo fenómeno.

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría dar las gracias de una forma muy especial a Marcos Martínez Borja, anestesiista del Hospital Ramón y Cajal, por su aportación a uno de los apartados del presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Vasilachis de Gialdino I (coord). Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2006.
- Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1987.
- Fernández-Lasquetty B. Introducción a la investigación en Enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2013.
- Creswell JW. Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among Five Traditions. 3rd ed. London: Sage Publications; 2012.
- Denzin NK, Lincoln YS. Introduction: entering the field of qualitative research. En: Denzin NK, Lincoln YS, eds. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1994.
- Munhall PI. Nursing research: A qualitative perspective. 5.ª ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2012.
- Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la Investigación Cualitativa. Granada: Aljibe; 1996.
- Burns N, Grove SK. Investigación en enfermería. 5.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
- Zea Herrera MC, Torres Marín BP. Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. Invest Educ Enferm. 2007; 25 (1): 40-9.
- Mejía Lopera María Eugenia. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. Index Enferm. 2008 [Acceso el 28 de marzo de 2016]; 17(4): 231-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400002&Ing=es.
- Hernández JG, Herrera L, Martínez R, Páez JG, Páez MA. Seminario: Generación de teoría. Teoría fundamentada. Puerto Ordaz, Venezuela; enero de 2011. [Acceso el 24 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.eduneg.net/generaciondeteoria/files/INFORME-TEORIA-FUNDAMENTADA.pdf>
- Tulia Uribe J, Diva Jaramillo V. Del laberinto a la luz. El proceso de cambio que viven las mujeres en una experiencia conyugal violenta. Index Enferm. 2000 [Acceso el 27 de marzo de 2016]; 30: 12-6. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/30revista/30_articulo_12-16.php
- Firth A. Etnometodología. Discurso & Sociedad. 2010; 4(3): 597-614.
- Jiménez Ruiz I. Enfermería y cultura: las fronteras del androcentrismo en la ablación/mutilación genital femenina. [Tesis doctoral]. Murcia: DIGITUM. Depósito Digital Institucional de la Universidad de Murcia; 2015. [Acceso el 27 de marzo de 2016]. Disponible en <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/45704>
- Buendía L, Colás P, Hernández F. Métodos de Investigación en Psicopedagogía. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 1998.
- Mortis Lozoya SV. Paradigma de investigación cualitativo. Instituto tecnológico de Sonora, Méjico. [Acceso el 26 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://biblioteca.itson.mx/oa/educacion/oa2/ParadigmasInvestigacionCualitativa/i12.htm>
- Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Quintana Carbonero R, Sánchez Calvín C, Abadía Ortiz E y Miró Gaya JA. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? Enferm Intensiva. 2010; 21 (2): 52-57.
- Pujadas Muñoz JJ. El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. Madrid: CIS, Cuadernos Metodológicos n.º 5; 1992.
- Velasco Juez MC. El método biográfico y las historias de vida. Su utilidad en la investigación en enfermería. Index Enferm. 1999 [Acceso el 26 de marzo de 2016]; 27: 25-30. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/27revista/27_articulo_25-30.php>
- Guerrero Portillo S, Montoya Juárez R, Hueso Montoro C. Experiencia de enfermedad del personal de enfermería: estudio cualitativo a través del relato biográfico. Index Enferm. 2014 [Acceso el 27 de marzo de 2016]; 23(1-2): 56-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100012>.
- Hemilse Acevedo M. El proceso de codificación en investigación cualitativa. Contribuciones a las Ciencias Sociales [internet]. mayo de 2011 [Acceso el 26 de marzo de 2016]. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/12/
- Vallés M. Entrevistas Cualitativas. Madrid: Síntesis; 2002.
- Aguirre A. Etnografía: Metodología cualitativa en la investigación sociocultural. Barcelona: Boixareu; 1995.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS

Coordinador: Juan Carlos Rubio Sevilla. revistaecg@enfermeriaencardiologia.com

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA ALTERACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA (5.ª parte) Eje, onda P y complejo QRS

NURSING INTERVENTION IN DEALING WITH AN ELECTROCARDIOGRAPHIC ALTERATION (Part five). Axis, P waves and QRS complex

Enferm Cardiol. 2016; 23 (67): 58-65.

Autor

Juan Carlos Rubio Sevilla
Enfermero en el Centro de Salud de Torrijos. Toledo.
Enfermero Especialista en Enfermería Geriátrica.
Especialista en Investigación en salud (UCLM).
Experto en Dirección de organizaciones sanitarias (UCIII).

Dirección para correspondencia

Juan Carlos Rubio Sevilla
Comité Editorial Enfermería en Cardiología
Casa del Corazón
Ntra.Sra. de Guadalupe, 5-7
28028 Madrid
Correo electrónico:
revistaecg@enfermeriaencardiologia.com

5.- PASO 4. EJE ELÉCTRICO: SI EL QRS ES FUNDAMENTALMENTE POSITIVO EN LAS DERIVACIONES I Y AVF SEGUIR CON EL PASO 5.

En caso contrario, ¿cuál puede ser la causa?

La despolarización ventricular, se inicia en el endocardio y continúa a través de la pared miocárdica ventricular, siendo mayor la despolarización izquierda por el mayor tamaño de la pared ventricular izquierda. El complejo QRS representa la despolarización que precede a la contracción de los ventrículos.

Para representar la dirección de la actividad eléctrica se utiliza un vector. Por tanto, podemos emplear pequeños vectores para simbolizar la despolarización ventricular, y sumando todos los vectores obtendremos un "vector QRS medio" grande, que representa la dirección general de la despolarización del ventrículo. Por eje o vector QRS medio se representa la dirección de la despolarización que recorre el ventrículo y estimula las fibras, haciendo que estas se contraigan.

El eje cardíaco no coincide exactamente con la posición anatómica del corazón, aunque suele dirigirse hacia abajo y hacia la izquierda del paciente. La posición del corazón depende de la edad, de la forma del tórax, del embarazo, de la obesidad, pero también puede relacionarse con algunas enfermedades cardiopulmonares. Los cambios en el eje se producen tanto en el plano frontal como sagital. Además de la posición del corazón, debemos tener en cuenta otros factores:

- Cuando hay crecimiento de la masa muscular en una zona del corazón (hipertrofia), se produce más despolarización en esa zona, por lo que el eje se desplaza en la dirección de la hipertrofia.

- Cuando hay una destrucción muscular (isquemia), las células muertas no producen despolarización y el eje se desplaza en sentido contrario a la región necrosada.

- Cuando el corazón cambia su posición anatómica, el eje se desplaza en la dirección de la rotación del corazón.

Hay varios métodos para identificar el eje cardíaco¹⁻⁹, pero desde el punto de vista de enfermería no suele ser un aspecto fundamental su interpretación. No obstante, su conocimiento puede ayudarnos al diagnóstico diferencial de algunos electrocardiogramas. En la práctica, la desviación del eje no necesariamente requiere tratamiento, pero nos crea el interrogante de qué ha provocado la desviación del eje. Si deseamos profundizar, realizaremos un análisis del eje; pero si no queremos analizar el eje, podemos pasar al paso siguiente.

5.1 Método simplificado de cálculo de cuadrante del eje cardíaco.

La orientación exacta del vector QRS medio se da en grados, en un círculo dibujado sobre el tórax del paciente, cuyo centro está en el nódulo AV. Si no buscamos mucha precisión, nos puede servir responder a la pregunta **¿es el complejo QRS positivo o negativo en las derivaciones I y aVF¹⁻⁹? Figura 1.**

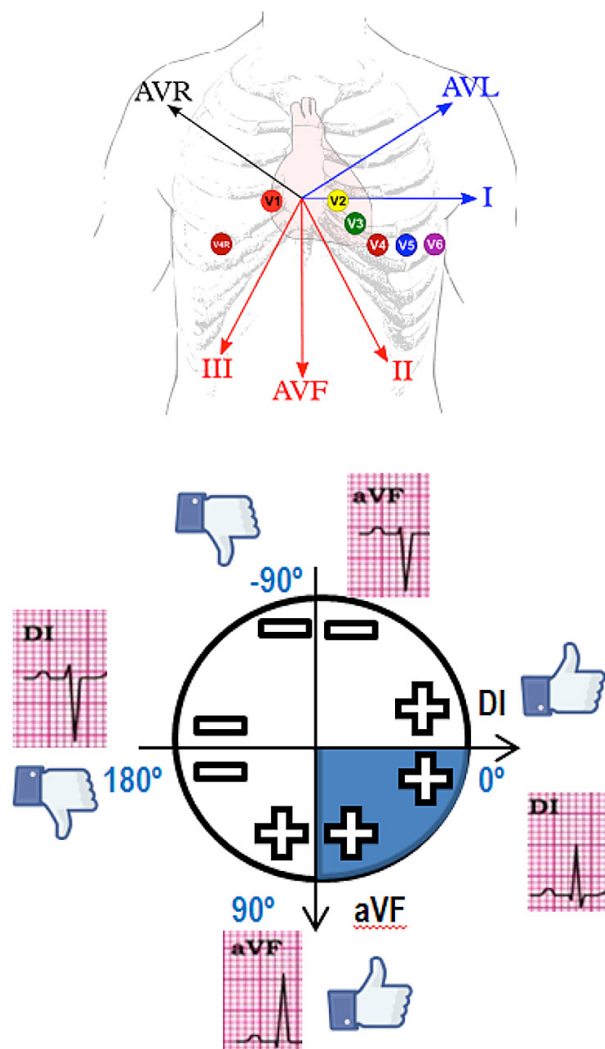


Figura 1. Método simplificado para calcular el cuadrante del eje cardíaco⁸.

- **Eje normal:** Cuando observamos la polaridad del complejo QRS, este será tanto más positivo cuanto más se acerque el impulso ventricular hacia esa derivación, y viceversa. Si realizamos una aproximación rápida, encontramos una regla nemotécnica visual que algunas publicaciones^{1,2} denominan «two thumbs-up sign» (ambos pulgares hacia arriba). Para ello, si en una derivación el complejo QRS es positivo (hacia arriba), lo asociamos a una mano con el pulgar hacia arriba (el signo del OK, me gusta). Por el contrario, si el complejo QRS es negativo, se asocia con una mano con el pulgar hacia abajo. Por tanto, se considera un eje normal un ECG con complejos fundamentalmente positivos en las derivaciones DI y aVF (ambos pulgares hacia arriba).

- **Desviación del eje hacia la izquierda:** Encontramos un complejo QRS positivo en la derivación DI (pulgares hacia arriba), y complejo QRS negativo en la derivación aVF (pulgares hacia abajo). En el diagnóstico diferencial de la desviación del eje hacia la izquierda debemos considerar la obesidad, la hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI), el hemibloqueo anterior, el infarto inferior, el síndrome de preexcitación, la extrasístole ventricular y la taquicardia de origen ventricular derecho.

- **Desviación del eje hacia la derecha:** El complejo QRS es negativo en la derivación DI (pulgares hacia abajo), y el complejo QRS positivo en la derivación aVF (pulgares hacia arriba). Puede presentarse en la hipertrofia de ventrículo

derecho (HVD), el hemibloqueo posterior, el infarto de miocardio lateral, la EPOC, el dextrocardia y la inversión de los electrodos de los brazos.

- **Desviación del eje extrema hacia la derecha:** El complejo QRS es negativo en las derivaciones DI y aVF (ambos pulgares estarian hacia abajo).

Aplicando este método simplificado, si observamos la **Figura 2**, en el registro A) el complejo QRS en la derivación DI es negativo y en la derivación aVF es positivo (desviación del eje a la derecha). En el registro B) el complejo QRS en la derivación DI es positivo y en la derivación aVF es negativo (desviación del eje a la izquierda).

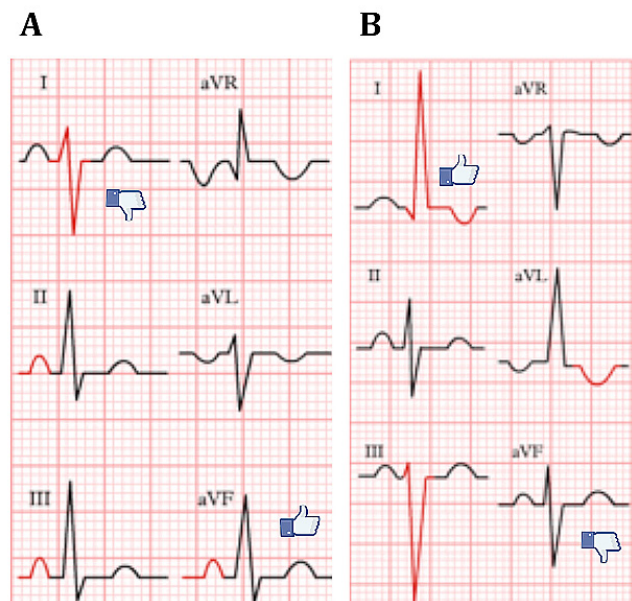


Figura 2. A) Desviación del eje hacia la derecha y B) desviación del eje hacia la izquierda⁸.

A partir de esta aproximación, podemos realizar una interpretación del eje más precisa. Para ello, podemos encontrar abundante información y varios métodos en la bibliografía¹⁻⁹.

En el plano horizontal, debemos tener en cuenta que en las derivaciones precordiales encontramos que el QRS es fundamentalmente negativo en las derivaciones V1-V2, en transición hacia la positividad y casi isoelectrico en V3-V4 y fundamentalmente positivo en las derivaciones V5-V6. Por tanto, si el QRS casi isoelectrico no se encuentra en V3-V4, nos indicará que hay una rotación en el eje en el plano horizontal hacia la derecha o hacia la izquierda^{1,2}.

5.2 Cálculo del eje cardíaco en grados.

Este método aparece publicado en la bibliografía de diferentes formas^{1-3,5-9}, pero se basa en que el eje se acerca más y el complejo QRS es más positivo en las derivaciones que están más próximas al eje. El complejo QRS es más negativo cuando el eje se aleja más de esa derivación, va en sentido contrario. Por otra parte, el complejo QRS es isodifásico o isoelectrico en las derivaciones que van perpendiculares a la dirección del eje (la parte positiva menos la negativa se aproxima a cero). Es decir, es positivo o negativo cuando va paralelo a la derivación que miramos y que el complejo QRS sea positivo indica que se acerca y negativo que se aleja de esa derivación, pero será isodifásico cuando la dirección del eje sea perpendicular a la derivación que observamos.

Para aplicar este método, buscamos en las derivaciones DI, DII o DIII dónde el QRS es más positivo (el eje se acerca más a esa derivación). Una vez localizada, buscamos la derivación perpendicular a esta, y comprobaremos si el QRS es predominantemente positivo, negativo o isodifásico (isoeléctrico) en esa derivación perpendicular. La combinación de la información de estas derivaciones la podemos ver de forma resumida en la **Tabla 1**. No obstante, sería conveniente contrastar la orientación del eje con información complementaria de otras derivaciones³:

Tabla 1. Determinación del eje según el complejo QRS de mayor amplitud positiva en la derivación DI, DII, DIII y en la derivación perpendicular a esta.

QRS mayor en :	Amplitud en la derivación perpendicular:	Posición
I	negativa	Desviación izquierda
	positiva	Izquierda
II	positiva	Indiferente
	negativa	Vertical
III	negativa	Derecha
	positiva	Desviación derecha

Cuando el QRS es más positivo en DI que en DII y DIII, está situado entre -60° y $+30^\circ$:

- **Desviación a la izquierda (menor de -30°):** QRS más positivo en las derivaciones DI y aVL. QRS negativo en DII, DIII y aVF.
- **Eje en -30° :** QRS más positivo en DI y aVL, con DII casi isoeléctrica. Como el eje es casi perpendicular a DII, se encuentra aproximadamente a -30° (dirección de aVL).
- **Posición izquierda (-30° a $+30^\circ$):** QRS en DI > DII. QRS negativo en DIII. DII = aVL. QRS en aVF casi isodifásico (isoeléctrico).

Cuando el QRS es más positivo en DII que en DI y DIII, está situado entre $+30^\circ$ y $+90^\circ$:

- **Posición indiferente ($+30^\circ$ a $+60^\circ$):** QRS en DII > DI > DIII. QRS positivo a aVL. DI = aVF.
- **Eje en $+60^\circ$:** QRS más positivo en DII y aVL casi isoeléctrica. Como el eje es casi perpendicular a aVL, se encuentra aproximadamente a $+60^\circ$ (Dirección de DII).
- **Posición vertical ($+60^\circ$ a $+90^\circ$):** QRS en DII > DIII > DI. QRS negativo en aVL. DII = aVF.

Cuando el QRS es más positivo en DIII que en DII y DI, está situado entre $+90^\circ$ y $+180^\circ$.

- **Posición derecha ($+90^\circ$ a $+120^\circ$):** QRS en DIII > DII. QRS negativo en DI y aVR. DIII = aVF.
- **Eje en $+120^\circ$:** QRS más positivo en DIII y aVR casi isoeléctrica. Como es casi perpendicular a aVR, se encuentra aproximadamente a $+120^\circ$ (Dirección de DIII).
- **Desviación a la derecha (mayor a $+120^\circ$):** QRS DIII > DII. QRS negativo en DI. QRS positivo en aVR.

Por ejemplo, si observamos la **Figura 2**, en el registro A) el complejo QRS es más positivo en la DIII (DIII>DII), eje casi paralelo a DIII. La amplitud en la derivación perpendicular aVR es poco positiva, casi isodifásica y casi perpendicular a la derivación aVR (desviación del eje a la derecha cercana a 120°). En el registro B) el complejo QRS es más positivo en la DI (DI>DII), eje casi paralelo a DI. La amplitud en la derivación

perpendicular DII es isobifásica y casi perpendicular a DII (desviación del eje a la izquierda a -30°).

6.- PASO 5. MORFOLOGÍA DE LA ONDA P. SI LA ONDA P ES NORMAL SEGUIR CON EL PASO 6. En caso contrario, ¿cuál puede ser la causa?

La onda P representa la despolarización eléctrica auricular. Suele tener morfología redondeada y con ambas ramas simétricas. Por lo común es monofásica, aunque podemos observar ondas difásicas en las derivaciones D1 y aVL. La duración normal es de 0,08 a 0,11 segundos, con una amplitud menor de 2,5 mV en la derivación II. En ocasiones puede tener un pequeño voltaje y ser tan pequeña que dificulta su identificación en alguna derivación. La onda P normalmente es positiva en las derivaciones DI, DII, aVF y en las derivaciones precordiales V2-V6. Suele ser negativa en la derivación aVR y en la derivación V1 es muy variable (positiva, negativa o difásica).

Al observar el ECG podemos encontrar alteraciones en la altura, anchura y morfología de la onda P, ondas P múltiples o incluso ausencia de ondas P. Si la onda P no es sinusal, debemos considerar las causas siguientes^{1-3,8,9}:

- Hipertrofia auricular. Onda P con alteración en el voltaje, duración y morfología.
- Onda P ausente o no visible.
- Onda P invertida.
- Onda P múltiple.
- Ondas auriculares con distinta morfología de la onda P sinusal.

En este paso, destacamos la hipertrofia auricular, porque el resto de las arritmias se han tratado con mayor profundidad en los pasos anteriores.

6.1 Hipertrofia auricular. Onda P con alteración en el voltaje, duración y morfología.

Cuando observamos un voltaje de la onda P mayor a 0,25 mV en las derivaciones II, III, aVF, V1 y V2 puede indicar una sobrecarga auricular, produciendo una onda P alta y picuda. En el diagnóstico diferencial debemos considerar la hipertrofia auricular, el corazón pulmonar crónico, el tromboembolismo pulmonar, la hipertensión pulmonar o las valvulopatías.

La primera parte de la onda P corresponde a la despolarización auricular derecha y el final a la izquierda, porque la despolarización de la aurícula derecha precede a la aurícula izquierda. Una onda P ancha, con una duración superior a 110 ms y una morfología distinta a la onda P sinusal, puede orientar a una hipertrofia auricular. **Figura 3**.

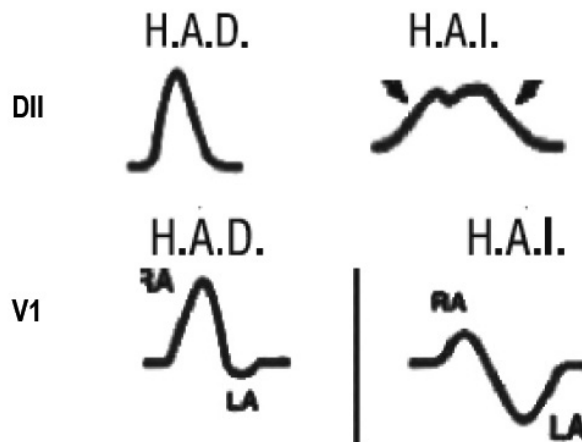


Figura 3. Ejemplos de onda P alterada en el voltaje, duración y morfología: (hipertrofia auricular). Registro superior en DII y registro inferior en V1

• **Hipertrofia auricular derecha (HAD). Onda P con anchura normal y voltaje aumentado. Onda P pulmonale.**

Cuando existe dilatación y/o hipertrofia de la aurícula derecha, la mayor actividad eléctrica en la aurícula derecha se traduce en una onda P con voltaje aumentado en las derivaciones derechas, pero no de mayor duración. Esto es debido a que la despolarización auricular derecha está aumentada (onda P alta) y prolongada, pero no supera en duración la despolarización de la aurícula izquierda y la onda P no es ancha. Por tanto, en la HAD podemos observar en la derivación DII una onda P triangular alta y picuda, aunque también puede aparecer en la DI y/o DIII. En la derivación V1 encontramos una morfología de onda P bifásica con componente inicial alto y ancho. La onda P en V1 suele ser más positiva que negativa.

Podemos observar estos registros en patologías que producen sobrecarga en la aurícula derecha e HAD, como cardiopatías; pero también en algunas enfermedades pulmonares, como la EPOC o la embolia pulmonar crónica.

• **Hipertrofia auricular izquierda (HAI). Onda P con voltaje normal y duración aumentada. Onda P mitrale.**

Cuando existe crecimiento auricular izquierdo, o un retraso de la despolarización de la aurícula izquierda, se produce una despolarización auricular izquierda prolongada en el tiempo, con un registro de una onda P de duración aumentada, con cambios morfológicos, pero de voltaje normal.

En la HAI observamos en la derivación DII una onda P bimodal con forma de "M", y en la derivación V1 encontramos una onda P bifásica con componente final ancho y profundo. La onda P en la derivación V1 suele ser más negativa que positiva. Estos cambios morfológicos se unen a un voltaje normal y una duración de la onda P aumentada.

Esta morfología puede observarse en patologías que producen sobrecarga de la aurícula izquierda e HAI, como cardiopatías (estenosis mitral) o hipertensión arterial. La pericarditis, el infarto y la cardioesclerosis pueden imitar una morfología de HAI, aunque no se asocian a una dilatación auricular.

• **Hipertrofia biauricular.** Cuando afecta a ambas aurículas, se produce una onda P ancha, con morfología resultante de una combinación de las características previas, en función del grado de hipertrofia de cada aurícula. Suele presentar una onda P de mayor voltaje y duración a la onda P sinusal.

6.2 Onda P ausente o no visible.

La onda P no visible puede deberse a problema en el nódulo sinusal, que no produce el impulso sinusal o que se retrasa en su conducción y no se genera la onda P. También puede ocurrir que la onda P se produzca, pero no esté visible porque se superponga a la onda T o incluso al QRS del complejo previo. En algunas fibrilaciones no es posible identificar ondas P ni ondas f, sino ligeras ondulaciones entre complejos QRS.

Si hay ondas P visibles, para calcular dónde están todas las ondas P, tomamos el borde de una tira de papel y marcamos las ondas P visibles. Si desplazamos la tira de papel sobre el ECG, veremos dónde deben estar las siguientes ondas P. Si no está visible alguna onda P, puede deberse a que alguna onda P no aparece cuando corresponde. En el diagnóstico diferencial nos ayudará saber cuándo se tiene que producir la onda P, y si no está visible por alguno de los motivos anteriores, podemos observar: **Figura 4.**

• **Bloqueo sinoauricular de segundo grado.** Tras latidos sinusales, falta un latido completo (P-QRS-T) cuando debería.

• **Paro sinusal (bloqueo sinoauricular de tercer grado).** Tras latidos sinusales, ausencia ondas P seguidas de QRS (falta un P-QRS-T cuando debería), seguido de una pausa larga y un latido de escape si no remite.

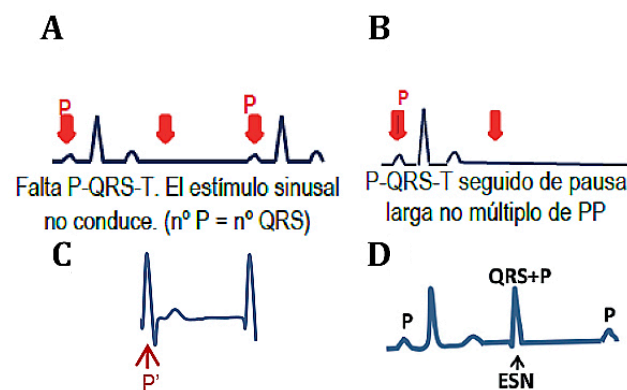


Figura 4. Ejemplos de ritmos con onda P ausente o no visible: A) bloqueo sinoauricular BSA de segundo grado. B) bloqueo sinoauricular BSA de tercer grado. C) taquicardia por reentrada intranodal típica. D) Extrasístole nodal.

• **Fibrilación auricular fina.** Ausencia de ondas P y ondas f, con ligeras ondulaciones entre complejos QRS. Intervalo RR normalmente irregular.

• **Taquicardias con onda P no visible.** Taquicardia sinusal, taquicardia por reentrada intranodal típica (AVNRT típica) y otras taquicardias supraventriculares. Taquicardia con onda P no visible, porque puede superponerse al complejo anterior.

• **Otros.** Arritmias como extrasístoles nodales, extrasístoles ventriculares, ritmo ventricular, ritmo nodal. Onda P no visible con frecuencia normal, por estar superpuesta la onda P al complejo anterior.

6.3 Onda P invertida.

La onda P debe ser positiva en las derivaciones I, II, III y aVF, porque el impulso se conduce hacia la derecha y hacia abajo. En las derivaciones precordiales izquierdas también es positiva porque se transmite de derecha a izquierda. Por tanto, cuando el impulso no se produce de derecha a izquierda, o de arriba hacia abajo, podemos observar una onda P invertida, porque el impulso va en dirección auricular contraria a la habitual.

Una onda P invertida solamente en la derivación DI puede deberse a una incorrecta colocación de los electrodos o un paciente con dextrocardia. Lo más fácil de comprobar es asegurarse de la colocación de los electrodos de los brazos. Pero también puede deberse a un foco auricular bajo, un ritmo nodal, un ritmo ventricular, una taquicardia incesante de la unión (Coumel), una taquicardia intranodal atípica o una taquicardia por reentrada VA ortodrómica. **Figura 5.**

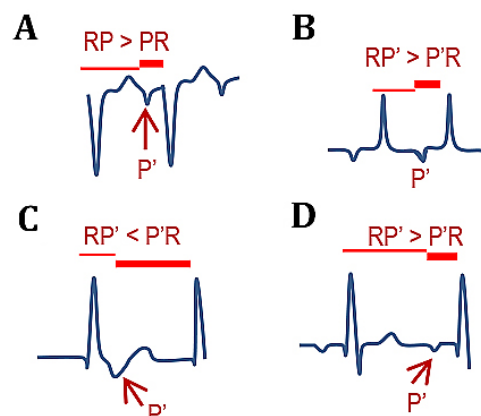


Figura 5. Ejemplos de ritmos con onda P invertida: A) T. intranodal atípica. B) T. incesante de la unión Coumel. C) T. reentrada VA ortodrómica. D) T. auricular unifocal baja.

6.4 Onda P múltiple.

Una onda P' múltiple no sinusal puede observarse en algún problema en la génesis y en la transmisión del impulso, pudiendo realizar un diagnóstico diferencial entre la fibrilación auricular (ondas f) y el flúter auricular (ondas F).

También podemos encontrar que falta un complejo QRS-T entre dos ondas P, con un número de ondas P mayor que el número de complejos QRS, pudiendo deberse a un bloqueo AV de 2.º grado o a un bloqueo AV de 3.er grado. En ambos tipos de bloqueos AV, la onda P sinusal no conduce y el número de ondas P es mayor que el número de complejos QRS; pero en el bloqueo AV de 3.er grado el ritmo auricular y ventricular son independientes, están disociados. **Figura 6.**

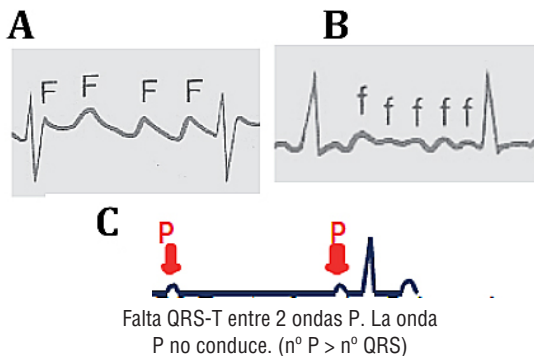


Figura 6. Ejemplos de ritmos con onda P múltiple: A) fibrilación auricular, B) flúter auricular, C) bloqueo AV de segundo o tercer grado.

6.5 Ondas auriculares con distinta morfología de la onda P sinusal.

Cuando la onda P presenta diferente morfología (ondas P'), se debe a un origen ectópico auricular de la onda P', como en la fibrilación auricular (ondas f), el flúter auricular (ondas F), el marcapasos auricular migratorio (ondas P', P'') o una extrasístole auricular (ondas P').

7.- PASO 6. MORFOLOGÍA DEL INTERVALO PR Y ANCHURA DEL PR ENTRE 0,12 Y 0,20 SEGUNDOS. SI EL PR ES NORMAL SEGUIR CON EL PASO 7. En caso contrario, ¿cuál puede ser la causa?

La duración del intervalo PR en un adulto es de 0,12 a 0,20 segundos, constante entre complejos. Representa el tiempo de conducción desde el inicio de la despolarización auricular al inicio de la despolarización ventricular. Habitualmente es isoelectrico, aunque puede tender a la positividad. La positividad normal sería de 0,5 mm.

Las principales anomalías que encontramos en el intervalo PR son:

- Intervalo PR acortado (< 0,12s). Síndrome de Wolff-Parkinson-White.
- Intervalo PR prolongado (>0,2s). Bloqueo AV de primer grado.
- Intervalo PR variable. Bloqueo AV de segundo grado.
- Intervalo PR disociado. Bloqueo AV de tercer grado o completo.

En este apartado nos centraremos fundamentalmente en el síndrome de Wolff-Parkinson-White y en los bloqueos auriculoventriculares.

7.1 Intervalo PR acortado (< 0,12 segundos).

Un intervalo PR acortado indica que el impulso llega al ventrículo antes de lo normal. Puede tener diferentes etiologías que debemos valorar en el diagnóstico diferencial,

como un ritmo auricular bajo o nodal alto (P negativa en II, III y aVF, con PR normal/corto y QRS estrecho), conducción AV por vía accesoria (PR corto), el síndrome de Lown-Ganong-Levine, o el síndrome de Wolff-Parkinson-White (PR corto, onda delta y QRS ancho). **Figura 7.**

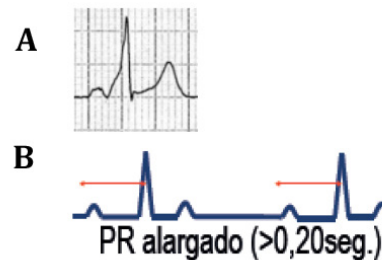


Figura 7. Ejemplos de intervalo PR acortado o prolongado. A) Síndrome de Wolff-Parkinson-White y B) bloqueo AV de primer grado.

7.2 Intervalo PR prolongado (> 0,20 segundos). Bloqueo AV de primer grado.

El bloqueo AV de primer grado es el único bloqueo AV en el que el número de ondas P es igual al número de complejos QRS, pero con PR alargado (> 0,2 s) y constante en todos los complejos. **Figura 7.**

Si el PR se alarga progresivamente, con algunos intervalos PR prolongados, con más ondas P que complejos QRS, se trata de un bloqueo AV de segundo grado Mobitz I o Wenckebach.

7.3 Intervalo PR variable. Bloqueo AV de segundo grado.

En todos los bloqueos AV de segundo y tercer grado el número de ondas P es mayor que el complejo QRS. **Figura 8.**

En el bloqueo AV de segundo grado Mobitz I, el intervalo PR se alarga progresivamente. Este bloqueo se diferencia del bloqueo AV de primer grado en que en el de primer grado el intervalo PR es prolongado, pero constante, mientras que en el Mobitz I se va alargando progresivamente.

En el bloqueo AV de segundo grado tipo II (Mobitz II) hay ondas P que no conducen, pero mantiene el PR constante. Mientras, en el Mobitz I hay ondas P que no conducen, y el intervalo PR aumenta progresivamente.

7.4 Intervalo PR disociado. Bloqueo AV de tercer grado.

En el bloqueo AV de 3.er grado o completo el intervalo PR no se puede medir realmente, porque el ritmo auricular P-P y el ritmo ventricular R-R son independientes, están disociados. El número de ondas P siempre es mayor que el número de complejos QRS. **Figura 8.**

8.- PASO 7. MORFOLOGÍA DEL COMPLEJO QRS. SI EL QRS ES NORMAL (ANCHURA DEL QRS < 0,12 SEGUNDOS Y VOLTAJE PROGRESIVAMENTE MÁS POSITIVO DE V1 A V6), SEGUIR CON EL PASO 8. En caso contrario, ¿cuál puede ser la causa?

El complejo QRS es la representación de la despolarización del miocardio ventricular. La duración del QRS (anchura) es menor a 100 ms, es decir, la anchura es menor a 3 mm. Por otra parte, el voltaje o amplitud varía según las derivaciones, pero el aumento de la actividad celular produce un aumento del voltaje, como la hipertrofia ventricular. En sentido contrario, una disminución de la actividad celular, como la necrosis, produce una disminución del voltaje.

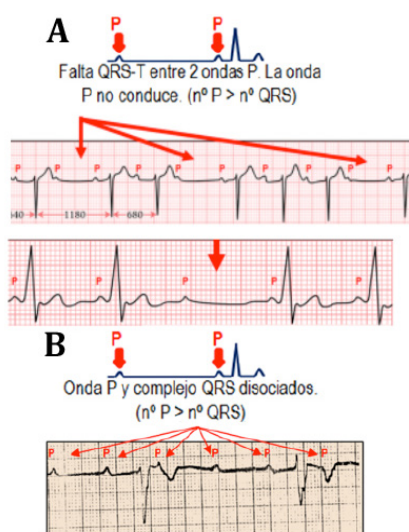


Figura 8. A) Bloqueos AV de segundo grado y B) bloqueo AV de tercer grado.

El complejo QRS normal, en la derivación V1 presenta la onda S mayor que la onda R, mientras en la derivaciones izquierdas (V5 o V6) la altura de la onda R es menor de 25 mm.

En este paso destacaremos los bloqueos de rama y la hipertrofia ventricular. Por cuestiones didácticas, la onda Q la analizaremos en el síndrome coronario agudo (paso siguiente).

8.1 Morfología del complejo QRS. Bloqueo de rama

Algunos cambios en la morfología del complejo QRS se puede deber a causas de origen cardiaco (bloqueo de rama y arritmias ventriculares), pero también a otras patologías (embolia pulmonar).

- **Bloqueo de rama.** El bloqueo de rama es la anomalía más común del complejo QRS. Se trata de un retraso de la conducción del impulso eléctrico a través de una de las ramas del haz de His, de ambas ramas de forma simultánea o excepcionalmente de forma alternante. Si se produce en un nivel inferior, en uno de los fascículos de la rama izquierda, podemos encontrar hemibloqueos^{1-4,8,9}.

Como consecuencia del retraso en la conducción, se pueden observar empastamientos y melladuras, tanto en la parte ascendente de la onda R, como en la descendente de la onda S, con una prolongación en la duración del complejo QRS (QRS ancho). También son características las alteraciones en la morfología en el punto de inflexión de la onda R, produciendo morfologías R-R' y complejos QRS ensanchados. Se produce un complejo QRS ancho (> 0,12 s) en el bloqueo completo (Figura 9), y un poco menor en el bloqueo incompleto.

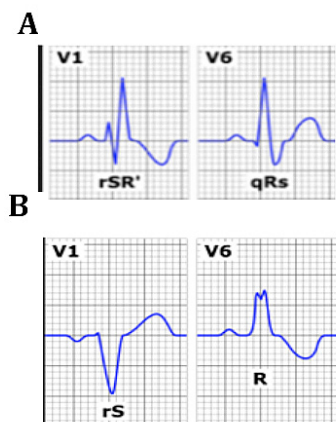


Figura 9. A) Bloqueo de rama derecha y B) bloqueo de rama izquierda⁴.

o **Bloqueo de rama derecha (BRD).** La morfología suele presentar un patrón rSR' en las derivaciones derechas V1 y V2, con alteración en la repolarización (segmento ST y onda T) en las mismas derivaciones. De forma recíproca podemos observar una onda S ancha y empastada en las derivaciones izquierdas V5-V6.

o **Bloqueo de rama izquierda (BRI).** La morfología típica es un patrón RR' en derivaciones izquierdas (V5, V6, DI y aVL) con alteración en la repolarización (segmento ST y onda T) en las mismas derivaciones. Hay cambios recíprocos en las derivaciones derechas (rS).

El bloqueo de rama izquierda de nueva aparición también puede producir elevación del segmento ST. Por tanto, habrá que descartar un síndrome coronario agudo. No se pueden valorar las ondas Q coexistentes ni la repolarización inicial. De este modo, si tiene clínica sugestiva de dolor torácico típico y patrón de BRI, tenemos que actuar de manera urgente como si se tratase de un síndrome coronario agudo.

o **Hemibloqueos.** Se produce un trastorno de conducción a nivel de uno de los fascículos de la rama izquierda del haz de His. El complejo QRS no se ensancha y se produce una desviación del eje cardiaco en el plano frontal.

En el hemibloqueo anterior izquierdo observamos onda S profunda (rS) en DII, DIII y aVF. Onda R alta (qR) en DI y aVL. El eje se desvía hacia la izquierda e incluso una desviación del eje más negativa de 30°.

El hemibloqueo posterior izquierdo es menos frecuente y hay que descartar otra causa de desviación del eje hacia la derecha antes de establecer el diagnóstico. El eje se desplaza hacia abajo y a la derecha (+120° o más), onda R alta (qR) en las derivaciones DII, DIII y aVF. Onda S profunda (rS) en las derivaciones DI y aVL.

• **Arritmias ventriculares.** Todas las arritmias ventriculares producen alteraciones en la morfología del complejo QRS, porque la despolarización del ventrículo no se produce de forma sinusal y ni por el tejido especializado de conducción.

• **Embolia pulmonar.** En la embolia pulmonar masiva podemos observar ondas P altas y picudas en la DII, onda R alta en la derivación V1, ondas S transitorias en DI con desviación del eje a la derecha. Presencia de onda Q en la derivación III, elevación del segmento ST en la derivación aVR, depresión del segmento ST en V6 y en algunas derivaciones de los miembros. Inversión de la onda T en las derivaciones V1 a V4.

8.2 Voltaje del complejo QRS. Hipertrofia ventricular.

Cuando se produce un crecimiento ventricular, se observan unas alteraciones electrocardiográficas originadas por el aumento de la masa ventricular, la dilatación, el cambio de posición ventricular y de la conducción intraventricular.

• **Aumento del voltaje del complejo QRS.** La hipertrofia ventricular derecha o izquierda produce complejos QRS con alto voltaje Figura 10. El aumento de la masa muscular produce mayor despolarización y aumento del voltaje del complejo QRS. Pero también puede tener otra etiología^{1-4,8-13}.

o **Hipertrofia ventricular derecha (HVD).** La HVD se observa mejor en las derivaciones derechas V1-V2, donde la altura de la onda R supera la profundidad de la onda S (R>s en V1-V2). Los cambios recíprocos se observan en la derivación V6, donde existirá una profunda onda S (S>r en V6). También suele acompañarse de una onda P alta y picuda (por hipertrofia auricular derecha), de una desviación del eje hacia la derecha (incremento de la actividad eléctrica del ventrículo derecho) y de cambios en el segmento ST y la onda T.

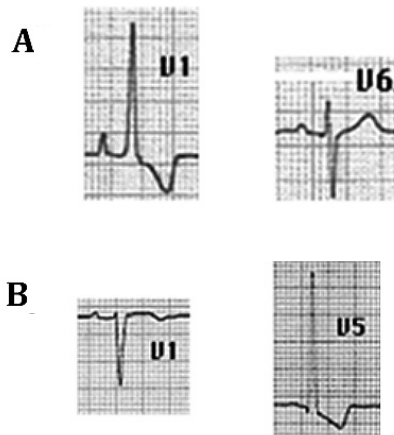


Figura 10. A) Hipertrofia ventricular derecha y B) hipertrofia ventricular izquierda.

La hipertensión arterial, la valvulopatía aórtica, la insuficiencia mitral y algunas miocardiopatías producen sobrecarga ventricular sistólica y diastólica, con hipertrofia ventricular

o Hipertrofia ventricular izquierda (HVI). Cuando se produce un aumento de la masa ventricular izquierda, se refleja en un aumento del voltaje del vector de despolarización ventricular hacia la izquierda y hacia abajo. Se traduce en una onda R alta (> 25 mm) en las derivaciones izquierdas V5-V6, DI y aVL. De forma recíproca, se observa una onda S profunda en las derivaciones derechas V1-V2 ($r < S$ en V1-V2). Como hay mayor masa muscular ventricular, la transmisión del impulso ventricular izquierdo dura más, con prolongación de la duración del complejo QRS (hasta 0,11 s). Podemos observar cambios en la repolarización con ondas T invertidas en derivaciones izquierdas (DI, aVL, V5 y V6), así como cambios en el segmento ST. El eje del QRS puede cambiar en el plano frontal, con ligera desviación a la izquierda del mismo.

Se han propuesto diversos criterios¹⁰⁻¹⁵ con diferentes sensibilidades, especificidades y valor predictivo. Los criterios con mayor sensibilidad son la Escala de Romhitt-Estes y el criterio de onda S en V1 + onda R en V5-V6 > 30 mm. Los criterios con mayor especificidad son onda R en DI + onda S en DIII > 25 mm, y onda R en aVL > 11 mm. Los de mejor valor predictivo son la escala de Romhitt-Estes¹⁰ y también el criterio de Sokolow-Lyon¹² (onda S en V1 + onda R en V5-V6 ≥ 35 mm).

• **Disminución del voltaje del complejo QRS.** Algunas causas de la disminución de la amplitud pueden ser de etiología cardíaca como el infarto y el derrame pericárdico. También puede tener origen no cardíaco como el derrame pleural, la obesidad, el enfisema pulmonar, el neumotórax, el hipotiroidismo o el mixedema.

8.3 Duración del complejo QRS.

La duración o anchura del complejo QRS puede verse afectada cuando la conducción del impulso a nivel ventricular es más lenta por diferentes motivos, tanto por la propia transmisión de la conducción intraventricular (bloqueo de rama derecha o izquierda) como por el origen del impulso a nivel de un foco ventricular (escape, extrasístole, taquicardia ventricular o incluso un marcapasos). Después de descartar un origen ventricular, debemos realizar un diagnóstico diferencial de una despolarización ventricular de una de origen auricular con conducción a través de una vía accesoria (ensanchamiento del QRS).

• **Complejo QRS con duración mayor o igual a 100-110 ms.** Si se producen complejos QRS ligeramente ensanchados puede deberse a un bloqueo incompleto de rama derecha o izquierda.

• **Complejo QRS ancho, con duración $> 0,12$ s:** Cuando observemos un complejo QRS ancho debemos pensar inicialmente en una arritmia ventricular o en un bloqueo de rama (ver derivaciones V1 y V6). También puede observarse en una taquicardia supraventricular (TSV) antidrómica, en una TSV con aberrancia o en la hipertrofia ventricular.

8.4 Intervalo QT corregido.

El intervalo QT representa la despolarización y la repolarización ventricular, es decir, la duración de todo el ciclo ventricular. En función de la frecuencia cardíaca, se producen modificaciones en la duración, al aumentar en la bradicardia y disminuir en la taquicardia. Como ya vimos en los pasos previos, se calcula el intervalo QT corregido, que tiene en cuenta tanto la longitud del intervalo QR como la frecuencia cardíaca.

La causa del intervalo QTc largo (> 450 ms en varones y > 470 ms en mujeres) puede no ser de origen cardíaco, pero hay que realizar un diagnóstico diferencial porque el síndrome de QT largo (SQTL) puede degenerar en arritmias ventriculares malignas (Torsade de Pointes).

El SQTL puede tener una etiología adquirida o congénita. El SQTL congénito es poco común y se asocia con mutaciones en determinados genes (autosómica dominante o recesiva), aunque puede ser idiopático (sin antecedentes familiares). La principal causa del SQTL adquirido es farmacológica (antidepresivos, antiarrítmicos, antibióticos), aunque puede deberse a otras causas, como trastornos electrolíticos (hipopotatemia, hipomagnesemia e hipocalcemia), dietas proteicas líquidas, hipotiroidismo, inanición y anorexia nerviosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dubin, D. Electrocardiografía práctica. Lesión, trazado e interpretación. 3.ª ed. Madrid: Nueva editorial interamericana; 1976.
2. Dubin, D. Rapid interpretation of EKG's. 6TH Ed. Tampa, USA: Cover Publishing Company; 2000.
3. Ham C, Willems S. El electrocardiograma y su interpretación práctica. 3.ª ed. Madrid: Panamericana; 2010.
4. Wikipedia, La enciclopedia de contenido libre.2001- [acceso el 28 de noviembre de 2015]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/>
5. Laiken S, Laiken N, O'Rourke RA, Karlner JS. A rapid method for frontal plane axis determination in scalar electrocardiograms. *Am Heart J.* 1973;85:620-3.
6. Lanza Tarricone G. Algoritmo y pseudocódigo: nueva perspectiva para calcular el eje eléctrico de un electrocardiograma. *Avances Cardiol.* 2014;34(4):280-5.
7. Lanza Tarricone G. Electrocardiograma: Modelo matemático del eje eléctrico y su uso en la determinación del voltaje del QRS en derivaciones estándar. *Gac Méd Caracas.* 1998;106:509-14.
8. De Jong J. Fundador. ECG pedia.org [sede web]. Holanda: Cardio Networks.org; 2007. The ECG Texbook. [actualizado el 22 de junio de 2013, acceso el 28 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://en.ecgpedia.org/wiki/Textbook>
9. Cadogan M, Nickson C. Editors. Lifeinthefastlane.com [sede web]. Sydney: Lifeinthefastlane.com; 2007. Burns E. ECG Library. [acceso el 28 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://lifeinthefastlane.com/ecg-library/>
10. Romhilt DW, Estes EH Jr. A point-score system for the ECG diagnosis of left ventricular hypertrophy. *Am Heart J.* 1968; 75: 752-8.
11. Casale PN, Devereux RB, Alonso DR, Campo E, Kligfield P. Improved sex-specific criteria of left ventricular hypertrophy for clinical and computer interpretation of electrocardiograms: validation with autopsy findings. *Circulation.* 1987;75:565-72.
12. Sokolow M, Lyon T. Ventricular complex in left ventricular hypertrophy as obtained by unipolar precordial and limb leads. *Am Heart J.* 1949;37:161-86.
13. Levy D, Labib SB, Anderson KM, Christiansen JC, Kannel WB, Castelli WP. Determinants of sensitivity and specificity of electrocardiographic criteria for left ventricular hypertrophy. *Circulation.* 1990;81(3):815-20.
14. Sundström J, Lind L, Arnlöv J, Zethelius B, Andrén B, Lithell HO. Echocardiographic and electrocardiographic diagnoses of left ventricular hypertrophy predict mortality independently of each other in a population of elderly men. *Circulation.* 2001 May 15;103(19):2346-51.
15. Levy D, Salomon M, D'Agostino RB, Belanger AJ, and Kannel WB. Prognostic implications of baseline electrocardiographic features and their serial changes in subjects with left ventricular hypertrophy. *Circulation.* 1994;90(4):1786-93.

Si algún enlace no funciona, por favor, cópielo y péguelo directamente en la barra de direcciones de su navegador.

CardioTEC@ 2.0

Coordinadora: Jessica Medina García jmg.enfermera@gmail.com

Asesores: José Manuel Martínez Casas y José Manuel Martínez Linares.

COMPARACIÓN DE LAS CALCULADORAS *ONLINE* DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Enferm Cardiol. 2016; 23 (67): 66-70.

Autores

José Manuel Martínez Linares¹, Jessica Medina García².

1 *Enfermero. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Virgen de las Nieves. Granada*

2 *Enfermera. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.*

Dirección para correspondencia

José Manuel Martínez Linares
Comité Editorial de Enfermería en Cardiología
Casa del Corazón
Ntra.Sra. de Guadalupe, 5-7
28028 Madrid
Correo electrónico:
seresdeagua@hotmail.com

Resumen

El riesgo cardiovascular es la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular en un periodo de 5-10 años. Fruto de distintos proyectos del cálculo de riesgo cardiovascular han surgido las calculadoras para la valoración de dicho riesgo, las cuales están disponibles de forma gratuita en Internet. El objetivo de este artículo es hacer una comparación de las características de las distintas calculadoras que existen *online* para el cálculo del riesgo cardiovascular de la población general. Esta revisión bibliográfica analiza las características de nueve calculadoras: Framingham, REGICOR, PROCAM, SCORE, Il Progetto Cuore, QRISK2, ASSIGN, Australian Absolute Cardiovascular Disease Risk Calculator y Reynolds Risk Score. Las diferencias encontradas entre ellas vienen determinadas por los factores de riesgo que tienen en cuenta para hacer el cálculo, el tipo de evento cardiovascular que tratan de predecir y el resultado del mismo. La calculadora SCORE está calibrada para la población española por lo que es la más recomendada para su uso.

Palabras clave: Medición de riesgo, enfermedad cardiovascular, sistema en línea, internet.

COMPARISON OF CARDIOVASCULAR RISK ONLINE CALCULATORS

Abstract

Cardiovascular risk is the probability to suffer a cardiovascular event within a 5-10-year period. As a result of different projects for calculating cardiovascular risk, calculators have been developed to assess said risk, and said calculators are freely available on the internet. The aim of this article is to make a comparison of the characteristics of the different calculators available online for calculating cardiovascular risk in the general population. This literature review analyzes the characteristics of nine calculators: Framingham, REGICOR, PROCAM, SCORE, Il Progetto Cuore, QRISK2, ASSIGN, Australian Absolute Cardiovascular Disease Risk Calculator and Reynolds Risk Score. They differ by the risk factors they consider for making the calculation, the type of cardiovascular event they are intended to predict and the result of said calculation. The SCORE calculator is calibrated for the Spanish population, hence it is the most recommended for use therein.

Keywords: Risk assessment, cardiovascular disease, online system, Internet.



INTRODUCCIÓN

Se define el **Riesgo Cardiovascular (RCV)** como la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular en un periodo de tiempo determinado que normalmente es de 5-10 años. Conocer este riesgo ayuda a tomar decisiones terapéuticas, sobre todo en los casos de hipertensión arterial (HTA) o hipercolesterolemia leves en los que no está claro si implantar o no el tratamiento aislado de cada uno de los factores de riesgo. Normalmente, se acepta que un RCV superior al 20% indica una alta probabilidad de padecer un evento cardiovascular, y estos pacientes serían subsidiarios de tratamiento farmacológico¹.

En la década de los años 50 del siglo XX se pusieron en marcha estudios para identificar las causas de la enfermedad cardiovascular (ECV) para poder actuar sobre ellas y así reducir el RCV de la población. Desde los primeros cortes del estudio Framingham en los años 60 del siglo XX sabemos que es una afección multifactorial, de forma que el abordaje ha de hacerse atendiendo a todos estos y no a cada uno de ellos de forma aislada. De esta forma, se empezaron a construir los primeros modelos de estimación de RCV que contemplaban varias causas de forma simultánea².

En la mayoría de los casos y derivados de estos, han surgido una serie de **calculadoras** para el cálculo *online* del riesgo cardiovascular de distintos formatos, para eventos fatales o no, para distintos tipos de poblaciones y que se han ido actualizando, en función de los resultados obtenidos en los proyectos de cálculo de RCV de los que han surgido. Todas ellas permiten el cálculo del riesgo de forma individual, con base en una serie de variables o factores de RCV que pueden variar entre ellas. El **objetivo** de este artículo es identificar y describir las características de las distintas calculadoras *online* existentes para el cálculo del RCV de la población general.

METODOLOGÍA

Para ello se llevó a cabo una búsqueda en PubMed, Medline, SciELO, Nursing@Ovid, NHS Evidence y Biblioteca Cochrane Plus; utilizando para ello las palabras clave: *risk assessment, cardiovascular diseases, programmable calculator and online system*. Como criterios de inclusión se establecieron aquellas calculadoras que fueron el resultado de distintos estudios de riesgo cardiovascular llevados a cabo en diferentes países, que estiman el riesgo cardiovascular en distintos plazos de tiempo (riesgo calculado a 5 ó 10 años), que determinan el riesgo para diversos resultados (evento coronario fatal o no), para la población general y disponibles en internet con acceso libre. Se excluyeron aquellas calculadoras diseñadas para patologías concretas (diabetes *mellitus*, enfermedad renal, artritis reumatoide, VIH, etc.), además de descartar aquellas que no utilizaron datos que se consideran necesarios para dicho cálculo (edad, sexo, tabaquismo, presión arterial, colesterol total o de lipoproteínas de alta densidad [HDL]). De la misma forma, no se tuvieron en cuenta aquellas calculadoras que, a pesar de tener diversos nombres, estuvieran basadas en un mismo modelo o estudio de estimación de riesgo cardiovascular.

Los dos autores realizaron una búsqueda bibliográfica de forma independiente, que tras una puesta en común para determinar el cumplimiento de los criterios de inclusión de cada una de las calculadoras encontradas, se hizo la selección final de las mismas. Dicha búsqueda se realizó entre el día 1 y el 15 de febrero de 2016. Inicialmente se

encontraron 26 calculadoras, de las cuales solo 9 cumplieron los criterios de inclusión. La secuencia del proceso de selección de las calculadoras finalmente incluidas se muestra en la **Figura 1**.

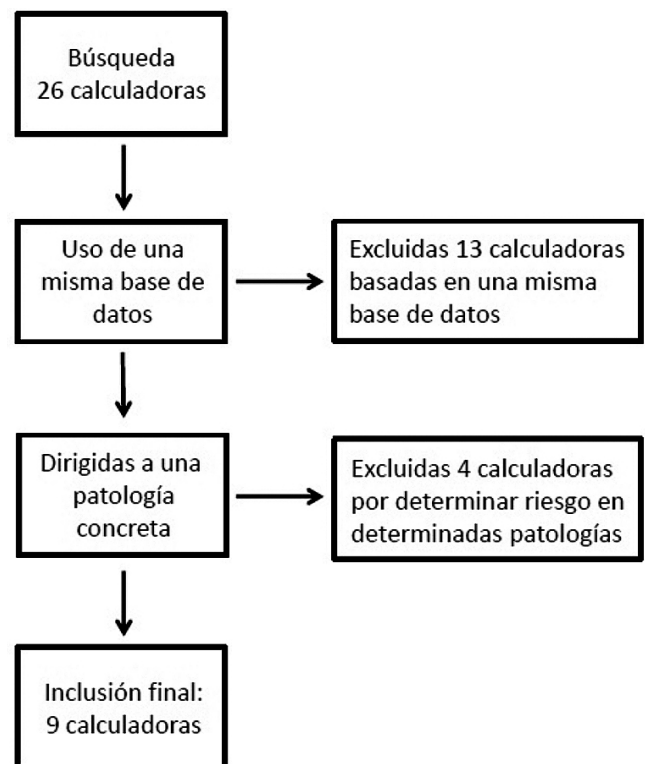


Figura 1. Secuencia de identificación y selección de calculadoras de riesgo cardiovascular.

RESULTADOS

Se muestra una comparativa de las características de las calculadoras analizadas en la **Tabla 1**. Por otro lado, se puede observar la relación de los factores de RCV que contemplan cada una de las escalas en la **Tabla 2**.

La calculadora de riesgo cardiovascular basada en el **Estudio Framingham** es el resultado del estudio de RCV de referencia a nivel mundial y del modelo de estimación de riesgo cardiovascular global cuyos primeros resultados fueron publicados en 1991 por Anderson et al³. No obstante, esta calculadora tiende a sobreestimar el RCV. Está disponible en: www.framinghamheartstudy.org/risk-functions/cardiovascular-disease/index.php. Su cálculo puede realizarse a partir de las cifras de colesterol total y colesterol HDL, o bien, a partir de la cifra del índice de masa corporal.

El **Estudio PROCAM** (Prospective Cardiovascular Münster) llevado a cabo en Alemania sobre una cohorte de 20.000 hombres⁴ a la que se le unió otra posterior de mujeres⁵, la cual eliminó la limitación de haber sido publicados sus primeros resultados basados en una cohorte solo masculina. Fruto de estas investigaciones es la calculadora de RCV PROCAM que se encuentra en: www.chd-taskforce.com. Esta calculadora incorpora como variable, la historia de familiar de primer grado con ECV precoz: padre, madre, hermano/a o hijo/a que presente algún tipo de ECV antes de los 60 años de edad.

Como resultado del intento de calibrar el modelo de RCV Framingham se llevó a cabo el **Estudio REGICOR** (Registre

Tabla 1. Características de las Calculadoras de Riesgo Cardiovascular incluidas.

Número	Fecha de publicación	Nombre	Basada en el estudio/base de datos	Tiempo de estimación del riesgo	Tipo de evento	Tipo de variables usadas	País	Categorización del riesgo
1	1991	Framingham	Framingham	10 o 30 años	ECV*	Catégoricas y numéricas	EE.UU.	No disponible
2	2003	Framingham REGICOR	REGICOR	10 años	Angina de pecho o IAM (mortal o no)	Catégoricas y numéricas	España	<5%, 5-9%, 10-14% y ≥15%
3	2002	PROCAM	Cohortes alemanas	10 años	IAM	Catégoricas y numéricas	Alemania	<10%, 10-20% y ≥20%
4	2003	SCORE	Cohortes de 12 países europeos	10 años	IAM o ACV	Catégoricas y numéricas	Europa	<1%, ≥1-<5%, ≥5-<10% y ≥10%
5	2008	QRISK2 – 2015	Cohortes británicas	10 años	IAM o ACV	Catégoricas y numéricas	Reino Unido	<20% y ≥20%
6	2007	Universidad de Edimburgo ASSIGN	Joint British Societies CVD Risk Prediction Charts	10 años	ECV	Catégoricas y numéricas	Escocia	<10%, 10-<20%, 20-<30% y ≥30%
7	2012	Australian absolute CVD risk calculator	National Vascular Disease Prevention Alliance	5 años	ECV	Catégoricas y numéricas	Australia	<10%, 10-15% y >15%
8	2007	Reynolds risk score	Reynolds	10 años	ECV	Catégoricas y numéricas	EE.UU.	No disponible
9	2011	Il progetto cuore	Cohortes italianas	10 años	IAM o ACV	Catégoricas y numéricas	Italia	<3%, 3-<20% y ≥20%

Abreviaturas. ECV: enfermedad cardiovascular (*incluye muerte coronaria, infarto agudo de miocardio, insuficiencia coronaria, angina de pecho, accidente cerebrovascular isquémico, accidente cerebrovascular hemorrágico, accidente isquémico transitorio, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardiaca); EE.UU.: Estados Unidos; IAM: infarto agudo de miocardio; ACV: accidente cerebrovascular; CVD: cardiovascular disease.

Tabla 1. Relación de factores de riesgo cardiovascular incluidos en cada calculadora.

	SCORE	Framingham (uso de índice de masa corporal)	Framingham (uso de lípidos)	REGICOR	ASSIGN	Australian absolute cardiovascular disease risk calculator	Reynolds risk score	Il progetto cuore	PROCAM	QRISK2 - 2015
Sexo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Edad	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Grupo étnico										Sí
Hábito tabáquico	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Número de cigarrillos/día					Sí					
Cifras TAs	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cifras TAd				Sí						
Cifras CT	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Cifras cHDL			Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Tratamiento antihipertensivo		Sí	Sí					Sí	Sí	Sí
Diabetes mellitus		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí		Sí
Diabetes mellitus o cifras de glucemia ≥120 mg/dl									Sí	
Índice de masa corporal		Sí								Sí
Peso									Sí	
Talla									Sí	
Familiar de primer grado* con ECV precoz**					Sí		Sí		Sí	Sí
Hipertrofia de ventrículo izquierdo						Sí				
Cifras hsPCR							Sí			
Insuficiencia renal grado IV-V										Sí
Fibrilación auricular										Sí
Artritis reumatoide										Sí
Ratio CT/cHDL										Sí

Abreviaturas. TAs: tensión arterial sistólica; CT: colesterol total; cHDL: colesterol HDL; TAd: tensión arterial diastólica; ECV: enfermedad cardiovascular; hsPCR: proteína c reactiva ultrasensible. * Se entiende por familiar de primer grado: padre, madre, hermano/a, hijo/a. **Se entiende por enfermedad cardiovascular precoz la acontecida antes de los 60 años de edad.

Gironí del Cor) con el que se lograría un cálculo más preciso del RCV de la población española. No obstante, este estudio se basó entre otras variables en la incidencia de infarto agudo de miocardio en Gerona, que es aproximadamente un 15% más baja que en el resto de España⁶. Su consulta se puede hacer en: www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/registcor/?1.

El modelo de **RCV SCORE**⁷ (Systematic Coronary Risk Evaluation), se llevó a cabo sobre una base de datos que engloba 12 países europeos, entre ellos España. Además Sans et al., llevaron a cabo una calibración para la población española⁸. Este modelo, que es el recomendado por la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología, así como en la Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012)⁹; y su calculadora están disponibles en: www.heartscore.org. Esta calculadora no tiene en cuenta la diabetes *mellitus* como factor de RCV. Prueba de que esta calculadora es la aconsejada para su uso en la población española, tenemos el estudio multicéntrico RETRATOS¹⁰. Este estudio se realizó con un total de 2.496 pacientes (1.872 fumadores y 624 no fumadores) de centros de atención primaria de todas las Comunidades Autónomas españolas para medir el RCV mediante el modelo SCORE. El análisis de RECV (Riesgo de Enfermedad Cardiovascular) mortal en un periodo de 10 años según el modelo SCORE mostró que, tanto el riesgo global como el de sufrir un accidente coronario y no coronario, fue significativamente mayor en los pacientes fumadores.

No obstante, existen otros estudios en los que se compara el modelo SCORE con otras calculadoras como Framingham-DORICA¹¹, y REGICOR¹², encontrando resultados y recomendaciones de uso diferentes. Álvarez Cosme A et al.¹¹ estudiaron una muestra de 379 varones de entre 45 y 65 años, concluyeron que al aplicar el modelo SCORE se clasificaban menos varones de alto riesgo, sobre todo en menores de 58 años, fumadores y con cifras moderadas de colesterol (17,9% [IC95%=14,3-22,3]), que con la escala de Framingham (24% [IC95%=19,9-28,7]). Por otro lado, Baeza Díez et al.¹² analizaron una muestra de 851 sujetos sin enfermedad cardiovascular, llegando a la conclusión de que el modelo SCORE trataba a un número parecido de pacientes con hipolipemiantes que el modelo REGICOR $\geq 10\%$, pero con menor evidencia de efectividad del tratamiento.

Por su parte, la evaluación del RCV del Scottish Intercollegiate Guidelines Network que asigna una puntuación para iniciar el tratamiento preventivo (**ASSIGN**) de la Universidad de Edimburgo, disponible en: www.cvrisk.mvm.ed.ac.uk/calculator/calc.asp, incluye también el padecimiento de diabetes *mellitus* para el cálculo del RCV pero cambia el resto de las enfermedades antes mencionadas por la historia de familiar de primer grado con ECV precoz¹³. Por otra parte, y al igual que hacía la escala ASSIGN, la **Reynolds Risk Score** estadounidense, contempla como factor de RCV la historia de familiar de primer grado con ECV precoz, junto con la cifras de Proteína C Reactiva Ultrasensible (hsPCR) que ninguna de las escalas anteriores la tenía en cuenta. Este nuevo factor de RCV fue incorporado a esta escala tras sendos seguimientos a una cohorte de mujeres¹⁴ y de hombres¹⁵ durante más de 10 años. Al igual que la escala SCORE, la escala Reynolds no contempla el diagnóstico de diabetes *mellitus* como factor de RCV. Su cálculo se puede realizar *online* en: www.reynoldsriskscore.org.

Como respuesta al intento del gobierno del Reino Unido de reducir las tasas de ECV, se puso en marcha en el año 2008 el Estudio QRESEARCH. A diferencia del modelo Framingham, incorporó en su base de datos variables referidas al grupo étnico de sus integrantes o al estatus socioeconómico. Se generó un primer algoritmo de predicción de RCV (QRISK1)¹⁶, que dio paso al **QRISK2**, el cual incorporaba como variables el padecimiento de diabetes *mellitus* tipo 2, la hipertensión arterial, así como una serie de factores de RCV emergentes: la artritis reumatoide, la enfermedad renal y la fibrilación auricular¹⁷. Su versión electrónica está en: www.qrisk.org.

También de origen europeo es la escala de predicción de RCV de **Il Progetto Cuore** puesto en marcha en 1998 por el *Istituto Superiore di Sanità* de Italia y cuya última versión pertenece al año 2011¹⁸, puede ser consultada en: www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio-en.asp, y tiene en cuenta los factores de RCV clásicos, que incluyen todas las escalas previamente mencionadas, pero no incorpora ninguna variable que no esté presente en las previas.

Otro ejemplo de calculadora *online* de RCV, que incluye variables referidas a patologías que se consideran como factor de riesgo cardiovascular, es la **Australian Absolute Cardiovascular Disease Risk Calculator** (www.cvdcheck.org.au), la cual tiene también en cuenta la diabetes *mellitus* y además incorpora como factor de RCV emergente la hipertrofia del ventrículo izquierdo¹⁹.

CONCLUSIONES

Se han desarrollado diversos baremos para cuantificar el riesgo cardiovascular. Sus diferencias radican, principalmente, no solo en las variables o factores de riesgo tenidos en cuenta para el cálculo, sino también en el tipo de evento cardiovascular que tratan de predecir, así como el resultado del mismo. Su relación con la incidencia posterior de ECV, se ha establecido con base en diferentes cohortes (poblaciones de las que se extraen los datos sobre los factores de riesgo y la incidencia de ECV, y luego se ponen en relación temporal) de distintos países y teniendo en cuenta sus características. A pesar de ello, existen variables comunes a todas las calculadoras y el tiempo de estimación del riesgo, salvo excepciones, suele ser a 10 años.

En nuestro medio, es la calculadora basada en el modelo SCORE la más indicada para la estimación del RCV de la población española, por estar calibrada para ello. Es además la recomendada por la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología, así como en la Guía Europea sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica (versión 2012)⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández E, Sabán J, Fabregate M, Fabregate R. Epidemiología de la enfermedad cardiovascular. En: Sabán J, editor. Control total del riesgo cardiometabólico. Madrid: Díaz de Santos; 2009. p. 31-77.
2. Fabregate M, Sabán J, Sánchez-Largo E, Coca D. Introducción al riesgo cardiovascular. Estudio Framingham. En: Sabán J, editor. Control total del riesgo cardiometabólico. Madrid: Díaz de Santos; 2009. p. 849-61.
3. Anderson KM, Wilson PWF, Odell PM, Kannel WB. An updated coronary risk profile. A statement por Health professionals. *Circulation*. 1991;83:356-62.
4. Assman G, Cullen P, Schulte H. Simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary events based on the 10-years follow-up of the Prospective Cardiovascular Münster Study (PROCAM). *Circulation*. 2002;105:310-5.
5. Assman G, Schulte H, Cullen P, Seedorf U. Assessing risk of myocardial infarction and stroke: new data from the Prospective Cardiovascular Münster Study (PROCAM). *Eur J Clin Invest*. 2007;37:925-32.
6. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovás JM, Cerdán F et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56:253-61.
7. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE Project. *Eur Heart J*. 2003;24:987-1003.
8. Sans S, Fitzgerald AP, Royo D, Conroy R, Graham I. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:476-85.
9. Quinto Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre la Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(10):937.e1-e66.
10. Fernández de Bobadilla J, Sanz de Burgoa V, Garrido Morales P, López de Sá E., en representación de los investigadores del estudio RETRATOS. Riesgo cardiovascular: evaluación del tabaquismo y revisión en atención primaria del tratamiento y orientación sanitaria. Estudio RETRATOS. *Aten Primaria*. 2011;43(11):595-603.
11. Álvarez Cosme A, Díaz González L, López Fernández V, Prieto Díaz MA, Suárez García S. Comparación de los modelos SCORE y Framingham en el cálculo de alto riesgo cardiovascular para una muestra de varones de 45 y 65 años de Asturias. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79(4):465-73.
12. Baena Díez JM, del Val García JL, Héctor Salas Gaetgens L, Sánchez Pérez R, Altes Vaques E, Deixens Martínez B et al. Comparación de los modelos SCORE y Regicor para el cálculo del riesgo cardiovascular en sujetos sin enfermedad cardiovascular atendidos en un centro de salud de Barcelona. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79 (4): 453-64.
13. Woodward M, Brindle P, Tunstall-Pedoe H, SIGN group on risk estimation. Adding social deprivation and family history to cardiovascular risk assessment: the ASSIGN score from the Scottish Heart Health Extended Cohort (SHHEC). *Heart*. 2007;93:172-6.
14. Ridker PM, Buring JE, Rifai N, Cook NR. Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women: the Reynolds Risk Score. *JAMA*. 2007;297:611-9.
15. Ridker PM, Paynter NP, Rifai N, Gaziano JM, Cook NR. C-reactive protein and parental history improve global cardiovascular risk prediction: the Reynolds Risk Score for men. *Circulation*. 2008;118:2243-51.
16. Hippisley-Cox J, Coupland C, Vinogradova Y, Robson J, May M, Brindle P. Derivation and validation of QRISK, a new cardiovascular disease risk score for the United Kingdom: prospective open cohort study. *BMJ*. 2007;335(7611):136.
17. Hippisley-Cox J, Coupland C, Vinogradova Y, Robson J, Minhas R, Sheikh A et al. Predicting cardiovascular risk in England and Wales: prospective derivation and validation of QRISK2. *BMJ*. 2008;336:1475-82.
18. Palmieri L, Rielli R, Demattè L, Donfrancesco C, Ciccarelli P, De Sanctis Caiola P et al. CUORE project: implementation of the 10-year risk score. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2011;18(4):642-9.
19. National Vascular Disease Prevention Alliance. Guidelines for the management of absolute cardiovascular disease risk. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2012.

SECCIÓN: UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS

Coordinador: Carlos Santos Molina Mazón. csmolinamazon@gmail.com

FÍSTULA CONGÉNITA DE ARTERIA CORONARIA DERECHA ECTÁSICA A VENTRÍCULO DERECHO

CONGENITAL FISTULA OF ECTATIC RIGHT CORONARY ARTERY TO RIGHT VENTRICLE

Enferm Cardiol. 2016; 23 (67): 71.

Autores

Arkaitz Saralegui Vallejo, Gorka Ayerbe Maiztegui, César Alberto Monteiro Teixeira.
 Enfermeros del Servicio de Hemodinámica de la Policlínica Gipuzkoa. Donostia-San Sebastián.

Dirección para correspondencia

Arkaitz Saralegui Vallejo
 Servicio de Hemodinámica. Policlínica Gipuzkoa.
 Paseo Miramón 174. 20014 Donostia-San Sebastián
 Correo electrónico: arkaitzs@hotmail.com

Descritas a finales del siglo XIX, las fístulas coronarias son cortocircuitos entre una arteria coronaria y una cavidad cardiaca o gran vaso. Pueden ser congénitas o adquiridas. Aproximadamente en el 55% de los casos, la fístula se origina desde la arteria coronaria derecha, drenando el 90% al ventrículo derecho y solo un 3% al ventrículo izquierdo.

Las fístulas coronarias son una patología congénita muy poco frecuente (0,4%) que, aunque suelen ser asintomáticas, si no se interviene pueden llevar a hipertensión pulmonar, insuficiencia cardiaca, isquemia miocárdica o endocarditis infecciosa, entre otras patologías. Los síntomas se suelen presentar en el 19-63% de los pacientes mayormente después de los 18 años. Soplos y disnea de esfuerzo son los síntomas más comunes.

El cateterismo cardiaco es el estudio de elección para definir la anatomía de la anomalía coronaria y su repercusión hemodinámica. También son útiles la ecocardiografía doppler, ecocardiograma transtorácico y transesofágico, así como la tomografía contrastada (angioTAC) y resonancia magnética cardiaca (cardioRMN).

El caso descrito trata de una mujer de 21 años, asintomática y sin antecedentes médicos relevantes a la que se detecta un soplo cardiaco, tras auscultación rutinaria. En ecocardiografía transtorácica se visualiza fístula de arteria coronaria derecha que drena a ventrículo derecho confirmada mediante cardioRMN, angioTAC y cateterismo cardiaco.

La **Figura 1** muestra una imagen de TAC coronario donde se objetivó una fístula (**flecha**) de arteria coronaria derecha (**ACD**) a ventrículo derecho (**VD**).

En la **Figura 2** se observa una imagen angiográfica de la arteria coronaria derecha aneurismática (**ACD**). Tomando como referencia el catéter JR 3,5 5F (**C**), podemos hacernos a la idea del diámetro anormal de la coronaria, confirmando así, los datos aportados por angioTAC.

Por último, en la **Figura 3** se puede apreciar claramente la fístula (**flecha**) entre la coronaria (**ACD**) y el ventrículo derecho (**VD**).

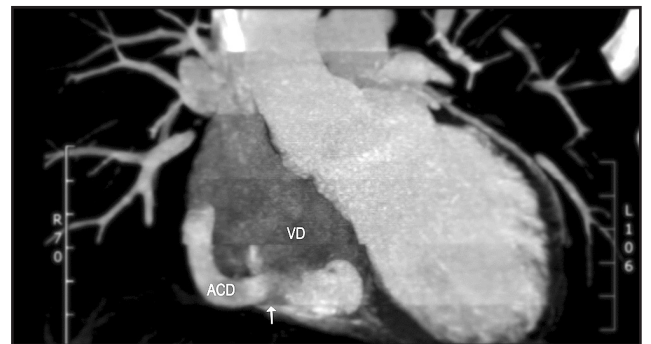


Figura 1. Imagen de TAC coronario donde se observa la fístula de coronaria derecha a ventrículo derecho.

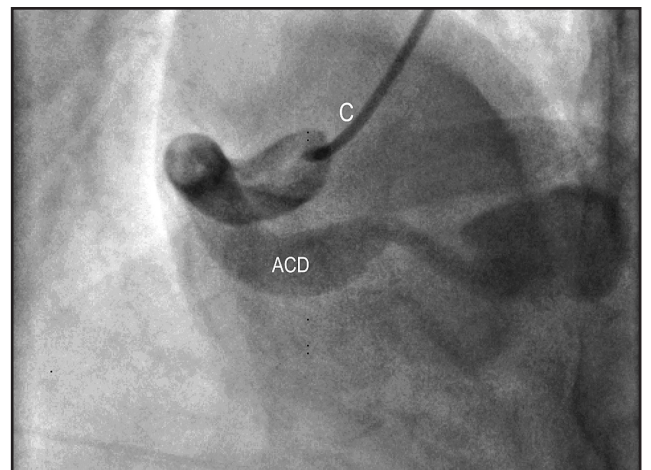


Figura 2. Imagen angiográfica de coronaria derecha aneurismática.

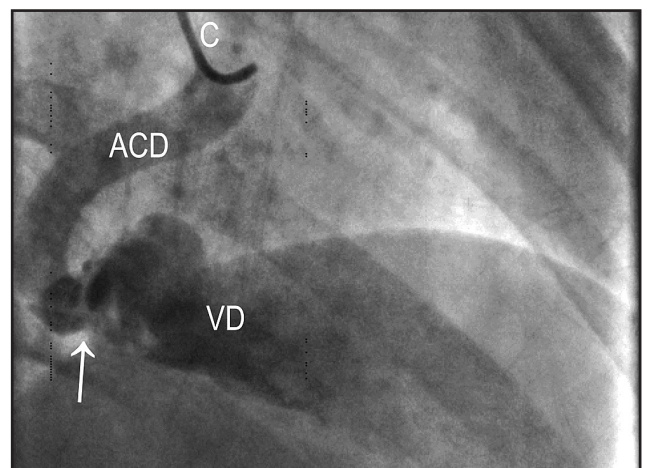


Figura 3. Imagen angiográfica de la fístula de coronaria derecha con drenaje a ventrículo derecho.

«HEALTH COACHING», UN NUEVO PARADIGMA EN LA INTERVENCIÓN SOBRE EL PACIENTE CRÓNICO

Enferm Cardiol. 2016; 23 (67): 72-76.

Autora

Itziar López Zarrabeitia

Enfermera en el Servicio de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Dirección para correspondencia

Itziar López Zarrabeitia
Hospital Clínico San Carlos
Servicio de Hemodinámica
2.ª Planta. Ala Norte
Calle del Profesor Martín Lagos, S/N
28040 Madrid
Correo electrónico:
itziar.lopez.zarrabeitia@gmail.com

Resumen

Resulta innegable la importancia que tiene para el paciente crónico seguir correctamente las indicaciones terapéuticas y mantener su cumplimiento siendo conocido que esto no siempre se logra con la intervención tradicional. El «*Health Coaching*» o *Coaching* de Salud surge como una nueva, y eficaz, forma de intervención sobre estos pacientes. Consiste en aplicar procesos de *coaching* con metas de salud. Los procesos de *coaching* movilizan las motivaciones y recursos propios del paciente para lograr el cambio, lo que lleva a transformaciones eficaces y duraderas en el tiempo como han demostrado ya algunos estudios. Este trabajo presenta un acercamiento a la disciplina del *coaching* de salud proponiendo a los profesionales sanitarios como la figura que ejerza el rol de *coach-salud*.

Palabras clave: pacientes, enfermeras, educación en salud, capacitación, enfermedad crónica.

«HEALTH COACHING», A NEW PARADIGM IN THE INTERVENTION FOR THE CHRONIC PATIENT

Abstract

The importance for chronic patients of correctly following the therapeutic indications and maintaining their adherence thereto is out of any question, it being well known that this is not always achieved through traditional intervention. Health Coaching («*Coaching de Salud*» in Spanish) arises as a new and effective way of intervention for these patients. It consists in applying coaching procedures with health-related goals. Coaching processes mobilize the patient's own motivations and resources in order to achieve the change, resulting in effective and long-lasting transformations over time, as already demonstrated by some studies. This work presents an approach to the Health Coaching discipline, proposing health professionals as the figure who must play the role of health-coach.

Keywords: patients, nurses, health education, training, chronic disease.

EL COACHING

«El Coaching es una relación profesional que ayuda a que las personas obtengan resultados extraordinarios. A través de estos procesos los clientes ahondan en su aprendizaje, mejoran su desempeño y refuerzan su calidad de vida.» (Federación Internacional de Coaching. ICF). «Consiste en liberar el potencial de una persona para incrementar al máximo su desempeño, en ayudarlo a aprender en lugar de enseñarle.» (J. Whitmore)¹.

Aplicado a la clínica asistencial vendría a ser un «proceso de acompañamiento que ayuda a potenciar las fortalezas y mejorar la calidad de vida del paciente a partir de sus propias metas de salud integral.»²

El término *coach* significa a la vez entrenador y coche. Etimológicamente, la palabra se ubica en la ciudad húngara de Kocs en el siglo XV, donde los viajeros utilizaban el término «carruaje de Kocs» para nombrar un tipo de carruaje que se popularizó, por su nuevo sistema de suspensión que hacía mucho más cómodo el viaje entre Viena y Budapest. Dicho término, Kocs, evolucionó en español como coche^{1,3}. El término pasó a Inglaterra y aunque originalmente se utilizó para nombrar el carruaje, a partir de 1850 se comienza a utilizar en las universidades inglesas para nombrar la figura del entrenador académico y deportivo. Es en 1980 cuando se comienza a hablar de *coaching* como una profesión y este entra en el mundo de las compañías, expandiéndose desde allí a otras áreas como la educativa o la salud¹.

El *coaching*, en cierto modo, también transporta a las personas de un lugar a otro, del lugar en el que están, al lugar en el que desean estar³. Se basa en una serie de conversaciones, planificadas y confidenciales entre el *coach* y el individuo, en las que el *coach*, mediante la pregunta, le ayuda a explorar sus propias creencias, valores, fortalezas y limitaciones. Fruto de esta exploración, el individuo es capaz de tomar determinadas decisiones y de comprometerse, en un proceso de cambio y de aprendizaje¹.

El *coach* es un profesional cualificado para ayudar a una persona a ampliar sus competencias, con la finalidad de descubrir sus potenciales, y con eso maximizar su rendimiento². Su trabajo consiste en ser catalizador del autoconocimiento del individuo de manera holística lo cual le permite acceder a un desempeño extraordinario³.

EL COACH-SALUD

El *coaching* se basa en una conversación posibilitadora de cambio, entre el paciente que desea mejorar y el *coach-salud* que utiliza habilidades de comunicación, para ayudarlo a conseguirlo⁴.

El *coach-salud* establece un diálogo con el paciente, para ayudarlo a priorizar, trocear el objetivo, buscar la manera de hacerlo más fácil y superar los obstáculos⁵, facilita la toma de consciencia del paciente sobre aquellas creencias que interfieren en su salud y le ayuda a hallar otras más potenciadoras, para que pueda realizar las acciones diarias que conducen al

cambio⁶. Se trata de que el paciente se sienta más responsable y pase de ser un enfermo a tener una enfermedad controlable, dentro de las posibilidades⁷. De esta manera, se empodera al paciente, se le dan las riendas de su enfermedad, haciéndole responsable del cambio. Esta autorresponsabilidad produce una motivación intrínseca que es favorecedora del mismo. El paciente se hace responsable y más activo respecto a su propia salud, se siente más capaz y menos enfermo⁶. Él es el protagonista y el *coach-salud* es el facilitador de su proceso de cambio⁸.

El papel del *coach-salud* puede ser desempeñado por un profesional de la salud (enfermeras, médicos, nutricionistas, etc.) siempre y cuando estén formados para ello⁶.

Para poder llevar a cabo la conversación facilitadora de cambio, es fundamental que el *coach-salud* domine las habilidades de comunicación⁵, que son las que facilitan una relación de confianza entre el profesional y el paciente, requisito indispensable para facilitar este cambio⁸, y son: la empatía, las preguntas poderosas, la escucha activa y el reconocimiento^{5,8}.

Una actitud empática, que por sí sola es terapéutica⁵, implica ponernos en el lugar del otro, aunque no necesariamente compartir su opinión^{5,7} y hace que el paciente se sienta apoyado y no juzgado, favoreciendo el cambio⁹. El profesional de la salud, como figura de autoridad que es, debe actuar facilitando la autonomía del paciente, situándose en su perspectiva, detectando sus necesidades y sentimientos y ofreciéndole tanto la información apropiada y significativa para la realización de sus tareas, como la oportunidad de elección¹⁰.

El *coach-salud* realiza preguntas poderosas, que facilitan el cambio, en lugar de dar consejo, llevando así al paciente al autoconocimiento, de sus fortalezas, de la necesidad de cambio y de cómo realizarlo. El paciente se hace responsable de sus propias decisiones y, junto con el profesional de la salud encuentran nuevas vías para mejorar⁷. Preguntar requiere una inversión de tiempo que se recuperará a la larga, pues el profesional se convierte en más efectivo^{5,7}. Estas preguntas poderosas se caracterizan por ser abiertas, libres de juicios, no directivas y breves, constituyendo el silencio una gran pregunta poderosa. Son preguntas que estimulan el pensamiento reflexivo y aumentan el nivel de consciencia, empoderan al paciente para que encuentre él mismo la solución, desarrollando el aprendizaje, se orientan hacia el objetivo, hacia el futuro, tomando del pasado solo la información necesaria. Cuestionan creencias pasadas, motivando pensamientos nuevos que llevan a nuevas respuestas y posibilidades, esto hace que generen energía y que conduzcan a la acción.

Escuchar activamente implica fijarnos en el lenguaje verbal y en el no verbal, que expresa mejor los sentimientos y pensamientos que las palabras⁷. Además de saber qué nos dice el paciente, captamos sus emociones y lo que es importante para él⁵. Se trata de intentar comprender y deducir lo que el

paciente quiere decir con exactitud, para lo cual se utiliza la repetición de alguna palabra que nos parece importante, el parafraseo, que consiste en repetir, pero cambiando alguna palabra por sinónimos o alterando ligeramente lo dicho, el señalamiento emocional que consiste en decir frases que muestran sentimientos o emociones y el uso de los silencios⁽⁹⁾.

El *coach*-salud también debe ser capaz de expresar reconocimiento al paciente⁷, de darle *feedback* de lo que observa sin juzgar y, sobre todo, celebrar y felicitar al paciente por las acciones y cambios que está realizando, aunque estos sean pequeños⁸. Reconocer las dificultades y los esfuerzos que efectúa el paciente, por pequeños que nos parezcan, es el pilar fundamental en el que se basa el *coaching* de salud. Es imprescindible colocarse en la realidad del paciente, para entender la situación actual y los obstáculos con que se encuentra. Se trata de dar al paciente facilidades para que consiga los cambios deseados, sin repetir lo que él ya ha probado y no le ha funcionado⁵.

HEALTH COACHING O COACHING SALUD

Health Coaching o *Coaching* de Salud es la denominación utilizada para designar la aplicación de los procesos de *coaching* en el área de la salud, a favor de la prevención y recuperación de pacientes⁴. Consiste en aplicar la metodología del *coaching* para «ayudar a los pacientes a ganar conocimientos, habilidades, herramientas y confianza para volverse participantes activos en su cuidado a fin de que puedan alcanzar sus metas de salud, identificadas por ellos mismos»⁶. Supone un cambio de paradigma con respecto a la intervención tradicional, ya que coloca el foco en los pacientes y no en los profesionales de la salud.

En la intervención tradicional, el profesional de la salud es considerado un experto que posee todas las respuestas y conocimientos y, por tanto, le transmite al paciente lo que considera que debe saber, y le aconseja. Este tipo de intervención no compromete, no involucra y frecuentemente no lleva a los fines deseados, apareciendo la desmotivación -del paciente y del profesional- el abandono y la frustración.

El *coaching* de salud pone el foco en el paciente, ayuda al individuo a ayudarse a sí mismo, activa las propias motivaciones del paciente, para llevar a cabo el cambio de comportamiento; trabaja desde la agenda del paciente, desde sus necesidades y problemas percibidos, le ayuda a identificar sus creencias y valores, así como, su disposición al cambio⁶.

Con él se mejora la relación profesional-paciente, se consiguen cambios más efectivos en la aplicación de hábitos saludables y en la adherencia a los tratamientos en las enfermedades crónicas, un mayor control de los factores de riesgo y por último, como consecuencia de todo ello, se ahorrarán recursos económicos en el sector sanitario¹¹.

La motivación para el cambio de conducta está en la incomodidad que le produce a una persona la distancia entre lo que hace y lo que desea hacer. Si ayudamos a que el paciente sea más consciente de

su situación y de sus deseos, le facilitamos el cambio y le resultará menos duro dejar su conducta habitual. Una actitud empática, en la que el paciente se siente apoyado y no juzgado, favorece el cambio y, por el contrario, la insistencia en el cese del hábito puede generar resistencia al mismo⁸. Si el paciente regula su conducta de forma voluntaria, tiene una mayor implicación y bienestar, mientras que si lo hacen de forma controlada, disminuye la implicación y aparece malestar. Cuando las personas quieren hacer algo, más que sentir que lo tienen que hacer, son más propensas a realizarlo¹⁰.

En las enfermedades crónicas intervienen muchas variables, tal como refleja el modelo biopsicosocial de Engel (orgánicas, psicológicas, familiares y sociales)⁷, con el *coaching* de salud se exploran los pensamientos y creencias que existen detrás de las conductas de los pacientes, en cada una de las variables. La falta de adherencia al cambio de estilo de vida constituye una de las principales barreras a la atención preventiva eficaz. Muchos profesionales se muestran escépticos, con respecto a que los pacientes vayan a cambiar los comportamientos no saludables; también refieren falta de tiempo y de formación para aconsejar a los pacientes de manera eficaz¹². La finalidad del *coaching*, en la enfermedad crónica, es ayudar al paciente a que mejore sus hábitos y a que siga los tratamientos, para tener una mejor calidad de vida. Se estima que aproximadamente un 50% de los pacientes no cumple total o parcialmente las pautas terapéuticas prescritas por el facultativo⁶.

El *coaching* no es una alternativa a los tratamientos habituales, sino una metodología complementaria con el objetivo de promover medidas preventivas y controlar mejor las enfermedades crónicas⁶. Para algunos autores, se trata de una educación innovadora y un programa clínico emergente, para otros, de un nuevo enfoque que refuerza el automanejo del paciente, mejora la calidad de sus resultados, las conductas que constituyen estilos de vida saludables y el cumplimiento del paciente con enfermedades crónicas⁸.

Dónde, cómo y cuándo realizar *coaching* de salud

Es una realidad que los profesionales de la salud cuentan con poco tiempo en la consulta, y que el *coaching* requiere, en principio, más tiempo para aplicarlo que una consulta normal, aunque lo cierto es que ese tiempo se recuperará a la larga, si el paciente se hace más responsable de su enfermedad y de instaurar las acciones para mejorar. Tras la entrevista inicial, la duración de las sesiones de *coaching* puede variar de 10 a 60 minutos según el contexto⁸. No siempre se puede practicar *coaching* completo en la consulta diaria y, a menudo, se utilizan algunas herramientas del mismo, pero cualquier cambio será bueno, si lo que hacíamos antes no funcionaba en algunos pacientes⁵. Por otro lado, el uso de internet, el teléfono y las nuevas tecnologías, pueden resultar de gran utilidad como herramientas para realizar intervenciones de *coaching* salud^{8,13}.

ESTUDIOS SOBRE APLICACIONES DEL COACHING SALUD

Una muestra de la eficacia del *coaching* en la intervención sobre el paciente crónico, se puede ver en el estudio COACH (Coaching Patients On Achieving Cardiovascular Health), ensayo clínico aleatorizado con 792 pacientes llevado a cabo en Australia por la Dra. Vale (2003), donde quedó demostrado que el entrenamiento de los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) a través del *coaching*, es una estrategia muy efectiva para disminuir factores de riesgo coronario como el colesterol total, medido a los seis meses de la aleatorización, y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Se incluyeron 792 pacientes con CI en 6 hospitales universitarios asignados de forma aleatoria a 2 ramas: 398 sujetos a una rama en la que recibían los cuidados habituales, más el programa COACH, y 394 sujetos a otra rama donde solo recibían los cuidados habituales. La intervención consistió en asignar un *coach*-salud a cada paciente que, de forma personal, le informara sobre el nivel de sus factores de riesgo, estableciera junto con él objetivos terapéuticos para cada uno de ellos, le capacitara para modificar sus hábitos de vida, y le instara a acudir a su médico habitual, para que juntos lograran los objetivos terapéuticos. En particular, el perfil lipídico y la tensión arterial. Los contactos entre el *coach*-salud, ubicado en el hospital, y el paciente se produjeron por teléfono y por correo electrónico. Se realizaron 5 contactos telefónicos a lo largo de 6 meses y cada llamada duró de 20 a 30 minutos de media⁹.

En la misma línea, el programa PROMIC (Programa Colaborativo Multidisciplinar para la Atención Integral de Pacientes Diagnosticados de Insuficiencia Cardíaca) llevado a cabo por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco en 2014, incluye entre sus intervenciones la educación para el autocuidado y empoderamiento de los pacientes y de la familia, abogando por la creación de un nuevo rol de enfermería, con funciones de *coaching* para los pacientes y su familia, en el que el *coach*-salud desempeña labores de educación, evaluación de los niveles de conocimientos y evaluación del autocuidado¹⁴.

En Australia, O'Hara BJ et al. (2012) llevaron a cabo un diseño experimental con 1088 pacientes basado en la intervención de un servicio de *coaching* telefónico para mejorar comportamientos de estilo de vida. Las variables medidas fueron: peso, circunferencia de la cintura, índice de masa corporal (IMC), consumo de frutas y verduras y la actividad física^{12,15}. A los participantes se les realizaron sesiones de *coaching* durante seis meses, y un seguimiento a los 12 meses. Los autores del estudio concluyen que el programa de *coaching* telefónico tiene potencial para contribuir a una mejora sustancial en el perfil de factores de riesgo de enfermedades crónicas, y que además los resultados se mantienen a los seis meses de finalizadas las intervenciones¹⁵.

Spring B et al. realizaron en 2012 un estudio aleatorizado con 204 adultos en el que medían factores de riesgo y protección cardiovascular (aumentar ingesta de fruta y verdura, disminuir ingesta de grasas, aumentar la actividad física y disminuir el sedentarismo) en el que se implementaban tres semanas de *coaching* telefónico, concluyeron que el *coaching* apoyado en tecnologías móviles mejora la dieta y la actividad física, maximizando la adopción y mantenimiento de diversos cambios de comportamiento saludable^{12,13}.

Hugles, SL et al. en 2011 realizaron un ensayo controlado aleatorizado prospectivo, para comparar los efectos de dos intervenciones de educación para la salud, en comparación con un grupo control, en el lugar de trabajo. La muestra fue de 423 trabajadores de 40 años o más que se asignaron a tres grupos: un primer grupo al que se le hizo una intervención basada en webs de evaluaciones de riesgo, con apoyo de *coaching* (grupo COACH), un segundo grupo al que se le realizó, también, una intervención basada en webs y además módulos específicos de comportamiento (grupo Real Age) y un grupo control al que se le dio información impresa de promoción de la salud^{13,16}. Se midieron comportamientos saludables relacionados con la alimentación, la actividad física, el estrés y el tabaquismo. Los indicadores objetivos fueron el peso, el IMC y la circunferencia de la cintura. En el grupo COACH un *coach*-salud entrenado, revisaba las evaluaciones de riesgo con los participantes, desarrollaban un plan de acción, remitía a los participantes a los programas apropiados y revisaban el plan de acción según fuera necesario. Tras la evaluación inicial y el establecimiento del plan, durante la primera semana el *coach*-salud llamó por teléfono a los participantes para preguntarles si habían conseguido los recursos necesarios para implementar el plan. Si presentaban dificultad, tenía lugar una segunda reunión con el *coach* en la que se revisaba el plan de acción y las metas planteadas. A partir de entonces, el *coach* contactaba con los participantes vía correo electrónico o teléfono cada dos semanas, durante los 6 primeros meses, y mensualmente durante los 6 meses siguientes. Durante estos contactos, *coach* y participante reevaluaban el plan, incluyendo la negociación de otros objetivos y de acciones relacionadas¹⁶. A los 12 meses, los participantes del programa COACH mostraron un aumento significativo del consumo de fruta y verduras y de la participación en la actividad física, además de una disminución en la ingesta de grasa. Los participantes del grupo Real Age mostraron una disminución significativa de la circunferencia de la cintura. En general los participantes del grupo COACH experimentaron el doble de resultados positivos comparados con el grupo control^{13,16}.

El *coaching* telefónico es efectivo para disminuir el IMC, aumentar el consumo de fruta y verdura y disminuir la ingesta de grasas saturadas; y tanto presencial como por medio de las nuevas tecnologías, aumenta la participación y adherencia en la actividad

física, disminuyendo, asimismo, las actividades de ocio sedentarias^{6,13}. Ha sido efectivo para lograr mayor participación en las consultas de seguimiento, mayor adherencia medicamentosa y menos hospitalizaciones^{9,11}.

Se trata de una nueva disciplina que emerge para facilitar a los profesionales sanitarios su intervención sobre los pacientes crónicos. Tiene por objetivo involucrar activamente al paciente en su proceso, ayudarlo a comprender sus conductas de salud y a desarrollar estrategias que le permitan vivir tan plena y productivamente como pueda, aumentando así su autoconfianza y satisfacción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz de Zárate M. Psicología y coaching: marco general, las diferentes escuelas. *Capital Humano*. 2010;243: 56-58.
2. Montaner Abasolo MC, Soler Company E. La relación con el paciente desde la perspectiva personalista. Saber comunicar un imperativo ético. *Cuad Bioet*. 2012; 23 (79): 631-40.
3. Ravier L.E. ¿Cuál es la historia del coaching? *Coaching Magazine*. 2005;1: 2-6.
4. Parnov Machado B, Gama Paes L, Ferreira Tonini T, Nascimento Lampert A, Soares de Lima Suzinara B. Coaching en la enfermería: revisión integradora. *Index Enferm [en línea]*. 2014;23 (1-2):51-5.
5. Molins Roca J. Coaching y diabetes. *Rev ROL Enf*. 2011; 34 (5): 381-4.
6. Molins Roca J. Coaching y salud. *Cuadernos de coaching*. 2011; 7: 6-7.
7. Molins Roca J. Habilidades profesionales. *Comunicación médico-paciente. Reumopráctica*. 2012; 1 (1): 17-8.
8. Bonal Ruiz R, Almenares Camps H, Marzán Delis M. Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. *Medisan*. 2012; 16(5):773.
9. Rodríguez Artalejo F. Un entrenador personal para los cardiopatas. *AFT*. 2004; 2(2): 87-8.
10. Molinero González O, Salguero del Valle A, Márquez S. Autodeterminación y adherencia al ejercicio: estado de la cuestión. *RICYDE*. 2011; 7 (25): 287-394.
11. Lizárraga S, Ayarra M. Entrevista motivacional. *ANALES Sis San Navarra*. 2001; 24 (supl.2): 43-53.
12. Spring B, Scheneider K, Mcladden HG, Vaughn J, Kozak AT, Smith M et al. Multiple Behavior Changes in Diet and Activity: a randomized controlled trial using mobile technology. *Arch Intern Med*. 2012; 172 (10): 789-96.
13. Meya Molina A, Giménez Sánchez J. Coaching nutricional como herramienta para la adquisición de los hábitos alimentarios preventivos de cáncer. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2014; 18 (1): 35-44.
14. Domingo C. Desarrollo y pilotaje de un programa colaborativo multidisciplinar para la atención integral de pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca (IC) PROMIC. Victoria-Gasteiz: Departamento de Salud. Gobierno Vasco; 2014. Informe Osteba D-14-01.
15. O' Hara BJ, Phongsavan P, Venugopal K, Eakin EG, Caterson H, King L et al. Effectiveness of Australian's Get Healthy Information and Coaching Service: Translational research with population wide impact. *Prev Med*. 2012; 55(4): 292-8.
16. Hughes SL, Seymour RB, Campbell RT, Shaw JW, Fabiyi C, Sokas R. Comparison of two Health-Promotion Programs for Older Workers. *Am J public Health*. 2011; 101 (5): 883-90.

NORMAS DE PUBLICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE ORIGINALES

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

La Revista de la AEEC ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA (www.enfermeriaencardiologia.com) publica trabajos originales, artículos de revisión, originales breves, artículos de opinión y actualización o puesta al día, relacionados con los aspectos específicos de la atención enfermera, que contribuyan a desarrollar y difundir el cuerpo de conocimientos científicos en enfermería cardiológica.

Los autores que deseen publicar en nuestra revista deberán seguir y tener en cuenta las siguientes normas basadas en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (CIDRM):

1. TIPOS DE ARTÍCULOS.

1.1. ARTÍCULOS ORIGINALES.

Se consideran artículos originales aquellos trabajos de investigación cuantitativa o cualitativa relacionados con cualquier aspecto relacionado con las áreas de estudio de la revista. Deberán encontrarse estructurados atendiendo a las siguientes secciones: Resumen, Palabras Clave, Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones, Agradecimientos y Bibliografía. Cada una de ellas convenientemente encabezadas.

1.2. CASOS CLÍNICOS.

Descripción de uno o más casos por su especial interés debido a su especial aportación al conocimiento científico o por su extrañeza, entre otros motivos. (Ver apartado 7. Normas específicas para la presentación de Casos Clínicos).

1.3. REVISIONES.

Trabajos de revisión de determinados temas que se considere de relevancia en la práctica de la atención en cardiología, preferentemente con carácter de revisiones sistemáticas. Debiendo estar estructurados de la siguiente manera: Introducción, Exposición del tema y Bibliografía.

1.4. PERSPECTIVAS.

Artículos que, a juicio o invitación expresa del Comité Editorial, desarrollen aspectos novedosos, tendencias o criterios, de forma que puedan constituir un enlace entre los resultados de investigación, los profesionales sanitarios y la sociedad científica.

1.5 EDITORIALES.

Artículos escritos a solicitud del Comité Editorial sobre temas de interés o actualidad.

1.6. CARTAS AL DIRECTOR.

Observaciones o comentarios científicos o de opinión sobre trabajos publicados en la revista recientemente o que constituyan motivo de relevante actualidad.

1.7. ARTÍCULOS DE RECESIÓN.

Comentarios sobre libros de interés o reciente publicación. Generalmente a solicitud del Comité Editorial, aunque también podrán ser considerados los enviados espontáneamente.

1.8. ARTÍCULOS ESPECIALES.

La revista puede publicar artículos especiales por encargo del Comité Editorial, sugerencias de los asociados/as o de otro posible origen. Estos artículos se publicarán bajo distintas denominaciones: Informes técnicos, formación continuada, artículo de interés, etc. Aquellos autores que deseen colaborar en esta sección deberán solicitarlo previamente al Comité Editorial, enviando un breve resumen y consideraciones personales sobre el contenido e importancia del tema.

1.9 ARTÍCULOS EN LA SECCIÓN UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS.

Fotos, figuras o imágenes curiosas, insólitas o demostrativas que estén relacionadas con el mundo de la Cardiología acompañadas de un texto explicativo breve.

2. REMISIÓN DE TRABAJOS.

Todos los manuscritos deberán ser remitidos a través de nuestra dirección de correo electrónico: revista2@enfermeriaencardiologia.com Adjuntando una **carta dirigida al Director de la Revista, firmada por todos los autores**, en la que:

- solicitarán la revisión del manuscrito para su publicación
- harán constar sus nombres completos y su filiación
- señalarán un autor como el responsable de la correspondencia, consignando su dirección postal y electrónica

- declararán, de forma explícita, su participación intelectual en el manuscrito y consentimiento con el contenido de la versión enviada
- expresarán que no existen conflictos de intereses ni éticos que confluyan en el manuscrito

- declararán que el manuscrito no ha sido publicado, enviado ni está en evaluación por ninguna otra revista científica.

Si un trabajo incluyera material previamente publicado en otra fuente de información, el autor deberá obtener permiso para su reproducción y citará adecuadamente dicho permiso y la fuente original del mismo.

El Comité Editorial acusará recibo de todos los trabajos recibidos en la redacción de la revista.

Todos los artículos aceptados para su publicación quedarán como propiedad permanente de la AEEC.

3. ASPECTOS DEL MANUSCRITO.

PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO: A doble espacio, con márgenes de 2,5 cm y páginas numeradas en su ángulo superior derecho. Formato de letra: Arial Narrow 10. Extensión máxima de los artículos originales: 5000 palabras (excluidas las tablas, gráficos y pies de figura).

En la PRIMERA PÁGINA del trabajo, se incluirá:

- Título en mayúsculas en español y en inglés. Y título abreviado en español: máximo 90 caracteres.

• Autores (de 1 a 3 autores o investigadores principales y el resto colaboradores) El nombre de los autores debe ser completo, en el orden tal como se desee que aparezcan en la sección de autoría. El mismo deberá incluir: titulación de grado académico, institución donde se trabaja, departamento o servicio y cargo que ocupa. Se deberá designar a uno de los autores como autor de correspondencia indicando una dirección postal completa, teléfono y correo electrónico de contacto.

- Fuente de financiación del trabajo, si procede.
- Año de realización del trabajo.
- Otra información relevante al respecto, por ejemplo, si ha sido presentado en una jornada o congreso, o si ha recibido algún premio o reconocimiento.

Las FIGURAS, TABLAS e ILUSTRACIONES podrán ser incluidas al final del texto o remitidas separadamente, en fichero aparte, numeradas de forma consecutiva a su orden de aparición en el texto. Las tablas y las figuras se clasificarán y numerarán de forma independiente unas de otras. Las tablas llevarán un título en la parte superior y si se considera necesario, una breve explicación a pie de tabla. Las figuras llevarán un título en la parte inferior y si se considera necesario, una breve explicación.

Su contenido será explicativo y complementario, sin que los datos puedan suponer redundancia con los referidos en el texto. Las leyendas, notas de tablas y pies de figuras, deberán ser lo suficientemente explicativas como para poder ser interpretadas sin necesidad de recurrir al texto.

El número máximo será de seis tablas y seis figuras en los artículos originales. Las figuras no repetirán datos ya incluidos en el texto del artículo ni en las tablas.

Las TABLAS se elaborarán siempre en el formato Tabla básica 1 del editor de textos Word (o programa similar).

Las FIGURAS se presentarán en formato electrónico al uso (jpg, bmp, tiff, etc.).

En caso de incluir fotografías de pacientes, estarán realizadas de forma que no sean identificables.

En caso de utilizarse ABREVIATURAS, el nombre completo al que sustituye la abreviación, deberá preceder a su utilización y siempre la primera vez que se utilicen en el texto, excepto en el caso de que se corresponda con alguna unidad de medida estándar.

Cuando se utilicen unidades de medida, se utilizarán, preferentemente las abreviaturas correspondientes a las Unidades del Sistema Internacional.

Siempre que sea posible, se incluirá un listado de abreviaturas presentes en el cuerpo del trabajo.

4. SECCIONES DE UN ARTÍCULO:

Título en mayúsculas, en español e inglés y **título abreviado** con una extensión máxima (incluyendo espacios) de 90 caracteres.

Resumen: Se redactará en español e inglés (**Abstract**). No superior a 250 palabras, que hará referencia a los puntos esenciales del artículo y a los aspectos más significativos del mismo. No contendrá citas bibliográficas, ni abreviaturas (excepto las correspondientes a las unidades de medida). Puede incluir un breve apartado final titulado: Importante o novedoso. El resumen de los ARTICULOS ORIGINALES estará estructurado en cuatro apartados: -Introducción y objetivos, -Material y Métodos, -Resultados y -Conclusiones.

Palabras clave: Debajo del resumen se especificarán de 5 a 8 palabras claves, redactadas igualmente en español e inglés (**Key words**), que identifiquen el contenido del trabajo y faciliten su inclusión en los repertorios y bases de datos bibliográficas. Se deberán emplear términos o descriptores estandarizados de temas de salud (MeSH) del Index Medicus o similar.

Introducción: Deberá ser lo más breve posible, definiendo claramente el objetivo del estudio. Se hará una fundamentación precisa del mismo con aquellas referencias que sean estrictamente necesarias.

Material y métodos: Deberá incluir información suficientemente detallada de la selección de los sujetos de estudio, las técnicas y procedimientos utilizados que permitan la reproducción del mismo por otros investigadores. Se expondrán los métodos estadísticos empleados o los análisis realizados, con criterios de inclusión y exclusión y los posibles sesgos. En los ensayos clínicos los autores deberán hacer constar que el trabajo ha sido aprobado por el Comité de Ética y de Ensayos Clínicos correspondiente.

Resultados: Deberán ser claros y concisos, especificando las pruebas estadísticas utilizadas y el grado de significación estadística, cuando proceda. Se pueden acompañar de tablas, gráficos o figuras que contengan los principales resultados del estudio.

Discusión y Conclusiones: Deberán enfatizarse aquellos aspectos novedosos e importantes del trabajo y sus conclusiones. No deberán repetirse aspectos ya reseñados en el apartado anterior. Se matizarán las implicaciones de los resultados comentando las limitaciones del estudio, relacionándolas con otros estudios relevantes e intentando explicar las discordancias que se observan. Deberán evitarse conclusiones que no estén totalmente apoyadas por los resultados.

Agradecimientos: Podrá reconocerse cualquier tipo de contribución en el diseño, ayuda técnica u orientación. Asimismo, el apoyo humano o material, especificando la naturaleza del mismo y si hubiera algún tipo de conflictos de intereses deberá expresarse de forma precisa.

Bibliografía: Las citas bibliográficas deberán seguir el formato internacional de acogida para las revistas biomédicas y de CC. de la Salud (véase apartado 5).

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

La bibliografía estará numerada, según el orden de aparición en el texto, identificándolas en el mismo mediante números arábigos entre paréntesis y en superíndice. Se recomiendan un máximo de 30 referencias, que deben ser lo más recientes y relevantes posibles. Las comunicaciones personales y los datos no publicados no deberían aparecer en la bibliografía y se pueden citar entre paréntesis en el texto. En todo caso se seguirán siempre las recomendaciones de la Normativa de Vancouver (versión, abril 2010; actualizado julio 2012) Esta puede consultarse en español en la siguiente dirección electrónica:

http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf

6. PROCESO EDITORIAL.

• El Comité Editorial de ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA se reserva el derecho a rechazar aquellos originales que no juzgue apropiados, así como de proponer modificaciones a los autores/as cuando lo considere necesario.

• El Comité Editorial no se responsabiliza, ni necesariamente comparte, el contenido y las opiniones vertidas por los autores en los trabajos publicados.

• ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA enviará corrección de pruebas a los autores sugiriendo las posibles correcciones y errores detectados cuando sea necesario. En otro caso, la revista se reserva el derecho de realizar ligeras modificaciones o cambios literarios en la redacción del texto en aras de una mejor comprensión del mismo,

sin que ello pueda afectar al contenido del artículo.

• Los trabajos no aceptados se remitirán a sus autores, sugiriendo en su caso las modificaciones precisas para su publicación o notificando su no aceptación definitiva.

7. NORMAS DE PUBLICACIÓN ESPECIALES PARA LA PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS.

Las normas generales contenidas en los 6 apartados anteriores son de aplicación a los casos clínicos a salvo de las especificaciones subsiguientes.

- AUTORES: Máximo 4 autores. El nombre de los autores debe ser completo, en el orden tal como se desee que aparezcan en la sección de autoría.

- ESTRUCTURA: Título, resumen y palabras clave: (ver normas generales en el apartado 4).

Se describen los siguientes apartados: A) Introducción, B) Observación Clínica (presentación del caso o casos en general o en particular: Caso 1, Caso 2), C) Discusión y D) Bibliografía.

A) Introducción: deberá orientar y preparar al lector con respecto a la enfermedad, técnica o materia del cual trate. Igualmente deberá especificar cuál es el interés o importancia del tema y/o de los autores en este caso. No se extenderá más de media página y será un resumen breve de la revisión del tema al respecto, sin duplicar información que se exponga a posteriori. Proporcionará la información necesaria del caso que se presenta para su mejor comprensión.

B) Observación Clínica: presentación del caso lo más detallado posible, incluyendo las dudas o problemas diagnósticos o de otro tipo. Se puede utilizar una revisión bibliográfica actualizada, específica del tema a tratar.

En la medida en que vaya avanzando en esta sección, se irán comparando los datos relevantes del caso en cuestión con lo descrito en la literatura (a manera de discusión), exponiendo sus diferencias y similitudes. Deberá incluir la incidencia (de ser posible incluya la nacional), presentación clínica, etiología, fisiopatología, diagnóstico diferencial, pronóstico y tratamiento, si corresponde.

C) Discusión: deberán comentarse aquellos datos relevantes, por qué se utiliza un método u otro y tratar acerca de las posibles controversias o planteamientos que puedan derivarse del estudio de caso, en relación a la sistemática, diseño, etc. Deberá haber un pequeño comentario, a modo de reflexión, en relación a aquellos aspectos más interesantes del caso.

D) Bibliografía: se incluirán un máximo de 10 citas que deben ser lo más recientes y relevantes posibles. (Más información: apartado 5)

- TABLAS: se incorporan dentro de las secciones de Introducción y/o Presentación del Caso, se elaborarán siempre en el formato Tabla básica 1 del editor de textos Word (o programa similar), su título se escribe en negrilla y se aportan en documento separado del texto.

- FOTOGRAFÍAS Y FIGURAS: se incorporan dentro de las secciones de Introducción u Observación Clínica. Las fotografías serán de calidad en formato digital tipo JPG o similar, con tamaño de 10 x 15 cm. Gráficos, dibujos, esquemas, mapas, escaneados o creados con ordenador, otras representaciones gráficas y fórmulas no lineales, se denominarán figuras y tendrán numeración arábica consecutiva. Cada figura portará su número correspondiente. Todas se mencionarán en el texto. Los pies de figura se mecanografiarán en su parte inferior y en negrilla. El total de las figuras y tablas ascenderá a un máximo de 4 para la presentación de casos.

8. NORMAS DE PUBLICACIÓN ESPECIALES PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS EN LA SECCIÓN UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS.

Las normas generales contenidas en los apartados 1, 2,3 y 6 son de aplicación a estos trabajos, a salvo de las especificaciones subsiguientes.

TÍTULO: máximo 10 palabras.

Número máximo de AUTORES por artículo: 4.

Número máximo de FIGURAS por artículo: 4 en formato JPEG o TIFF con alta resolución de la imagen (mínimo 300 dpi).

ESTRUCTURA: Tan solo se incluirán las figuras acompañadas de un TEXTO EXPLICATIVO BREVE (máximo 300 palabras) que contendrá la información de mayor interés, sin referencias bibliográficas ni pies de figura. Todos los símbolos que aparezcan en la imagen deberán explicarse adecuadamente en el texto.

XVI EDICIÓN DE LOS PREMIOS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA (AEEC) AL MEJOR TRABAJO ORIGINAL DE LA REVISTA *ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA*

BASES GENERALES

1. Pueden optar a estos premios todos los profesionales enfermeros (españoles o extranjeros), a excepción de los miembros que componen el Jurado.
2. La participación puede ser tanto a título individual como colectivamente, pero al menos, uno de los autores del trabajo deberá ser miembro de pleno derecho de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC).
3. Los trabajos que se presenten, que deberán ser originales inéditos y estar escritos en lengua castellana, podrán versar sobre cualquier área de conocimiento en donde se desempeñe la Enfermería en cardiología. Deberán cumplir las normas de publicación de nuestra publicación científica, no debiendo haber sido presentados, publicados o haber obtenido otros premios o becas.
4. Los premios tendrán un carácter anual y en esta decimoquinta edición, se considerarán dentro del plazo establecido, todos aquellos trabajos que hayan sido publicados en los números 67, 68 y 69 correspondientes al año 2016, XXIII de nuestra publicación *ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA*.
5. Los premios se fallarán por un Jurado compuesto al efecto, por los siguientes miembros: Director de la revista Enfermería en Cardiología, Presidenta de la Asociación o en quien delegue, Directora del Comité Científico o en quien delegue y una enfermera/o experta/o, cuya identidad se dará a conocer después de la concesión de los Premios por parte del Jurado.
6. El fallo del Jurado se hará público en el XXXVIII Congreso Nacional de la AEEC.
7. El fallo del Jurado será inapelable, pudiendo dejar desierto los premios convocados si se considera por parte de los miembros, que los trabajos presentados no reúnen la calidad científica suficiente para ser merecedores de los mismos.
8. Las dotaciones económicas de los premios se han establecido en: un primer premio dotado con una cuantía de 700 euros y un segundo premio de 400 euros. La entrega de los mismos tendrá lugar en la sede del XXXVIII Congreso Nacional de la AEEC.
9. No podrán optar a premio aquellos trabajos publicados en la revista, que ya hayan sido premiados en el Congreso Nacional de la AEEC, ni aquellos otros en los que conste como autor o participe algún miembro del Jurado.
10. La participación y presentación de los trabajos al certamen, implica necesariamente la aceptación de las presentes bases que lo rigen.

38

CONGRESO NACIONAL

DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

Barcelona Corazón Mediterráneo



3-5 DE MAYO DE 2017 **BARCELONA**
www.enfermeriaencardiologia.com



SECRETARÍA TÉCNICA:

TRAMA
solutions

C/ Wenceslao Fernández Flórez 1 - 2º
15005 A Coruña - Tel. 981 902 113
www.tramasolutions.com - info@tramasolutions.com