

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 cardiaca. 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 cardiaca (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 cardiaca (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.

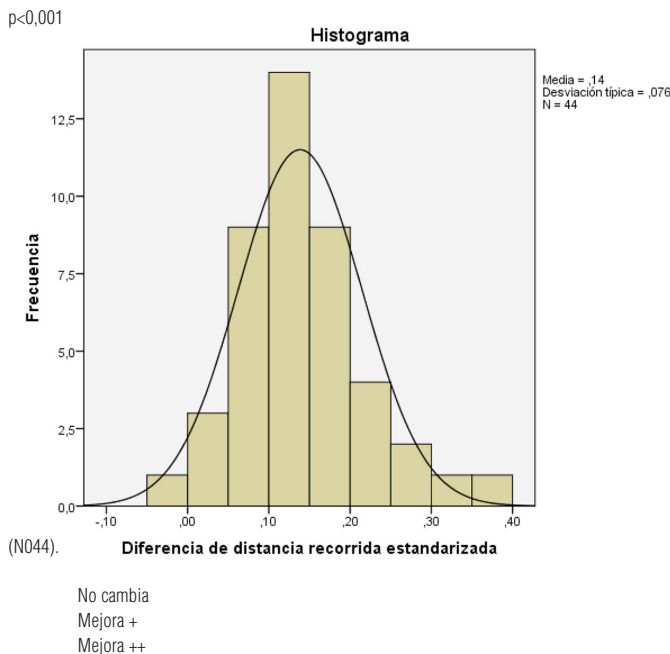
RESULTADOS

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 PREDISONENTES 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; Valcárcel 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, constanding 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 cardíaca (CC) y electrofisiología (EEF). Objetivo: Evaluar las diferencias de cuidados posoperatorios del servicio de cirugía cardíaca 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 cardíaca 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 cardíaca) 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™* (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™* 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™* 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; Massachusetts General Hospital³; Complejo Hospital Costa del Sol de Marbella⁴; Salzburg University Hospital⁵; National And Kapodistrian University of 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, 13×10^3 /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 POSANGIOPLASTIA 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; Papin 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

Ingresa 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 cefálica 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 las 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 SPSS 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.

Consorcio 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 Ropero 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 ECOCARDIOGRAMA 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 Vista Hermosa. 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	Febre 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 Casamiuela 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
Areñio 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	Fraile 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 Tellaeché 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 L	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 Utsset 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		