

Enfermería en Cardiología

Publicación científica de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

CONGRESO
SEC21
DE LA SALUD
CARDIOVASCULAR

Enferm Cardiol. 2021; Año XXVIII (Supl 1)

Resúmenes de las
comunicaciones
presentadas en
el 42.^o Congreso

28-30
OCTUBRE
ZARAGOZA

EN EL CORAZÓN DEL PACIENTE

- Comunicaciones orales
- Casos clínicos
- Comunicaciones mini orales
- E-Pósteres

SECRETARÍA TÉCNICA
SERVICIO DE ORGANIZACIÓN DE CONGRESOS
Tel 902 112 629 - 981 815 975
info@cardiologiacongresos.org

 SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA

42
CONGRESO
AEEC

 aeec
Asociación Española de
Enfermería en Cardiología



Spanish Association of
Nursing in Cardiology
(AEEC)

ISSN: 1575-4146

Enfermería en Cardiología

Scientific Journal of the Spanish Association of Nursing in Cardiology

SUMARIO

Presentación del 42.º Congreso
Nacional de Enfermería en Cardiología **3**

Resúmenes de las comunicaciones presentadas en el 42.º Congreso AEEC

Comunicaciones orales **5**
Casos clínicos **20**
Comunicaciones mini orales **26**
e-Posters **33**
Índice de autores **40**

Enferm Cardiol. 2021; Vol XXVIII (Supl 1)

Versión electrónica en:
<http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/revistas>
<https://campusaeeec.com/revista/revistas/>

SUMMARY

Presentation of the 42nd National
Congress of Cardiology Nursing **3**

Abstracts of communications presented at the 42nd AEEC Congress

Oral communications **5**
Case reports **20**
Mini-oral communications **26**
e-Posters **33**
Authors Index **40**

Enferm Cardiol. 2021; Vol XXVIII (Supl 1)

Electronic version Available in:
<https://www.enfermeriaencardiologia.com/revista>
<https://campusaeeec.com/revista/revistas/>

DIRECTOR

Jonatan Valverde Bernal
CONSEJO DE REDACCIÓN

Presidencia de la AEEC

Silvia Pérez Ortega

Dirección del Comité Científico

Gemma Berga Congost

Dirección Pág. web

Concepción Fernández Redondo

CORRECTORA DE INGLÉS

María E. García Cameselle

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEEC

Presidenta de Honor

M.ª José Zabala Osés

Presidenta

Silvia Pérez Ortega

Vicepresidente

Isaac Moll Adrián

Secretaría

Sonia Mena Mejías

Vicesecretaría

Elena Escanciano Rodríguez

Tesorera

Miriam Quintana Giner

Director de la revista

Jonatan Valverde Bernal

Dirección de la página web

Concepción Fernández Redondo

Director de Formación

Nuria Villalba Lizandra

COMITÉ CIENTÍFICO DE LA AEEC

Directora

Gemma Berga Congost

Subdirectora

Paloma Garcimartín Cerezo

Vocales

Amalia Sillero Sillero

Concepción Cruzado Álvarez

José Miguel Rivera Caravaca

Marta Parellada Vendrell

M.ª Antonia Martínez Momblán

Paloma Garcimartín Cerezo

Rafael Mesa Rico

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN AEEC

C/ Nuestra Señora de Guadalupe, 5-7

28328 Madrid (España)

Tel. 917 242 375 - FAX: 917 242 371

Secretaría: Maribel Calero

secre@enfermeriaencardiologia.com

Coordinación Editorial: Maribel Calero

revista2@enfermeriaencardiologia.com

Versión electrónica ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

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

<https://campusaeeec.com/revista/revistas>

ISSN: 1575-4146
Depósito Legal: M-10090-2014

© Copyright 2021 Asociación Española de Enfermería en Cardiología
Número extraordinario

Esta revista está incluida en los índices bibliográficos:

Enfermería

- BDIE (Base de Datos para la Investigación en Enfermería). Instituto de Salud Carlos III. Madrid (España).
- CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health). Cinahl Information Systems. Glendale, California (EE. UU).
- CUIDATGE (Base de Datos de la Biblioteca de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili). Tarragona (España).
- CUIDEN (Índice Bibliográfico de Enfermería. Centro de Documentación de la Fundación Index). Granada (España).
- ENFISPO (Base de Datos de la EUE, Fisioterapia y Podología) Universidad Complutense. Madrid (España).

Medicina

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

Difusión Científica

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

Presentación del 42.º Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología

Del 28 al 30 de octubre 2021

Isaac Moll Adrián
Vicepresidente de la AEEC

E

stimadas/os compañeras/os:

Es un placer informaros de que los próximos días 28 a 30 de octubre, se celebrará en Zaragoza el 42.º Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología y por tercer año consecutivo lo celebramos juntamente con la Sociedad Española de Cardiología siguiendo con nuestro deseo de afianzar relaciones entre ambas sociedades y avanzar conjuntamente en el cuidado integral del paciente cardiovascular.

En esta edición, pretendemos retornar con la actividad presencial del congreso, no obstante, se ha mantenido también la posibilidad de asistir en formato online para todos aquellos que no podáis desplazarnos a Zaragoza. En la web del congreso encontraréis las diferentes modalidades de inscripción.

Este año el Comité Organizador juntamente con el Comité Científico, ha realizado un gran esfuerzo para preparar un programa de muy alta calidad que cumpla con las expectativas de todos los asistentes, intentando abarcar todas las áreas de conocimiento de la enfermería en cardiología. Podremos encontrar mesas redondas, mesas multidisciplinares, sesiones interactivas, mesas de comunicaciones orales... Además, no podéis perderos la participación enfermera en la «Cardioactualidad», donde se mostrarán los temas más actuales y relevantes de este último año en el mundo de la enfermería en cardiología.

Nos complace también que dispondremos de tres mesas patrocinadas en formato «simposio» (Novartis, Novo Nordisk y Pfizer) donde se abordarán temas muy específicos y emergentes de la enfermería.

Nuestro objetivo sigue siendo la puesta en común de conocimientos y avances en el mundo de la cardiología para así mejorar en nuestra práctica diaria. Para ello el Comité Científico ha conseguido reunir ponentes expertos en diferentes ramas de la cardiología que seguro nos harán disfrutar de este congreso de la Salud Cardiovascular.

Sin más, os esperamos a todos en Zaragoza y deseamos que disfrutéis del congreso.

Un saludo,

Isaac Moll Adrián
Vicepresidente de la AEEC
vicepresidencia@enfermeriaencardiologia.com

42º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

Zaragoza 28 · 30 Octubre

Programa

JUEVES 28

10:45 - 12:15 h. SALA HIBERUS 1 (HOTEL HIBERUS)

**COMUNICACIONES ORALES:
CUIDADOS EN ELECTROFISIOLOGÍA Y CRÍTICOS**

10:45 - 12:15 h. SALA HIBERUS 2 (HOTEL HIBERUS)

**COMUNICACIONES ORALES:
CUIDADOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA**

12:45 - 13:45 h. SALA HIBERUS 2 (HOTEL HIBERUS)

COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN HEMODINÁMICA I

12:45 - 13:45 h. SALA HIBERUS 1 (HOTEL HIBERUS)

CASOS CLÍNICOS I

12:45 - 13:30 h. (PALACIO DE CONGRESOS DE ZARAGOZA)

**REUNIONES FORO GRUPOS DE TRABAJO AEEC:
IMAGEN, INSUFICIENCIA CARDIACA, PREVENCIÓN Y RHC**

14:00 - 14:45 h. SALA HIBERUS 3 (HOTEL HIBERUS)

**SIMPOSIO: LA ENFERMEDAD ATROSCLERÓTICA Y LA
IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA PARA SU MANEJO**

Patrocinado por  **NOVARTIS**

14:00 - 14:45 h. (PALACIO DE CONGRESOS DE ZARAGOZA)

**REUNIONES FORO GRUPOS DE TRABAJO AEEC:
ELECTROFISIOLOGÍA, HEMODINÁMICA**

14:45 - 15:15 h. (PALACIO DE CONGRESOS DE ZARAGOZA)

**REUNIÓN FORO GRUPO DE TRABAJO AEEC:
CUIDADOS CRÍTICOS CARDIOVASCULARES**

15:30 - 17:00 h. SALA 23 (PALACIO DE CONGRESOS DE ZARAGOZA)

MESA: RESITUÁNDONOS EN LOS CUIDADOS CRÍTICOS.

17:15 - 18:15 h. AUDITORIO 2 (PALACIO DE CONGRESOS DE ZARAGOZA)

**CONFERENCIA: EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CLAVE DE
HUMOR: MENSAJES DESDE EL CORAZÓN**

18:30 h. ACTO INAUGURAL Y VINO DE BIENVENIDA

AUDITORIO 1 (PALACIO DE CONGRESOS DE ZARAGOZA)

**CONFERENCIA CARDIOLOGÍA AMBIENTAL:
UNA DISCIPLINA DEL SIGLO XXI Ana Navas Acien (EE.UU.)**

VIERNES 29

10:15 - 11:45 h. SALA HIBERUS 1 (HOTEL HIBERUS)

COMUNICACIONES ORALES: MISCELÁNEA

10:15 - 11:45 h. SALA HIBERUS 2 (HOTEL HIBERUS)

COMUNICACIONES MINI ORALES

10:30 - 12:00 h. SALA 12 (PALACIO DE CONGRESOS DE ZARAGOZA)

ASAMBLEA GENERAL DE LA AEEC

12:15 - 13:45 h. SALA C (PALACIO DE CONGRESOS DE ZARAGOZA)

MESA: ELECTROCARDIORRETO

14:00 - 15:00 h. PLANTA 0 (PALACIO DE CONGRESOS DE ZARAGOZA)

E-PÓSTERES. E-PÓSTER 1

14:00 - 14:45 h. SALA HIBERUS 3 (HOTEL HIBERUS)

**SIMPOSIO SATÉLITE: EL PACIENTE CON ECV Y DM2:
RESUELVE TUS DUDAS**

Patrocinado por  **NOVO NORDISK®**

15:15 - 17:15 h. SALA 23 (PALACIO DE CONGRESOS DE ZARAGOZA)

**CURSO: TE RETO A UN CASO: INSUFICIENCIA CARDIACA,
HEMODINÁMICA Y ARRITMIAS**

17:15 - 19:15 h. SALA HIBERUS 2 (HOTEL HIBERUS)

**CURSO: CÓMO ELABORAR UN CASO CLÍNICO Y NO MORIR EN EL
INTENTO**

17:15 - 19:15 h. SALA 14 (PALACIO DE CONGRESOS DE ZARAGOZA)

**CURSO: CURSO: TALLER DEL CUIDADO DE LA SALUD
CARDIOVASCULAR**

18:30 - 19:00 h. SALA 23 (PALACIO DE CONGRESOS DE ZARAGOZA)

**SIMPOSIO SATÉLITE: AMILOIDOSIS CARDIACA POR TTR: EL
ROL EMERGENTE DE LA ENFERMERÍA EN UNA ENFERMEDAD
SISTÉMICA**

Patrocinado por  **Pfizer**

SÁBADO 30

09:30 - 10:30 h. SALA 14 PLANTA 1 (PALACIO DE CONGRESOS)

COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN HEMODINÁMICA II

10:45 - 11:45 h. SALA HIBERUS 2 (HOTEL HIBERUS)

**COMUNICACIONES ORALES:
CUIDADOS EN PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CARDIACA**

10:45 - 11:45 h. SALA 14 PLANTA 1 (PALACIO DE CONGRESOS DE ZARAGOZA)

CASOS CLÍNICOS II

12:00 - 13:30 h. AUDITORIO 2 (PALACIO DE CONGRESOS DE ZARAGOZA)

**MESA: ACTUALIZACIÓN Y NOVEDADES EN ENFERMERÍA EN
CARDIOLOGÍA**

13:45 - 14:45 h. AUDITORIO 2 (PALACIO DE CONGRESOS DE ZARAGOZA)

**SIMPOSIO: LIDERAZGO ENFERMERO EN OTROS ÁMBITOS DE
ACTUACIÓN**

14:45 - 15:15 h. AUDITORIO 2 (PALACIO DE CONGRESOS DE ZARAGOZA)

CEREMONIA ENTREGA DE PREMIOS AEEC

42
CONGRESO
AECC

SEC21

DISPONIBLE EN
WebAppSOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA

COMUNICACIONES ORALES

Jueves 28 de octubre, de 10:45 a 12:15 h.

Sala Hiberus 1 (Hotel Hiberus)

COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN ELECTROFISIOLOGÍA Y CRÍTICOS

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA Y LA RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA EN DETECCIÓN DE RECURRENCIAS TRAS ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR MEDIANTE SEGUIMIENTO CON UN DISPOSITIVO ECG PORTÁTIL REALIZADO POR ENFERMERÍA

Autores: Melodie Segura Domínguez, Víctor Castro Urda, Diego Jiménez Sánchez, Cristina Aguilera Agudo, Jorge Toquero Ramos, Eusebio García-Izquierdo Jaén, Jesús de Andrés Humanes, Ana María Antequera Guirado, Paula Vela Martín, Ignacio Fernández Lozano.

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

INTRODUCCIÓN

En el seguimiento de los pacientes sometidos a ablación de fibrilación auricular (FA), cada vez se considera más importante la detección de recurrencias, que, en los protocolos de seguimiento tras ablación utilizados habitualmente, con frecuencia pasan inadvertidas. El objetivo de este estudio es conocer la capacidad de detección de recurrencias de FA mediante un dispositivo portátil para realizar electrocardiogramas (ECG) y la adherencia al mismo de los pacientes, con un seguimiento realizado por enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

A todos los pacientes incluidos en el estudio CAVAC-AF («CrioAblación de la VenA Cava superior añadida al aislamiento de las venas pulmonares para Ablación de Fibrilación auricular») se les ha proporcionado un dispositivo de registro de ECG portátil y se les ha dado formación para su uso. A los pacientes se les instruye para realizar y enviar un ECG diario, así como un ECG en el caso de sintomatología (ECG extra). La revisión de registros ECG y su clasificación se realiza por parte de una enfermera entrenada en la evaluación de los trazados.

RESULTADOS

En los primeros 11 meses del estudio, se han incluido 45 pacientes. El tiempo medio de seguimiento fue de 181,5 días ($\pm 91,48$). Se recibieron un total de 7162 registros ECG, de ellos 6862 fueron envíos rutinarios (96,31%) y sólo 31 fueron ECG no interpretables (0,43%). La mediana de cumplimiento de envío de los pacientes fue del 92,95% (RIQ 26,44), siendo significativamente superior en las mujeres (96,74% vs 82,22; $p=0,038$), en los pacientes con FA paroxística vs persistente (94,87% vs 79,53%; $p=0,069$) y en los pacientes mayores de 62 años (94,89% vs 78,43%; $p=0,068$). Se han identificado 330 registros en FA (4,6%) en un total de

14 pacientes (31,1%). En los ECG extra se encontró más frecuentemente FA que en los rutinarios (9,46% vs 4,44% $p=0,0005$), con un riesgo de documentar FA en un envío de ECG extra de 2,24 veces más que en envíos rutinarios (OR 2,24 IC95% 1,47-3,43 $p=0,0005$).

CONCLUSIONES

La obtención de registros de ECG con dispositivo portátil es factible, permitiendo identificar las recurrencias de FA por un equipo de enfermería entrenado y con una muy buena adherencia por parte de los pacientes. La posibilidad de realizar un ECG en el momento de la sintomatología permite mejorar la rentabilidad diagnóstica de los registros.

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON UN DISPOSITIVO CARDIACO IMPLANTABLE SEGUIDO A TRAVÉS DE MONITORIZACIÓN REMOTA

Autores: Maite Grande Osorio, Rodolfo Montiel Quintero, Francisco Javier Méndez Zurita, Isabel Ramírez de Diego, Enrique Rodríguez Font, Concepción Alonso Martín, Bieito Campos García, Zoraida L. Moreno Weidmann, Laura Sánchez Martín, Xavier Viñolas Prat.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La monitorización remota (MR) es parte del seguimiento habitual de pacientes portadores de dispositivos cardíacos implantables (DCI). Existen pocos estudios que evalúen la perspectiva del paciente que es usuario de MR. El objetivo del presente estudio es valorar la satisfacción de los pacientes portadores de un DCI que están incluidos en el programa de MR.

MATERIAL Y MÉTODO

Se seleccionaron dos grupos de pacientes. El primero incluyó a pacientes portadores de DCI que asistieron a la consulta presencial durante los meses de octubre - diciembre de 2020 y, un segundo grupo que incluyó pacientes que disponían de la aplicación móvil *Caaring*[®]. Los pacientes debían completar, ya fuera de manera física o digital, un cuestionario de cinco preguntas, que ha sido previamente validado (cuestionario Valiosa), que utiliza una escala visual analógica (EVA) con una puntuación del 0 al 10 y, que valora los siguientes aspectos: información de su enfermedad, comodidad del transmisor, proceso de transmisión, seguimiento y seguimiento a distancia. Se analizaron las

características demográficas y características propias del DCI y del sistema de MR utilizado.

RESULTADOS

Se incluyeron 84 pacientes (51 cuestionario físico, 33 cuestionario digital), 72,5% hombres, edad media de $67,5 \pm 12$ años. Un 53,7% era pacientes con DAI, 38,7% TRC-D o TRC-P y, 7,5% marcapasos MICRA VR. La satisfacción global según la EVA fue de 8,68/10. Hubo diferencias significativas según el formato de la encuesta, obteniendo una puntuación de 9,29/10 en los pacientes encuestado de forma presencial y 7,75/10 en los pacientes que utilizaron la *App Caring*[®]. Los pacientes de mayor edad (>75 años) estaban más satisfechos con la MR (9,63/10). Se obtuvieron también mejores resultados de satisfacción en los pacientes portadores de DAI-TRC (9,31/10), en los pacientes que llevaban más de un año en la MR (8,94/10), y en los que habían recibido alguna terapia apropiada (9,35/10). El aspecto menos valorado fue la información que tenían sobre su enfermedad.

CONCLUSIONES

Los pacientes con DCI seguidos a través de MR tienen un alto grado de satisfacción con respecto a la MR, en especial los pacientes de mayor edad, con dispositivos más complejos (TRC-D o TRC-P), así como los que han precisado algún tipo de terapia apropiada.

MONITORIZACIÓN REMOTA DE DISPOSITIVOS CARDIACOS IMPLANTABLES A TRAVÉS DE APLICACIÓN MÓVIL: ¿ES UNA ALTERNATIVA VIABLE EN NUESTRO MEDIO?

Autores: Isabel Ramírez de Diego, Francisco Javier Méndez Zurita, Maite Grande Osorio, Enrique Rodríguez Font, José M.^a Guerra Ramos, Bieito Campos García, Zoraida L. Moreno Weidmann, Laura Sánchez Martín, Daniel Majo Ramírez, Xavier Viñolas Prat.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La monitorización remota de los dispositivos cardiacos implantable (DCI) es una práctica habitual para el control y seguimiento de los pacientes. El rápido avance de la tecnología ha permitido disponer de aplicaciones móviles (APP) que facilitan el envío de datos de forma segura a las plataformas de monitorización remota (MR). A pesar de ser un procedimiento sencillo se deben cumplir algunos requisitos para su implementación; por tanto, es necesario valorar si los pacientes se podrán adaptar a esta nueva modalidad de seguimiento. El objetivo del presente estudio es evaluar la viabilidad de la MR a través de APP versus MR convencional en pacientes portadores de DCI que disponen de ambas alternativas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con primoimplante o recambio de un desfibrilador automático implantable (DAI, modelo Cobalt[®] - Medtronic) o marcapasos con terapia de resincronización cardiaca (TRC, modelo Percepta[®] - Medtronic), desde mayo 2020 a abril 2021, que aceptaron su inclusión en el programa de MR. Se evaluaron las características demográficas. Se analizó la experiencia previa en MR (naive vs experto) y el tipo de MR que se implementó en el paciente (APP vs convencional).

RESULTADOS

Se incluyeron 48 pacientes con una edad media de $64,5 \pm 12,8$ años,

el 91,6% fueron varones. El 65% eran portadores de DAI, el 25% de DAI-TRC y el 10% MCP-TRC. Un 58,3% eran pacientes sin experiencia en MR (naive) y el 41,7% eran expertos. Sólo en el 14,6% (7) de los pacientes se pudo implementar una MR por APP. La edad media de los pacientes con MR por APP fue significativamente menor ($55,8 \pm 11,3$ años) que la de pacientes con MR convencional ($66 \pm 12,7$ años). El 71,4% de los pacientes con MR por APP eran naive. Los motivos de no poder implementar MR por APP fueron en un 94,4% de los casos no disponer de un dispositivo móvil compatible con esta tecnología y, en un 5,6% limitaciones técnicas de su teléfono.

CONCLUSIONES

La MR a través de APP es factible, sin embargo, factores como la edad, y principalmente disponer de una telefonía móvil de última generación son limitaciones para este tipo de seguimiento.

SEGURIDAD DEL PACIENTE PORTADOR DE DISPOSITIVO DE ESTIMULACIÓN CARDIACA SOMETIDO A RADIOTERAPIA. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Autores: Mireia Montaner Alemany¹, Pedro Pimenta Fermisson-Ramos², Ángela María Martínez Ortí¹, M.^a José Sancho-Tello de Carranza¹, Hebert David Ayala More², Víctor Pérez Roselló², José Carlos Sánchez Martínez¹, Julia Martínez Solé¹.

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia;

²Fundación para la Investigación del Hospital Universitario y Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

El cáncer y las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de morbimortalidad de los países desarrollados. Se estima que el 50% de los pacientes con cáncer serán tratados con radioterapia (RT). Asimismo, se calcula que en Europa se implantan más de medio millón de dispositivos de estimulación cardiaca implantables (DECI) al año. Todo esto, unido al aumento de la esperanza de vida, hace que la probabilidad de que un paciente posea ambas condiciones sea elevada. La aparición de fallos en DECI debidos a radioterapia son relativamente raros y sus predictores algo confusos. Además, no existe un claro consenso en el manejo de estos pacientes por parte de los diferentes profesionales implicados. El objetivo del estudio fue recoger las recomendaciones para el manejo de los pacientes portadores de DECI durante el tratamiento con radioterapia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Medline, a través de PubMed, CINAHL, y CUIDEN. También se han empleado los repositorios de revistas SciELO y Dialnet.

La estrategia de búsqueda se construyó en torno a los conceptos «marcapasos», «desfibrilador implantable» y «radioterapia». Se limitó la búsqueda a los últimos diez años, dado que la tecnología de estos dispositivos ha cambiado de sustancialmente en este periodo.

RESULTADOS

Se incluyeron un total 29 estudios: 4 cohortes prospectivas, 9 cohortes retrospectivas, 5 reportes de un caso, 3 series de casos y 8 guías de práctica clínica. El total de pacientes fue de 1966. En 13 de los estudios se reportó fallo en dispositivo, con un total de 82 eventos.

La frecuencia de fallo se encuentra entre el 1,5% y el 7,8% siendo el predictor más citado la dosis acumulada sobre el dispositivo. En lo que respecta al error, el más común es el reinicio a valores de fábrica o *reset*.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es importante conocer el riesgo que tiene el paciente de presentar un fallo según su condición clínica, dispositivo implantado y tipo de radioterapia que se va a utilizar.

El manejo del paciente debería ser de carácter multidisciplinar y coordinado entre los diferentes servicios implicados.

DETECCIÓN PRECOZ DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES PORTADORES DE DISPOSITIVOS CARDIACOS: EL IMPACTO DE LA ENFERMERA

Autores: Alba Cano Valls, Clara Diago Crisol, Rebeca Domingo Criado, Mireia Niebla Bellido, Jordi Marginet, Esther Carro, Miguel Ángel Lajara, Josep Lluís Mont Girbau.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más común en pacientes con dispositivos electrónicos implantables cardiacos (DEIC) y se ha asociado con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular. Puede aparecer de forma asintomática y retrasar el inicio del tratamiento anticoagulante (ACO).

Los seguimientos presenciales SP como la monitorización remota MR son competencia de las enfermeras de electrofisiología.

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el impacto de la enfermera en la detección precoz y el inicio temprano del tratamiento de FA en pacientes portadores de DEIC.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio descriptivo cuantitativo prospectivo y unicéntrico. 6 enfermeras revisaron los eventos de FA, mediante SP o MR, de todos los pacientes portadores de DEIC. El registro empezó el 01/02/2020 y terminó el 28/02/2021. Los pacientes con episodios de FA fueron derivados a medicina para su diagnóstico y tratamiento.

El estudio fue aceptado por el comité ético del hospital y se efectuó siguiendo la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Las enfermeras realizaron el seguimiento a 1485 pacientes por MR y 6477 por SP.

La FA ha ocurrido en 121 (1,52%) pacientes. La mediana de edad de estos pacientes es de 78 años SD 13 y el 70% son varones. La vía de detección ha sido 44 (36%) a través de MR y 77 (63,6%) mediante SP.

Los motivos de derivación médica fueron: 42 (35%) por frecuencia ventricular rápida, 71 (58%) por FA de novo, 8 (6%) para reprogramación del DEIC.

69 (57%) pacientes fueron tratados dentro de los 10 días posteriores al hallazgo, de los cuales 25 (20%) fueron tratados el mismo día.

La mayoría de los eventos de FA fueron asintomáticos (73%), sólo un 26,4% de los pacientes acudieron al SP con síntomas relacionados con la FA (12,4% astenia, 4% disnea, 1% dolor torácico, 1,6% palpitaciones y 7,4% descargas inapropiadas del DAI).

Los tratamientos recibidos en nuestro centro fueron: atención a

urgencias 10%, cardioversión eléctrica 5% y ablación del nodo AV 2%. El resto de pacientes (81%) fueron derivados a su médico de cabecera: 29% se les modificó el tratamiento antiarrítmico y al 52% se les inició también ACO.

CONCLUSIONES

El rol de la enfermera permite una detección precoz de FA en los pacientes portadores de DEIC, acortando el tiempo para el inicio del tratamiento médico y minimizando el riesgo de complicaciones cardiovasculares.

EFFECTIVIDAD DEL CUIDADO AMBIENTAL Y PRESENCIA FAMILIAR PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DEL DELIRIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CARDIOVASCULARES AGUDOS

Autores: Luis Guerra Sánchez, Sara González Alfonso, Pablo Lerma Lara, Miguel Bernardino Santos, Rosario Cortijo González, Soraya Bustamante González, María Ángeles Palma Ramírez.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. IISGM. CIBERCV, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La frecuencia de delirio o síndrome confusional agudo, en el hospital varía entre el 20% y el 83% según la serie y las características de los pacientes. El delirio es más frecuente en pacientes ancianos con múltiples comorbilidades, con demencia previa y en aquellos sometidos a ventilación mecánica. El objetivo fue evaluar si una intervención no farmacológica relacionada con el cuidado ambiental y la presencia de la familia, podía reducir la incidencia de delirio en una unidad de cuidados cardiovasculares agudos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuasiexperimental «antes-después» con un grupo control no equivalente, llevado a cabo en un hospital de tercer nivel. Se cuadruplicaron las horas de presencia familiar y se trabajó para conseguir un ambiente más silencioso y mayor iluminación solar.

RESULTADOS

La población de estudio fue de 230 pacientes evaluados antes y 193 después. El período «después» fue interrumpido por la pandemia de SARS-CoV-2. La incidencia de delirio antes de introducir las medidas fue del 15,6%, que cayó al 4,2% OR 3,7; IC del 95% [1,7-7,7]; $p < 0,001$.

CONCLUSIONES

La implementación de un conjunto de medidas ambientales y la participación de la familia, redujo significativamente la incidencia de delirio en una unidad de cuidados cardiovasculares agudos.

Jueves 28 de octubre, de 10:45 a 12:15 h.

Sala Hiberus 2 (Hotel Hiberus)

COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA

EFICACIA DE LA TELEMEDICINA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PERIODO TRANSICIONAL POST-ALTA SEGÚN SU HABILIDAD EN EL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS: SUBANÁLISIS DEL ENSAYO CLÍNICO ICOR

Autores: Encarnación Hidalgo Quirós, Esther Calero Molina, Sergi Yun Viladomat, Cristina Enjuanes Grau, Nuria José Bazán, Santiago Jiménez Marrero, Alberto Garay Melero, Lidia Alcoberro Torres, Pedro Moliner Borja, Josep Comín Colet.

Hospital de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El rol de la telemedicina (TM) en insuficiencia cardiaca (IC) es aún incierto. Esto se debe, sobre todo, a las barreras del sistema, de los pacientes y de los propios profesionales que, en ocasiones, limitan su uso a pacientes con mayores dificultades en el uso de nuevas tecnologías.

Nuestro objetivo es evaluar la eficacia de un seguimiento en IC basado en TM en comparación con el seguimiento convencional (UC) según la habilidad en el uso de nuevas tecnologías en los pacientes incluidos en el ensayo clínico ICOR (Insuficiència Cardiac a Optimització Remota).

MATERIAL Y MÉTODO

Se determinó el grado de dificultad en el uso de nuevas tecnologías mediante una escala tipo Likert graduada de 1 (*nada de dificultad*) a 5 puntos (*máxima dificultad*). La proporción de incidencia del primer de cada uno de los eventos se calculó por rama del estudio y por habilidad en el uso tecnológico, y se compararon mediante χ^2 . Se utilizaron modelos de regresión de Cox para evaluar el efecto del nivel tecnológico y el grupo de tratamiento (y su interacción) y para realizar análisis de supervivencia para describir el tiempo libre de eventos de la combinación de la habilidad tecnológica y los grupos de tratamiento, con valor p para comparar las diferentes curvas.

RESULTADOS

Se analizaron 171 pacientes (81 TM vs 90 UC) en 2 grupos definidos por el nivel de dificultad en el uso de nuevas tecnologías: 121 (54 TM vs 67 UC) en el grupo con una mayor dificultad y 50 (27 TM vs 23 UC) en el grupo con menor dificultad en su manejo. Los beneficios de la TM fueron consistentes en los subgrupos según habilidad previa en el uso tecnológico (p de interacción >0,05 en los 4 eventos). La incidencia del evento primario (descompensación de IC) fue significativamente menor en los pacientes con TM en comparación con el grupo UC (p=0,001). Asimismo, el riesgo de hospitalización por todas las causas o de la variable combinada muerte por cualquier causa o descompensación de IC fue significativamente menor en los pacientes que fueron asignados al brazo de TM en comparación con UC (p=0,035 y 0,01 respectivamente).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este subanálisis se demostró la eficacia de la TM en el periodo precoz

post-alta independientemente al nivel en el uso de nuevas tecnologías. Futuros estudios serán necesarios para escalar estos hallazgos a otros modelos de atención a la IC.

FUROSEMIDA SUBCUTÁNEA MEDIANTE INFUSOR ELASTOMÉRICO EN PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA. EXPERIENCIA INICIAL

Autores: Cristina Riveiro-Rodríguez, David Couto-Mallón, Carmen Naya-Leira, María Jesús Paniagua-Martín, Eduardo Barge-Caballero, Gonzalo Barge-Caballero, Marta Sagastagoitia-Fornie, María José Mauriz-Montero, José Manuel Vázquez-Rodríguez, María G. Crespo-Leiro.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN

Una causa frecuente de hospitalización en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) es congestión refractaria a diuréticos orales y se trata con furosemida intravenosa (iv). La administración de furosemida subcutánea

(FURO-SC) en infusión continua mediante infusor elastomérico de 7 días (7D) puede ser una alternativa a la vía iv, evitando hospitalizaciones, optimizando recursos y mejorando confort del paciente/familia, especialmente en IC avanzada y con comorbilidad significativa. La experiencia es escasa y la eficacia y seguridad de esta pauta no es bien conocida. Objetivo: revisar nuestra experiencia inicial de FURO-SC-7D.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo unicéntrico, de pacientes con IC tratados con FURO-SC, 7 días. Criterios inclusión: 1) Congestión refractaria sin bajo gasto, 2) consentimiento informado. La indicación la realiza el cardiólogo Dosis fija FURO-SC: 120 mg/día, el infusor lo prepara Servicio de Farmacia y el implante y educación específica lo realiza la enfermera de IC. El paciente controla diariamente el volumen de diuresis, además del autocontrol habitual de IC. Cada 48h, control analítico y telemático. Las variables cuantitativas fueron analizadas mediante el test de Wilcoxon.

RESULTADOS

Desde abril de 2020 se realizaron 20 tratamientos FURO-SC en 15 pacientes (edad mediana 76,27 años, RIC 48,7-79 años, 66,7% varones, 26,67% cardiopatía valvular, 20% amiloidosis TTR, 20% trasplantados cardiacos). Tres pacientes, requirieron > 1 tratamiento. Tiempo mediano de tratamiento: 7 días (RIC 5,2-13), el más prolongado 28 días. Hubo descenso significativo del peso (descenso mediano 2,9 Kg, RIC 0,45-4,45, p=0,002), sin deterioro renal (Cr mediana inicial 1,46 vs Cr final 1,58 mg/dL, p=0,233) ni hipopotasemia (K+ inicial mediano 4,3 vs K+ final 4 mEq/L, p=0,64). Tras seguimiento mediano de 171 días, el 73% se mantuvo libre de ingreso, 3 pacientes fallecieron y uno fue trasplantado. Sólo 2 pacientes tuvieron efectos adversos locales leves: reacción cutánea al adhesivo del apósito y hematoma en zona de inserción.

CONCLUSIONES

En esta experiencia preliminar, FURO-SC, 7 días consigue mejoría clínica y del peso en situaciones de IC avanzada con congestión refractaria, evitando hospitalizaciones en > del 70% de los episodios y de un modo seguro.

DISEÑO DE LA ESCALA UNAV-ENF-CONOCER EL SIGNIFICADO QUE TIENE PARA LA PERSONA VIVIR CON UNA INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

Autores: Maddi Olano-Lizarraga¹, Jesús Martín-Martín¹, José Luis Cobo Sánchez², Santiago Pérez García³, Noelia de la Torre Lomas³, Pilar Ara Lucea⁴, Aurora Simón-Ricart Cenizo⁴, Leticia Jimeno San Martín⁴, Montserrat Ducau Eguillor⁴, Maribel Saracibar-Razquin¹.

¹Universidad de Navarra, Pamplona/Iruña (Navarra);

²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria);

³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid;

⁴Clínica Universidad de Navarra, Pamplona/Iruña (Navarra).

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca crónica (ICC) se caracteriza por un deterioro progresivo del estado de salud del paciente que impacta significativamente en toda su vida. La mayoría de escalas disponibles para su valoración evidencian que se sigue dando un gran protagonismo a la dimensión física, incluso, cuando su objetivo es abordar la calidad de vida. Por ello, el objetivo de este estudio fue diseñar una escala para conocer la experiencia de vivir con ICC.

MATERIAL Y MÉTODO

El diseño de la escala siguió metodológicamente a DeVellis. El desarrollo de los ítems se basó en un estudio fenomenológico hermenéutico y una revisión sistemática de la literatura, realizados por el equipo investigador. Además, se recibió *feedback* de un panel de seis expertos. La escala se administró a una muestra de 17 pacientes con ICC reclutados mediante muestreo intencional. Previamente, se les realizó un cuestionario socio-demográfico y posteriormente, una entrevista cognitiva. Durante la recogida de datos se hizo un estudio observacional. Los datos se recogieron en junio-septiembre de 2020 en tres unidades de insuficiencia cardiaca de tres regiones españolas. Junto al estudio psicométrico de la viabilidad, la aceptabilidad y la fiabilidad de la escala, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de contenido de la entrevista cognitiva y del estudio observacional.

RESULTADOS

Se diseñó una escala de 55 ítems dividida en seis dominios. El análisis del estudio llevado a cabo con los pacientes mostró un Alfa de Cronbach de 0,72-0,92 en los Dominios 1, 3, 4 y 6; con puntuaciones más bajas para el Dominio 2 (0,65) y 5 (0,23). La mayoría de las correlaciones ítem-total se mantuvieron dentro de los valores del criterio ($r > 0,20$) y el índice de homogeneidad fue aceptable para los Dominios 1, 4 y 6. En la entrevista cognitiva, los pacientes consideraron que la escala era relevante y la mayoría (82,35%) opinaron que era completa. El estudio observacional evidenció que las preguntas eran claras; dos ítems equívocos se eliminaron; dos fueron modificados y en uno se añadió la posibilidad de «no aplica».

CONCLUSIONES

El análisis de los resultados indica que es necesario realizar una validación nacional de la escala en una muestra amplia de pacientes

para valorar la validez del constructo y su viabilidad, aceptabilidad y fiabilidad.

IMPACTO DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN EL AUTOCUIDADO Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

Autores: Paloma Garcimartín Cerezo¹, Neus Badosa Marce¹, Anna Linas Alonso¹, Consolación Ivern Díaz¹, Mónica Astals Vizcaino¹, Josep Comín Colet².

¹Hospital del Mar, Barcelona;

²Hospital de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El autocuidado es un componente integral del manejo exitoso de la insuficiencia cardiaca crónica (ICC).

Los programas educativos estructurados ya han demostrado ser efectivos para mejorar el autocuidado, pero algunos pacientes muestran resistencia y poca motivación para el cambio.

El objetivo de este estudio fue comparar la eficacia en la mejora del autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de una intervención educativa basada en entrevista motivacional (EM) en comparación con una intervención educativa convencional.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio experimental pretest-postest con grupo control histórico equivalente. En el grupo control se incluyeron 442 pacientes y en el grupo intervención 96, se utilizaron los criterios de edad, FEVI y nivel de autocuidado para emparejar casos/controles (Grupo control: 93; grupo intervención: 93). Los participantes asistieron a una primera visita tras el alta hospitalaria por IC y a 6-7 visitas de seguimiento durante 6 meses. Para evaluar el autocuidado y la CVRS, se utilizaron la escala europea de comportamiento del autocuidado de la IC y el cuestionario *Minnesota Living with Heart Failure*, respectivamente. Los datos sobre mortalidad y reingresos hospitalarios se recopilaron como eventos adversos.

RESULTADOS

A los 6 meses de seguimiento, ambos grupos mejoran tanto en CVRS como en autocuidado, siendo mayor la mejoría para CVRS en el grupo control, y mejor para autocuidado y todas sus dimensiones, en el grupo intervención ($p=0,005$). Respecto a los modelos mixtos, la interacción entre efecto tiempo y efecto intervención indican que el autocuidado mejora más rápido en el grupo intervención ($p=0,005$). En cuanto a los eventos adversos no se observaron diferencias significativas en ningún grupo de seguimiento.

RESULTADOS

Nuestros hallazgos sugieren que la EM administrada por enfermeras capacitadas es eficaz para mejorar significativamente el autocuidado de los pacientes con IC. No obstante, se requieren más estudios para evaluar el impacto de la EM en otros resultados, como la CVRS y los eventos clínicos adversos.

IMPACTO DE UN SEGUIMIENTO BASADO EN TELEMEDICINA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PERIODO TRANSICIONAL POST ALTA SEGÚN SU NIVEL EDUCATIVO: SUBANÁLISIS DEL ENSAYO CLÍNICO ICOR

Autores: Esther Calero Molina, Encarnación Hidalgo Quirós, Sergi Yun Viladomat, Cristina Enjuanes Grau, Marta Ruiz Muñoz, Nuria José Bazán, Santiago Jiménez Marrero, Lidia Alcoberto Torres, Pedro Moliner Borja, Josep Comín Colet.

Hospital de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La influencia del nivel educativo en el pronóstico de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) mediante soluciones de *eHealth*, como la telemedicina (TM), no se ha evaluado. Nuestro objetivo es estudiar la efectividad de un seguimiento de la IC basado en TM según su nivel de estudios en la cohorte de pacientes incluidos en el ensayo clínico iCOR (Insuficiencia Cardiaca Optimización Remota).

MATERIAL Y MÉTODO

Se estratificó a los pacientes en dos grupos: «iletrados o estudios primarios» definidos como aquellos que no habían cursado estudios o únicamente hasta completar la educación primaria; y «estudios superiores a primaria». La proporción de incidencia del primer de cada uno de los eventos se calculó por rama del estudio y por nivel educativo, y se compararon mediante χ^2 . Se utilizaron modelos de regresión de Cox para evaluar el efecto del nivel educativo y el grupo de tratamiento (y su interacción) y para realizar análisis de supervivencia para describir el tiempo libre de eventos de la combinación del nivel educativo y los grupos de tratamiento, con valor p para comparar las diferentes curvas.

RESULTADOS

Se analizaron 178 pacientes (81 TM vs 90 UC) de los cuales 126 (57 TM vs 69 UC) se estratificaron en el grupo con menor nivel educativo y 52 (24 TM vs 28 UC) en el grupo con mayor nivel en relación a estudios cursados. En los dos subgrupos analizados se evidenció beneficio en los pacientes en seguimiento con TM en comparación con el grupo UC (p-valor de interacción >0,05 en los 4 eventos analizados). La incidencia del evento primario fue significativamente menor en los pacientes con TM en comparación con el grupo UC (p-valor=0,001). También se demostró que el riesgo de hospitalización por todas las causas o de la variable combinada muerte por cualquier causa o descompensación de IC fue significativamente menor en los pacientes con TM en comparación con el de UC (valor p=0,040 y 0,01 respectivamente). No obstante, el riesgo de muerte por cualquier causa no difirió entre los subgrupos (valor p>0,05).

CONCLUSIONES

En este estudio demostramos la efectividad del seguimiento basado en TM en el periodo precoz post-alta en comparación con el seguimiento convencional independientemente del nivel educativo de los pacientes. Esto debe permitir universalizar las soluciones de TM a nuestros pacientes independientemente de su nivel de estudios.

IMPLEMENTACIÓN DE CHAT COMO NUEVA HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores: María González Piña, Mikel Taibo Urquía, Marcelino Cortés García, Ana María Pello Lázaro, María Belén Arroyo Rivera, Mirian Gómez Lozano, M.ª del Mar González Marco, José Tuñón Fernández.

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Desde la última Guía de Práctica Clínica sobre insuficiencia cardiaca (IC), donde no aparecen recomendaciones específicas sobre el uso de la telemedicina (TM), se han publicado estudios demuestran los usos y beneficios de la telemedicina en IC.

En la Unidad de Insuficiencia Cardiaca (UIC) hemos apostado por el uso de la TM, con prestaciones agendadas no presenciales y el uso de un chat, llamado dialogo web (DW), como nueva vía de comunicación.

Una de las ventajas del DW, a diferencia del contacto telefónico, es la posibilidad de la comunicación asincrónica con el paciente o su cuidador.

El objetivo de este estudio es valorar el uso del DW durante el último año y el perfil de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde el comienzo del año 2020, se ofreció a los pacientes de la UIC contactar con nosotros a través del Dialogo Web (DW), chat integrado en la plataforma de nuestro hospital, de manera complementaria al seguimiento estructurado habitual.

Se les realizó preguntas sobre el nivel de estudios, uso y manejo de Internet y móvil, así como, la existencia de un cuidador principal capaz de manejar DW, durante la primera visita presencial. A continuación, se les explicó la manera de acceder a esta herramienta y los usos potenciales.

Los datos fueron recogidos a través del programa Microsoft Excel 2010 y analizados con IBM SPSS Statistics 25.

RESULTADOS

Se incluyeron 120 pacientes. La edad media fue de 69,83 ($\pm 13,8$) años y el 86% fueron varones. Un 33% de los pacientes eran dependientes.

El 22% tenían estudios superiores. Del 60% que tienen acceso a internet, el 54% refiere un nivel bajo en su uso. Del 57% que tiene *smartphone*, el 49% dice tener un nivel bajo en su uso.

El 65% de los pacientes aceptaron, ellos (38%) o su cuidador principal (27%), el seguimiento por esta vía. De los que aceptaron el DW, el 31% lo llegó a usar, siendo en el 46% de los casos el cuidador principal del paciente el que hizo uso del chat. La edad del grupo que uso el DW fue sensiblemente mayor: 72,29 ($\pm 13,56$) años.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los pacientes están abiertos a nuevas vías de contacto con el personal sanitario. La edad per se del paciente no es una limitación para el uso de esta nueva herramienta. Aunque pueden existir barreras en la implementación, se ha comprobado que la implicación de un cuidador principal ayuda al éxito del seguimiento telemático.

UTILIDAD DE UNA NUEVA ESCALA VISUAL PARA VALORAR CALIDAD DE VIDA EN CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENFERMERÍA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores: Cristina Solano Hernández¹, Arantazu Noguera García¹, Luna Carrillo Alemán¹, Gregorio de Lara Delgado¹, Víctor Martínez Pérez².

¹Hospital de Torrevieja (Alicante); ²Universidad de Murcia.

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una pieza clave en las unidades multidisciplinares de insuficiencia cardíaca (IC). Tanto para ayudar en la administración y titulación de tratamientos, como para conocer la calidad de vida del paciente. Para ello, se pueden utilizar escalas, como la Minnesota (M), pero poco utilizada de lo que se debería por su extensión y el poco tiempo que se tiene en consultas. Nuestro objetivo es demostrar la utilidad de una nueva escala (escala visual T, EVT), para ayudar a agilizar la consulta y que el paciente conteste de manera sencilla a las preguntas relacionadas con la calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio piloto, de pacientes incluidos en consulta de enfermería de IC con FEVI deprimida, de agosto 2020 a enero 2021. Se recogieron 36 pacientes consecutivos, siendo aleatorizados 1:1 a responder a la escala M o la EVT. Seguimiento posterior especializado con enfermería

al mes y 3 meses, recogiendo eventos clínicos (descompensaciones que requerían furosemida oral o intravenosa (iv) o ingresos por IC). Se realizó un análisis de correlación de Pearson entre el valor de la escala asignada y parámetros relacionados con la IC en los tres momentos del estudio (visita basal, al mes y a 3 meses).

RESULTADOS

Características basales, en el grupo M, la edad media fue de 69,0±9,5 años, mayoritariamente hombres [16 (88,9%) vs 2 (11,1%)]. En el seguimiento, a 2 p se administró furosemida oral (11,1%), 2 furosemida iv (11,1%), 3 recibieron hierro iv por ferropenia (76,4%), y hubo un ingreso por IC (5,5%). En el grupo EVT, la edad media fue de 67,7±10,9 años, con 10 hombres (55,5%) y 8 mujeres (44,4%). Necesitaron pauta flexible de furosemida oral 1 p (5,5%), furosemida iv 1 p (5,5%), 9 hierros iv (50%) y no hubo ingresos. En cuanto a la correlación de las escalas con parámetros clínicos, M solo se correlaciona significativamente con la NHYA en la primera visita del estudio.

Sin embargo, la EVT se correlaciona con significación estadística en la primera visita con la NHYA, en la segunda visita con la NHYA y la presencia de líneas B en la ecografía pulmonar, y en la tercera visita con la NYHA y Nt-proBNP, con tendencia a la relación con el resto de variables.

CONCLUSIONES

La EVT es una herramienta sencilla en pacientes con IC, que se correlaciona en el seguimiento de los pacientes con parámetros objetivos, incluso mejor que otras escalas ya validadas.

Jueves 28 de octubre, de 12:45 a 13:45 h.

Sala Hiberus 2 (Hotel Hiberus)

COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN HEMODINÁMICA I

IMPACTO COVID-19 EN PACIENTES SOMETIDOS A TAVI

Autores: Mercedes Benito Alfonso, María Fuentes Martínez, María Sainz González, Gabriela Veiga Fernández, Víctor Fradejas Sastre, Paloma Pozueta del Rivero, Larosi Bachir Hebila, Paula Sáez Ruiz, Patricia Ruiz Ruiz, Virginia Francés Santamaría.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida de los pacientes con estenosis aórtica severa sometidos a implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) mejora tras el procedimiento. Las comorbilidades y aspectos psicosociales de éstos pueden mermar la percepción de mejoría. Pero se desconoce qué impacto directo puede haber tenido la pandemia COVID-19 en ellos. Analizar si la pandemia COVID-19 ha tenido impacto en la recuperación y calidad de vida de los pacientes sometidos a TAVI.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron 78 pacientes que fueron los sometidos a TAVI desde el inicio de la pandemia en marzo-2020 hasta marzo-2021 y se compararon con el mismo número de pacientes realizados el año previo en el mismo periodo de tiempo. Se excluyeron aquellos con complicaciones

mayores quedando 75 y 76 pacientes en cada grupo respectivamente. Comparamos la clase funcional (CF) y las respuestas obtenidas en cuestionarios de calidad de vida: EQ-5D y SF36; y Kansas Q, realizados de manera basal y al mes. Consideramos mejoría el aumento de dos puntos de desviación estándar de la media de los valores basales, empeoramiento la disminución de la misma cifra y sin cambios el resto.

RESULTADOS

Ambos grupos fueron comparables en cuanto a características basales. Todos los pacientes mejoraron su CF salvo 2 del grupo No COVID que no la variaron debido a una CF basal baja. En el Kansas Q sólo un 34,71% de los pacientes COVID mejoraron vs 63,2% no COVID ($p=0,0001$). Igualmente, en la puntuación global del SF-36 la mejoría en el grupo COVID fue menor (30,71% vs 56,6% $p=0,001$). Dentro del SF-36 las áreas más penalizadas en los pacientes COVID están relacionadas directamente con aspectos psicosociales más que físicos. Como es función social 10,7% vs 25% ($p=0,022$), rol emocional 33,3% vs 55,3% ($p=0,007$) y salud mental 4% vs 13,8% ($p=0,015$). No hubo diferencias significativas en puntuaciones obtenidas en el cuestionario EQ-5D en ambos grupos.

CONCLUSIONES

La pandemia por COVID-19 ha tenido un claro impacto en la salud y recuperación de nuestros pacientes, especialmente afectando las áreas: función social, rol emocional y salud mental. Advertimos que

la esfera psicosocial presenta un pilar fundamental en la calidad de vida de nuestros pacientes, siendo necesario englobarla como otra parte más de nuestra consulta de estructural si buscamos ofrecer una atención integral.

IMPACTO COVID-19 EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA SALA OBSERVACIÓN DE CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Autores: María Sáinz González, Mercedes Benito Alfonso, María Fuentes Martínez, Víctor Fradejas Sastre, Carmen Regla Lasierra, María García Uria, Patricia Ruiz Ruiz, María Elena Merchán Tahvanainen, Ana Belén Piriz Marqués, Alonso Rivera Vera.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

INTRODUCCIÓN

En la actualidad nos encontramos ante un nuevo reto en la atención sanitaria. La humanización de los cuidados como eje de trabajo de los profesionales sanitarios en los últimos años, se ve ahora afectada por el distanciamiento generado por las medidas implantadas para el aislamiento y protección contra la COVID-19.

Comparar la percepción del paciente y su nivel de satisfacción sobre los medios estructurales y la atención del personal de la observación de hemodinámica en dos periodos diferenciados por la existencia o no de COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODO

Se comparan dos estudios descriptivos trasversales incluyendo a los pacientes que permanecen en la sala de observación entre febrero-abril 2019 y mismo periodo 2021. Se elaboró un cuestionario *ad hoc*, anónimo y voluntario de 13 preguntas que analiza la percepción y el nivel de satisfacción con los cuidados prestados, y que se recoge en el control de las unidades dónde están ingresados.

RESULTADOS

Se entregaron 150 encuestas en cada periodo. En ambos grupos la edad media de los pacientes encuestados era 75 +/- 5 años. El índice de participación fue un 20% menor en 2021, de las encuestas analizadas el 80% pertenece a paciente con menos de 60 años. La enfermera se identifica actualmente en un 90% de los casos VS 80% anterior. En época COVID-19 reciben puntuaciones inferiores los conceptos de: confidencialidad (6,6 VS 7,5), intimidad (6,2 VS 7,9) y espacio (6 VS 6,4). Los parámetros temperatura y ruido apenas presentan diferencias entre ambas etapas. En ambos grupos los ítems más valorados son los relacionados con el trato siendo estos superiores a 9 en el 90%. Las puntuaciones referentes a la información descienden en 2021 (7,8 VS 8,9).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los enfermeros de hemodinámica han sido capaces de adaptarse a la situación y proporcionar una atención con un grado de satisfacción excelente. La ausencia de familias que acompañen al paciente tanto en la sala de observación como en su traslado a la unidad implica un mayor absentismo en la entrega de encuestas completadas y disminuye la percepción de información recibida debido a que un porcentaje importante de pacientes presenta edad avanzada y con dificultades de comprensión.

Los pacientes dan más importancia actualmente a su intimidad y a la distancia interpersonal.

ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS AL IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATETER (TAVI) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CARDIOLÓGICOS AGUDOS ENTRE 2013 Y 2019

Autores: Axel Gázquez Toscano, Laia Galán Malón.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La estenosis aórtica (EAO) representa el 25% de las cardiopatías valvulares debido a la degeneración que se desencadena con el paso de los años. En aquellos pacientes en los que el riesgo quirúrgico es muy elevado, la cirugía queda desestimada. A raíz de la culminación del implante valvular percutáneo mediante TAVI (*Transcatheter Aortic Valve Implantation*) estos pacientes pueden ser tratados de la EAO disminuyendo los riesgos asociados a la cirugía cardíaca convencional. El objetivo del estudio es analizar la incidencia de las complicaciones más frecuentes en los pacientes sometidos a implante TAVI transfemoral entre los años 2013 y 2019. A su vez, se ha analizado la estancia media tras procedimiento, así como los días de ingreso en Unidades de Críticos, Intermedios y los días hasta el inicio de la movilización.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo mediante el análisis de Historias Clínicas en el que se incluyeron aquellos pacientes intervenidos de TAVI transfemoral durante los años 2013 y 2019. Se excluyeron aquellos pacientes sometidos a TAVI vía transapical. Se obtuvo una muestra total de 221 pacientes. Se realizó una base de datos ad-hoc con las variables del estudio, que se analizó posteriormente a través del programa estadístico SPSS Statistics®.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 221 pacientes después de aplicar los criterios de inclusión. La edad media fue de 79,33 años, con un 54% hombres y un 46% mujeres. La complicación más recurrente fue la aparición de trastornos del ritmo cardíaco (51,7%) seguidas de dolor (25,3%) y la necesidad de implante de marcapasos definitivo (15,4%). La estancia media post-procedimiento fue de 8,8 días; pasando 4,3 días en planta de hospitalización; 1,7 días en Semicríticos y 2,1 días en Cuidados Intensivos. La movilización se inició pasado una media de 2,1 días desde el procedimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Dado que el implante de TAVI no se trata de un proceso exento de riesgos, la enfermera que atiende a estos pacientes debe conocer cuáles son las complicaciones que más incidencia presentan tras el implante de TAVI para poder identificarlas de manera precoz y así, disminuir las complicaciones asociadas. A su vez, la evolución de la técnica usando diversos métodos de hemostasia vascular ha hecho que la estancia hospitalaria se reduzca considerablemente.

PREDICTORES DE RETRASO EN EL TIEMPO ENTRE LA LLEGADA A URGENCIAS-BALÓN EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST, TRATADOS EN UN CENTRO CON CAPACIDAD DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Autores: Gemma Berga Congost¹, Salvatore Brugaletta², Jonatan Valverde Bernal¹, Adrián Márquez López¹, Judit Ruiz Gabaldà¹, Joan García-Pi-cart¹, Mireia Puig Campmany¹, M.^a Antonia Martínez Momblan³.

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona;

²Hospital Clínic, Barcelona; ³Universitat de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes: el tiempo entre la llegada a urgencias- balón (D2B) en el infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) es un buen indicador de calidad asistencial. El objetivo fue describir los tiempos de actuación en el IAMCEST y evaluar las causas del retraso.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo observacional en el que se incluyeron a todos los pacientes ≥ 18 años ingresados en urgencias,

activados como código infarto de manera consecutiva desde 2013 hasta 2016. Se excluyeron a mujeres embarazadas y a los que no se realizó coronariografía. Se estratificaron en dos grupos: el grupo retraso con D2B>70 minutos y el no retraso ≤ 70 . La variable principal fue el tiempo D2B. También se consideraron otras variables clínicas, organizativas y de calidad.

RESULTADOS

Se incluyeron 327 pacientes activados como código infarto, estratificados según su D2B en: 166 (67-48%) en el grupo retraso y 80 (32-52%) en el grupo no retraso. En el grupo retraso tenían mayor edad ($p=0,005$), mayoritariamente eran mujeres ($p=0,060$) y con presentaciones electrocardiográficas y clínicas más atípicas ($p=0,058$). Los predictores de menor retraso en el tiempo D2B fueron: electrocardiogramas típicos y sesiones de formación breves a enfermeras de triaje de urgencias sobre la identificación de pacientes con IAMCEST.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Existen retrasos prolongados en el IAMCEST, sobre todo en grupos específicos con presentaciones clínicas atípicas. Las sesiones de formación breves dirigidas a enfermeras de urgencias se correlacionan con un menor retraso. Esto sugiere que la formación continuada dirigida a enfermeras de urgencias, junto con otras estrategias organizativas, puede contribuir a incrementar la calidad de la atención.

Viernes 29 de octubre, de 10:15 a 11:45 h.

Sala Hiberus 1 (Hotel Hiberus)

COMUNICACIONES ORALES: MISCELÁNEA

NURSING WHITEBOARDS: UNA MIRADA AL FUTURO HACIA LA COMUNICACIÓN DEL PACIENTE

Autores: Lidia López García¹, María Victoria Soriano Rodríguez², Alicia González Pozuelo³, Luisa Barrera Hernández⁴, Rosa María Gacimartín García¹, María Dolores Gómez Barriga¹.

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid,

²Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid),

³Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid);

⁴Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

INTRODUCCIÓN

Las pizarras blancas son utilizadas por el personal sanitario en los hospitales como una herramienta de comunicación eficaz con el paciente y familia correlacionando pacientes mejores informados con una mejor experiencia de atención. El objetivo es analizar la necesidad del uso de pizarras en la comunicación con el paciente previas a su implementación y conocer la experiencia percibida del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, multicéntrico y prospectivo que se realizó en los servicios de cardiología en cuatro hospitales nacionales. Se incluyeron los pacientes ingresados con al menos 48 h de ingreso y con capacidad cognitiva para la comprensión y realización de la entrevista propuesta.

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó una potencia del 80% y un error alfa del 0,05 hasta N=162.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas para analizar con el paciente la eficacia de la comunicación con el personal sanitario responsable. Se evaluó también la experiencia percibida por el paciente mediante el cuestionario *Friends and Family*.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables categóricas que se presentaron con una distribución de frecuencias e intervalo de confianza al 95% y para las cuantitativas con medidas de posición. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v.17.0 con nivel de significación para los contrastes de un 5% (p mayor 0,05).

MATERIAL Y MÉTODO

Se recogió un total de ciento setenta y tres ($n=173$). Un 58% fueron hombres y un 42% mujeres, ambos con una media de edad de 71 años, ingresados una media de una vez en los últimos 12 meses. Los pacientes afirmaron en un 80,9% no conocer el nombre de su enfermera, un 81,5% no conocer el nombre de su auxiliar, y en un 72,8% no conocer el nombre de su médico. Si bien un 54,9% conocieron el planteamiento clínico pendiente, un 45,7% de los pacientes indicaron un desconocimiento sobre las pruebas a realizar al día siguiente y un 45,1% desconocieron sus objetivos planteados para la mejora de su estado de salud.

Con respecto a la experiencia actual percibida por el paciente se puede concluir que fue positiva en un 98,3% (muy probablemente recomendaron el hospital) y tan solo un 1,7% (no lo recomendaron).

CONCLUSIONES

El uso de las pizarras para pacientes puede ser una herramienta de comunicación simple para aumentar la satisfacción del paciente, correlacionando pacientes mejor informados y con una mejor experiencia de atención.

RIESGO CORONARIO EN POBLACIÓN ESCOLAR GUANAJUATENSE

Autora: M.^a Teresa Pratz Andrade.

Universidad de Guanajuato, Guanajuato (México).

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles provocan en el mundo 41 millones de muertes al año, siendo el 71% de la mortalidad mundial, siendo las enfermedades cardiovasculares las de mayor incidencia. Numerosos informes señalan que estas enfermedades se han incrementado en niños y adolescentes, enfermedades que antes eran consideradas solo para adultos, ahora están siendo detectadas en población pediátrica. Por lo anterior, se llevó a cabo un tamizaje de salud para determinar los factores de riesgo cardio-metabólicos en escolares de una Escuela Primaria Urbana en la ciudad de Guanajuato.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal en el cual se valoraron a 172 escolares por muestreo no probabilístico a conveniencia. Se obtuvieron medidas antropométricas, de tensión arterial, perfil lipídico y glicemias capilares. Bajo consentimiento informado de los padres y asentamiento de los niños, apegados a la normativa vigente en investigación, así como el respeto a los derechos de los participantes.

RESULTADOS

Se valoró al 43% del alumnado, cuyo rango de edad fue de 6 a 12 años. Se encontró en el 43% de la población valorada problemas relacionados con el sobrepeso y obesidad, así mismo, aún existen niños (2,9%) con bajo peso. El 26,6% presento cifras de hipertensión arterial, 45,9% presentaron glucosa capilar en ayuno limitrofe y el 1,74% alto. En el perfil lípido se encontraron cifras altas de colesterol (9,8%), LDL (6,9%), triglicéridos (54%) y cifras bajas de HDL (31%). Se observa un riesgo aterogénico en las niñas (19,7%) y los niños (11,6%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los estilos de vida no saludables que se presentan en los adultos, hoy en día se hacen visibles en los niños, recordemos que muchas de las conductas de estos niños son adquiridas a través de los hábitos de los padres.

Es preocupante evidencias lo que las cifras a nivel mundial refieren sobre este problema de salud y verlo en un contexto real y cercano.

Es momento de decidir qué acciones se deben emprender para colaborar con la sociedad desde la perspectiva de los involucrados, puesto que es una problemática de salud que nos impacta a todos por igual.

NECESIDAD DE FORMACIÓN CONTINUADA EN CARDIOLOGÍA PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA SANITARIA DE FERROL

Autores: Eva Tizón Bouza, Manuel Barredo Armada, Carmen Fernández Míguez, María del Carmen García Rey, María Penedo Varela, Concepción Miralles Frutos, Blanca Cainzos Manso, Raquel Marzoa Rivas.

Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol (A Coruña).

INTRODUCCIÓN

Introducir en la praxis los resultados de la evidencia a partir de formación continuada, adaptada a las necesidades del personal, mejora su actitud, seguridad y los cuidados, frente a los pacientes que cuidan, así como, contribuye a la unificación de criterios y metodología de trabajo en la práctica clínica. El objetivo es conocer la disponibilidad, motivación y opinión de los profesionales de Enfermería sobre su actualización y mejora de conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo del paciente cardiaco.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal, con enfermera/os y técnicas/os de enfermería en el Área Sanitaria de Ferrol, así como alumnas/os de 4.º curso de Grado de Enfermería en la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol. Se realiza un cuestionario ad hoc de 21 preguntas (de ellas abiertas) el que se recogen 60 variables diferentes, enviado a través de la aplicación *WhatsApp* y se analizan con SPSS v21.0.

RESULTADOS

El perfil estudiado es el de una enfermera (76%), estatutaria fija (38,4%), de atención hospitalaria (71,2%), con una experiencia media entre 11-20 años (34,9%). El 74,8% ha participado en alguna actividad formativa relacionada con la Cardiología [destacan sobre Electrocardiografía (65,8%)]. Prefieren sesiones presenciales (53,4%) o mixtas (49,3%), mediante curso acreditado (65,1%) por alguna sociedad científica (63%). Al 91,8% le gustaría formarse para poder realizar pruebas funcionales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La formación continuada adaptada a las necesidades asistenciales y a las preferencias del personal de Enfermería favorece el desarrollo profesional, además de ayudar a compartir información sobre el conocimiento científico disponible. Planificar un programa formativo de calidad adaptado a las necesidades de los profesionales persigue una formación clínica acreditada y el tiempo contabilizado como jornada laboral. Las sesiones clínicas enfermeras son un método de trabajo en auge para la incorporación de la evidencia a los cuidados más usuales y detecta áreas de incertidumbre, identificando situaciones que afectan al trabajo clínico diario.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO MANTENIMIENTO VÍAS VENOSAS DE ACCESO PERIFÉRICO EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

Autores: Leticia Martínez Sánchez, Flor González Ganzabal, Lidia López García, María Dolores Gómez Barriga.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La canalización de las vías venosas periféricas (vvp) es una de las técnicas que con más frecuencia realizan los enfermeros, la cual

requiere cuidados de calidad para evitar las complicaciones. Los centros sanitarios han elaborado procedimientos, sacados de Guías de práctica clínica. El objetivo del estudio es conocer la adecuación del procedimiento de mantenimiento de vías periféricas con la práctica habitual utilizada en la unidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo realizado en una unidad de hospitalización de cardiología. Se analizaron los aspectos más relevantes en el procedimiento del mantenimiento de las vvp al igual que la recogida de variables sociodemográficas. El cálculo del tamaño muestral se realizó tomando como referencia la población que ingresó en el mismo periodo de tiempo, N=70. Las variables categóricas se presentaron con su distribución de frecuencias e intervalo de confianza al 95% y las cuantitativas con medidas de posición. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS v.17.0 y un nivel de significación del 5% ($p > 0,05$).

RESULTADOS

La media de edad de edad fue de 68 años. El 57% fueron hombres y el 47% mujeres, con una media de estancia de 4,1 días y el diagnóstico médico más frecuente en un 36% de los casos fue el síndrome coronario agudo. El 100% de los pacientes tuvieron vvp durante todo el ingreso, un 53% requirió administración de medicación intravenosa, con una vía canalizada el 80% de la muestra. El 53% fueron canalizadas a nivel de flexura, estando el 97% permeable, y presentando una prevalencia del 7% de flebitis, sin fiebre en ningún caso. El registro de la cura de la vvp tan solo se registró en un 7% de los casos y un 73% presentaban mantuvieron la oclusión con apósito transparente.

CONCLUSIONES

La adecuación al procedimiento se ajusta en líneas generales, exceptuando en dos aspectos, quizás debido a la gravedad de la patología y la dificultad en el acceso vascular. Se abre la necesidad de crear líneas de investigación que puedan actuar sobre alguno de los factores.

ANÁLISIS DE LOS DE LOS FACTORES DE ESTRÉS Y SUS CONSECUENCIAS EN PROFESIONALES ENFERMEROS Y AUXILIARES EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

Autores: Marina Izquierdo García¹, Sara Sevilla Movilla¹, Lía Romero Martín¹, María Victoria Rodríguez Soriano², Rosa María Gacimartín García¹, María Dolores Gómez Barriga¹.

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid;

²Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid).

INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios se encuentran ante una gran vulnerabilidad en relación con el estrés durante el desarrollo de su trabajo.

El objetivo de este estudio es conocer el nivel de estrés y los motivos del mismo mediante la escala *Maslach Burnout Inventory* del personal de enfermería del servicio de cardiología de dos hospitales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, multicéntrico de corte transversal. Para la elección de la población se ha realizado un muestreo no probabilístico de conveniencia donde los sujetos han sido elegidos por

voluntariedad y accesibilidad, y a los que se les solicitó el realizar el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI) con respuesta mediante escala Likert, se recogieron igualmente variables sociodemográficas.

En el análisis descriptivo, las variables categóricas se presentaron con su distribución de frecuencias e intervalo de confianza al 95% y las cuantitativas con medidas de posición.

RESULTADOS

47 profesionales accedieron a realizar el cuestionario, de los cuales el 64% fueron enfermeras y el 36% Auxiliares de Enfermería, con una media de edad de 39 años y una distribución por sexos del 17% hombres y 83% mujeres, con una media en la permanencia en las unidades de 6,5 años. El 34% de las personas refirieron sentirse cansados al final de su jornada de trabajo más de una vez por semana, creyendo que están trabajando demasiado el 38%. Las contestaciones con más porcentaje se refirieron a situaciones gratificantes en su trabajo, obteniendo mayor puntuación con un 53% (todos los días) la sensación de estar influyendo positivamente en la vida de sus pacientes.

Entre las cinco causas que les originan mayor estrés se encuentran por orden de prioridad: la presión que ejercen otros servicios para el traslado de los pacientes (62%), los familiares (55%), las telemetrías (40%), trabajar los fines de semana (34%) y la poca adhesión del equipo interdisciplinar (32%).

CONCLUSIONES

Se puede decir en líneas generales que los profesionales de enfermería de las unidades que han intervenido se encuentran bien en su lugar de trabajo en la actualidad, si bien, es necesario la apertura de líneas de investigación para introducir áreas de mejora que puedan disminuir aquellos factores que produzcan situaciones de estrés en los profesionales.

EXPLORANDO BARRERAS Y LIMITACIONES DE COMUNICACIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Autores: Amalia Sillero Sillero¹, Neus Buil Manzanares².

¹Escuela Superior de Enfermería del Mar, Barcelona;

²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Las dificultades de coordinación y comunicación entre equipos multidisciplinares afectan a la seguridad del paciente y pueden reducir la eficiencia de la atención sanitaria. Esta investigación se ha realizado para explorar los diferentes puntos de vista del equipo multidisciplinar con respecto a las dificultades del trabajo en equipo y sugiere recomendaciones para el futuro.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio con diseño cualitativo y fenomenológico, en el que se incluyeron 16 participantes, 8 médicos y 8 enfermeras que fueron reclutados de forma intencionada y no probabilística hasta conseguir una muestra significativa por saturación teórica de los datos. El estudio se ha llevado a cabo en un hospital Universitario durante el periodo de octubre 2019 a marzo 2020. Los datos se han recogido a través de entrevistas en profundidad que han sido guiadas por dos investigadores con experiencia en investigación cualitativa. Se han realizado las entrevistas según un cuestionario semiestructurado, y han sido grabadas, transcritas y analizadas mediante un programa informático

especializado en el análisis de textos. Se ha utilizado el análisis temático de Colaizzi para extraer temas y códigos categorizados.

RESULTADOS

Emergen tres temas principales: 1. Causas: tiempo inadecuado para realizar las actividades, falta de personal, conductas disruptivas y falta de coordinación de la atención. 2. Consecuencias: disminución de la retención de enfermeras, escasez de personal de enfermería, evasión de información entre equipos de trabajo y amenazas a la seguridad del paciente. 3. Recomendaciones: hacer cumplir los protocolos de seguridad institucional además de generar prácticas compartidas entre los profesionales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En conclusión, las enfermeras y los médicos creen que la mayoría de los errores se deben a fallos en la comunicación del trabajo en equipo. Para evitar estos problemas, es necesario implementar estrategias para crear conciencia sobre la seguridad del paciente y promover una comunicación eficaz para evitar la aparición de errores.

COMPLICACIONES CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS (PCC) ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Esther Rubio Fernández¹, Julia González Vaca², Aurora Rosino Bosch³, Marina Ruiz Rosino³, Lúcia Benito Aracil², Sergio Alonso Fernández², Rosa M.^a García Sierra⁴, M.^a Antonia Martínez Momblán².

¹Fundació Puigvert, Barcelona;

²Universitat de Barcelona;

³Atención Continuada de Urgencias Territorial Sabadell, Barcelona;

⁴Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud existe un fenómeno de envejecimiento demográfico. Como consecuencia de este aumento las personas con problemas de salud crónicas y con multimorbilidad, en los

próximos años los sistemas de salud se encontrarán delante de un gran reto, tanto para las organizaciones como en las políticas sanitarias.

El objetivo es describir las complicaciones clínicas de los pacientes identificados como pacientes crónicos complejos (PCC) que acuden a los servicios de urgencias de Atención Primaria, durante el periodo comprendido de enero a diciembre del 2019.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se realizó un estudio multicéntrico obteniendo datos sobre sus variables sociodemográficas y clínicas con los cuestionarios de Valoración Geriátrica Integral y de Morisky-Green. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de la muestra utilizando medidas y desviaciones estándar, así como de los correspondientes intervalos de confianza (IC) al 95% de proporciones y medias. Los cálculos se realizaron con el programa estadístico SPSS v. 23.0.

RESULTADOS

La muestra de 3,732 PCC, con edad media de 82,5±9,8 años, siendo 41,3% (n=1,543) hombres, no institucionalizados el 98% (n=3,659) y con asistencia domiciliar el 35,2% (n=1,315).

El número total de visitas en urgencias hospitalarias anuales fue de 66,2% (n=2,470) y el número total de ingresos hospitalarios anuales fue de 44,2% (n=1,651).

Los motivos de consulta fueron los problemas respiratorios 21,4% (n=1,600), traumatológicos 20% (n=1,493) y digestivos con un 8,9% (n=665). Presentan fragilidad el 69,3% (n=2,586), con una adherencia terapéutica del 81,7% (n=3,050), y su grupo morbilidad ajustada (GMA) con mayor incidencia en el nivel del Grado 4, que corresponde a los PCC con una enfermedad crónica que afectan a dos o tres sistemas de su organismo, del 71,4% (n=2,665).

Los principales diagnósticos clínicos del PCC son la hipertensión con 3,2% (n=2,971), incontinencia urinaria con 2% (n=1,881) y diabetes mellitus tipo II del 1,6% (n=1,539).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los PCC presentan numerosas comorbilidades que interactúan entre sí, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad. Una intervención multidisciplinar y global podría generar no solo una mejora en los diferentes factores de riesgo asociados, sino una disminución del efecto asociativo o sumativo que se establecen entre las diferentes comorbilidades.

Sábado 30 de octubre, de 9:30 a 10:30 h.

Sala 14 (planta 1) (Palacio de Congresos de Zaragoza)

COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN HEMODINÁMICA II

CRE-H: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN HEMODINÁMICA

Autores: María Fuentes Martínez, María Sáinz González, Mercedes Benito Alfonso, Virginia Francés Santamaría, Paloma Pozueta del Rivero, María Elena Merchán Tahvanainen, Patricia Ruiz Ruiz, Larosi Bachir Hebila, Paula Sáez Ruiz, Carmen Regla Lasierra.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

INTRODUCCIÓN

El principal propósito de la atención hospitalaria es crear una cultura de seguridad y calidad para mejorar los procesos de atención al paciente. Los registros son una documentación donde se recoge toda la información relativa al proceso asistencial, su núcleo gira entorno al paciente y a sus necesidades y todo ello amparado en un marco legal. La necesidad de efectuar registros enfermeros mediante una elaboración correcta y profesional, pone en relevancia la mejora de

la calidad asistencial, la continuidad de los cuidados y favorecen la comunicación entre el equipo interdisciplinario.

El objetivo es analizar los registros de los cuidados de enfermería en la unidad de hemodinámica

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo. Muestra de estudio formada por 200 registros de evolutivos de enfermería. El periodo analizado fue comprendido entre 1 de enero y 11 de febrero de 2019.

Se analizaron las variables: tipo de procedimiento y acceso vascular, tipo de cierre vascular, presencia de pulsos, uso de medicación, así como extensión de los evolutivos y uso de abreviaturas.

RESULTADOS

Los evolutivos son breves, con una media de 39,75 palabras. En el 96% de los casos se utilizan abreviaturas; siendo las más comunes, angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), coronariografía (CNG) y nitroglicerina (NTG).

Se detalla el acceso vascular en el 98,5% de los casos y se especifica el tipo de cierre en su totalidad (99,5%). El volumen de inflado de la banda de compresión radial se registra en el 73% de los evolutivos.

El tipo de anestesia se detalla en el 51% de los casos, la cantidad de contraste en el 65% de los registros y el tipo de contraste en el 51% de los evolutivos. El uso de heparina no fraccionada se señala en el 69,5% y en un 8% de los registros no se especifica el uso de antiagregantes.

CONCLUSIONES

La enfermería de hemodinámica registra unos evolutivos con un lenguaje técnico y preciso. Pese a que expone su criterio de forma breve, prestando especial atención al tipo de acceso y sus complicaciones, queda demostrada la variabilidad de los registros realizados entre los profesionales.

En aras de conseguir una estandarización en los evolutivos que aporten calidad y rigor, proponemos implementar estrategias dirigidas a investigar qué ítems son imprescindibles en estos registros.

IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR DE CORTA DURACIÓN TIPO IMPELLA CP. FORMACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Autores: Paloma Pozueta del Rivero, María Elena Merchán Tahvanainen, Ruth García Fernández, Rocío Sáinz Laso, María Fuentes Martínez, Mercedes Benito Alfonso, María Sáinz González, Larosi Bachir Hebila, Virginia Francés Santamaría, Paula Sáez Ruiz.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

INTRODUCCIÓN

Es responsabilidad de los profesionales adquirir conocimientos para lograr unos cuidados de calidad. Para ello, se desarrolló un protocolo y una sesión formativa, mostrando las características y el manejo del nuevo dispositivo Impella CP.

El objetivo es evaluar el nivel de conocimientos adquiridos con el programa de formación ofertado a la enfermería de cardiología intervencionista y cardiología críticos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal y descriptivo. Muestra 70 encuestas entregadas en el periodo comprendido entre el 20 de abril y el 8 de mayo.

Se ha diseñado un cuestionario anónimo y voluntario dividido en tres bloques. Una primera parte con datos demográficos, un segundo apartado sobre formación, dirigido a averiguar si el personal conoce los recursos que el hospital ha ofertado para su formación y que opinión tienen sobre los mismos. Y un tercer apartado de conocimientos con respuesta múltiple y una sola opción válida.

RESULTADOS

De las 70 encuestas entregadas, sólo se contestaron el 30%. Un 60% de la muestra obtenida pertenecía a la plantilla de Cardiología Críticos y el 40% a Hemodinámica.

El 100% de los encuestados conocían la existencia del protocolo y de la sesión formativa, el protocolo lo leyeron el 85% y a la sesión asistieron el 80%. Sin embargo, el 65% de los encuestados manifiestan que la formación no ha sido suficiente y el 70% consideran que no han obtenido los conocimientos necesarios.

El análisis del apartado de conocimientos refleja una tasa de aciertos del 69,4%. Las preguntas dirigidas a usos y parámetros del dispositivo e implantación tienen una tasa de acierto del 85%, por el contrario, en las preguntas que se evalúan cuidados pos implante, eventualidades y retirada, la tasa de acierto desciende a un 50%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar de que el nivel de conocimientos obtenidos ha sido bueno, su percepción es de recibir una escasa formación y de no lograr capacidades necesarias para el manejo.

La baja participación puede tener que ver con la desmotivación actual generada por la pandemia

COVID-19, la baja implicación que aún existe en la enfermería por la investigación, así como la falta de interés por nuevos dispositivos.

Con el fin de conseguir que todo el personal se forme y se incremente el nivel de conocimientos y la seguridad de enfermería, concluimos que se deberían realizar sesiones formativas periódicas.

PROPUESTA PARA LA MONITORIZACIÓN INVASIVA TRAS EL CATETERISMO CARDIACO RADIAL EN LOS PACIENTES CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA

Autores: Damián Lorenzo García, Efrén Pérez García, Patricia Calderín Escobio, Teresa Rodríguez Benítez, Vicente Rubio Alcañiz, Pablo Benítez Martín, José Miguel Latorre Jiménez, José Manuel Álvarez Vázquez, Manuel Benito Mayoral.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

INTRODUCCIÓN

Tras la realización de un cateterismo cardiaco por vía radial, el introductor es retirado y se realiza la hemostasia para evitar complicaciones vasculares. Sin embargo, en el paciente inestable la monitorización arterial invasiva puede ser vital en las siguientes horas al procedimiento.

Nuestro objetivo es proponer una forma de mantener la monitorización invasiva sin perder el acceso arterial radial.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo descriptivo. Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes que, tras el cateterismo cardiaco radial y debido

a su fragilidad hemodinámica y/o respiratoria, requerían un acceso arterial constante. Tras finalizar el cateterismo, se efectuó intercambio del introductor 6 french (Fr) por un catéter 20 gauge (G) con la pulsera neumática inflada. Se registraron datos sobre características basales, del procedimiento y sobre complicaciones vasculares. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación típica, las cualitativas como porcentajes.

RESULTADOS

De los 37 pacientes estudiados, el 50% estaban en *shock* cardiogénico y presentaban disfunción ventricular severa. Un 28,5% tuvieron flujo lento durante el intervencionismo coronario y en un 30% de los pacientes hubo que administrar tirofiban intracoronario. El 70% precisaban perfusión de noradrenalina. El inflado de la pulsera se realizó con una media de ml de aire de 10,5±1,1 ml. En cuanto a las complicaciones vasculares, hubo sangrado en un 1%, un 3% de los pacientes tuvieron hematoma leve tipo I-II, no hubo oclusión radial, tampoco signos de infección ni dolor. El catéter insertado en el laboratorio fue sustituido o retirado entre las 24 y 72 horas siguientes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Aunque la cateterización de la arteria radial no está exenta de riesgos, intercambiar un introductor del 6Fr por un catéter del 20G con ayuda de la pulsera neumática permite, en las siguientes horas a la revascularización coronaria, mantener la monitorización y el acceso a muestras sanguíneas de forma segura, sin aumentar las complicaciones vasculares.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19

Autores: Arantxa Regal Hernández, Juan Carlos Hernández Martínez, Cristina Vilar Bianchi, Vicente Jiménez Cruz, Nasser Yacoub Shami Yuste, David Navarro Sánchez, José Luis Díez Gil, Elena Sánchez Lacuesta.

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Sábado 30 de octubre, de 10:45 a 11:45 h.

Sala Hiberus 2 (Hotel Hiberus)

COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CARDIACA

EFFECTO BENEFICIOSO DE UN PROGRAMA DE TELEREHABILITACIÓN CARDIACA SOBRE EL EJERCICIO FÍSICO, CALIDAD DE VIDA Y DISTRÉS EMOCIONAL. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO Y CONTROLADO CON REHABILITACIÓN HOSPITALARIA CONVENCIONAL

Autores: Nuria Sanz Sevilla¹, Nuria Muñoz Ramos², Amparo Fresneda Fresneda¹, Laura López Company², Gemma Ferrer Falcón³, Ernesto Dallí Peydró².

¹Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

²Hospital Arnau de Vilanova, Valencia; ³Trilema Salud, Valencia

INTRODUCCIÓN

El estado de alarma decretado durante la pandemia por coronavirus ha impuesto un aislamiento social. Este aislamiento preventivo prolongado podría tener un efecto nocivo sobre la salud de la población y los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). A diferencia de lo que ocurrió durante el mes de abril de 2020, hemos detectado un incremento significativo de las activaciones por código en el primer trimestre de 2021. Objetivo: Identificar las causas de este incremento, especialmente la posible relación con un peor control de los FRCV.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional y retrospectivo. Se han analizado los pacientes activados como código infarto y sus FRCV asociados: hipertensión arterial (HTA), dislipemia, diabetes, tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC), fibrilación auricular (FA), intervencionismo coronario previo (IC), accidente cerebrovascular previo (ACV), incumplimiento de tratamiento y sedentarismo. Los datos recogidos pertenecen al periodo comprendido entre enero, febrero y marzo de 2019 y 2021. Se han excluido los pacientes falsos positivos, que no necesitaron una angioplastia primaria o no estaba indicada.

RESULTADOS

Se ha detectado un incremento del 25% en las activaciones del código infarto: 115 activaciones en 2019 y 144 en 2021. En 2019, el % de falsos positivos fue del 165 y en 2021 del 20%. Por lo tanto, el número de infartos de miocardio atendidos se incrementó en un 20% (97 vs 116). En el primer trimestre de 2021 y respecto al mismo periodo de 2019, se atendieron más hombres, con una incidencia mayor de hipertensión, diabetes y mayor sedentarismo. El tamaño de la muestra no permite alcanzar valores de p significativos pero la tendencia es clara.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Durante el primer trimestre de 2021, la atención al código se ha incrementado con respecto a 2019. El peor control de los FRCV, especialmente el sedentarismo, podría ser una de las causas del aumento del número de infartos en la población.

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación cardiaca hospitalaria (RCH) tras un síndrome coronario agudo tiene indicación IA, no obstante, algunas barreras limitan su accesibilidad y por tanto su beneficio. Con el objetivo de optimizar la adherencia y efectividad, se ha diseñado un sistema de telerehabilitación (TRC), compuesto de plataforma web y aplicación telefónica, que permite una monitorización prolongada.

MATERIAL Y MÉTODO

Se aleatorizaron 67 pacientes de riesgo bajo tras un síndrome coronario agudo en un ensayo clínico controlado y aleatorizado. El grupo TRC realizó 4 sesiones en hospital (2 semanas) y seguimiento monitorizado 10 meses. El grupo RCH, realizó 16 sesiones (dos meses). El sistema monitoriza adherencia farmacológica, automedidas, control de dieta,

analítica, tabaquismo y módulo de ejercicio físico. Se administraron las encuestas IPAQ (actividad física), HADS (bienestar psicológico) y EQ-5D (calidad de vida) a nivel basal y a los 10 meses. Aprobación por CEIm local y AEMPS. [EudraCT 2013-005306-62].

RESULTADOS

59 pacientes fueron incluidos en el análisis por intención de tratar, 31 (TRC) y 28 (RCH). Se excluyeron 8 pacientes (12%). La actividad física referida en la encuesta IPAQ (objetivo principal), aumentó en el grupo TRC: +1,736 MET-min/semana, comparado con el grupo RCH: -192 MET-min/semana, $p=0,048$. El distrés psicológico global (encuesta HADS) mejoró significativamente en ambos grupos (TRC: -6,67, $p<0,001$; RCH: -2,23, $P=0,045$), sin embargo, únicamente en el grupo TRC mejoró significativamente la subescala de depresión (TRC: -1,56, $p=0,017$; RCH -0,33, $p=0,68$). La calidad de vida mejoró significativamente en el grupo TRC, tanto en cuanto a autoevaluación: +6,5 ($p=0,008$), como índice EQ-5D: +0,07 ($p=0,003$). En el grupo RCH, la mejoría no alcanzó significación (autoevaluación: +6,6 ($p=0,064$), índice EQ-5D: +0,044, $p=0,064$). Sólo en el grupo TRC mejoraron significativamente las puntuaciones en cuanto a actividades cotidianas y ansiedad/depresión, rozando la significación la movilidad ($p=0,058$).

CONCLUSIONES

El sistema de telerehabilitación, con monitorización prolongada, muestra mayor efectividad que un programa de RCH en cuanto a mejora de actividad física, bienestar psicológico y calidad de vida, incluso bajo restricción de movilidad durante la pandemia COVID-19.

EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES CARDIÓPATAS HOSPITALIZADOS: ¿RECURSOS WEB COMO PRINCIPAL HERRAMIENTA PARA EL CONSEJO CARDIOVASCULAR?

Autores: Javier Nogueira Pereira¹, Eva Tizón Bouza², Emiliano Fernández-Obanza Windscheid³, Raquel Marzoa Rivas².

¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña);

²Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol (A Coruña),

³Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - Xeral-Cies, Vigo (Pontevedra).

INTRODUCCIÓN

El ingreso hospitalario constituye un escenario ideal para promocionar el consejo cardiovascular (CCV). Se estima que el 60% de la población consulta sobre su salud en Internet y al 70% les gustaría recibir recomendaciones sanitarias mediante recursos web. La creación de portales web facilita el acceso a la información a los pacientes y los convierte en protagonistas de su enfermedad. El objetivo principal fue determinar el nivel de acceso a Internet de los pacientes cardiopatas hospitalizados en un centro y determinar los factores que influyen en ello. También se evaluó el grado de conocimiento de los pacientes acerca de su riesgo cardiovascular (RCV).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo, observacional y unicéntrico realizado en pacientes ingresados de forma consecutiva en la planta de Cardiología. El grado de acceso a Internet y percepción de RCV se determinó mediante una encuesta.

RESULTADOS

De los 89 pacientes incluidos en el estudio el 40,6% manifestaron no acceder nunca a Internet, el 18% hacerlo de forma ocasional, el 11,2% de forma frecuente y el 30,3% hacerlo diariamente. El uso de recursos web fue significativamente mayor en pacientes con mayor formación y más jóvenes. Únicamente el 19,1% estimó de forma correcta su RCV.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Casi el 60% de los pacientes cardiopatas hospitalizados manifestaron tener un acceso escaso/nulo a Internet y únicamente el 20% supo estimar su RCV real. El CCV es necesario y debe mejorarse, sin embargo, el uso de recursos web no puede considerarse la única herramienta en el área sanitaria evaluada.

UNA REVISIÓN SOBRE LA TELESALUD CARDIOVASCULAR EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Autores: Raquel Ayuso Margañón, Amalia Sillero Sillero.

Escuela Superior de Enfermería del Mar, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

A pesar de la situación provocada por la enfermedad COVID-19, continúa siendo necesario prevenir la morbi-mortalidad cardiovascular, y en particular en personas con enfermedades cardiovasculares que puede tener graves consecuencias para su salud física y mental. Por tanto, una opción es realizar intervenciones sanitarias innovadoras y utilizar medios sanitarios digitales. El objetivo del estudio es reunir la evidencia sobre telesalud para ayudar a las personas que viven con enfermedad cardiovascular en esta etapa de pandemia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha utilizado una metodología de revisión bibliográfica para reunir la evidencia. Las búsquedas se han realizado entre el 31 marzo de 2021 y el 1 de mayo de 2021, en diferentes bases de datos como PubMed, CINAHL y Google Scholar. La estrategia y términos de búsqueda han incluido telehealth OR digital health OR mHealth OR eHealth OR mobile apps AND COVID-19 OR quarantine. También se ha buscado literatura relacionada con enfermedades cardiovasculares. Se han incluido artículos publicados en inglés sobre el uso de tecnología para la atención a las personas con enfermedades cardiovasculares, excluyendo las relacionadas con aplicaciones COVID-19. Nuestra búsqueda se ha limitado a los años 2000-2020.

RESULTADOS

Se han obtenido 42 artículos de texto completo, de los cuales ocho artículos cumplieron los criterios de inclusión. Todos eran artículos del 2020. De esta revisión surgieron tres temas generales:

1. Formación de las personas que realizan la asistencia sanitaria a distancia para garantizar el rápido despliegue de soluciones sanitarias remotas.
2. Cubrir las necesidades físicas y ofrecer soporte emocional. Se recomienda proporcionar programas de rehabilitación cardíaca en línea para mantener la salud de las personas con enfermedad cardiovascular.
3. Apoyo a la atención inmediata y la atención habitual.

Todo ello se ha sintetizado en un nuevo modelo de asistencia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En conclusión, para ayudar a las personas que viven con enfermedades cardiovasculares durante la pandemia COVID-19 y mitigar los efectos

que pueden generar durante esta etapa en el bienestar físico y mental, debemos ofrecer una atención diferente con el apoyo de las habilidades tecnológicas y brindar el acceso a su atención habitual. Recomendamos un nuevo modelo de asistencia.

FACTORES DE RIESGO EN MUJERES MENORES DE 65 AÑOS DIAGNOSTICADAS DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Autores: Irene Inieta Martínez¹, Josu Delfrade Osinaga¹, M. Soledad Alcasena Juango², Conchi Moreno Iribas¹.

¹Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, Pamplona/Iruña (Navarra);

²Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona/Iruña (Navarra).

INTRODUCCIÓN

Se compara la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en las pacientes diagnosticadas de infarto agudo de miocardio (IAM) en los hospitales de una comunidad autónoma del Norte de España entre 2017-2019 con la prevalencia observada en un estudio poblacional de factores de riesgo en la misma región.

MATERIAL Y MÉTODO

Los datos correspondientes a las mujeres diagnosticadas de IAM años 2017-2019, proceden de un registro poblacional de IAM, y los datos referidos a la población general, de un estudio de factores de riesgo cardiovascular realizado en la misma población en 2004. Se analizan los siguientes factores de riesgo: tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), diabetes, dislipemia (diagnóstico previo de hipercolesterolemia,

dislipemia o colesterol total ≥ 240 mg/dl), sobrepeso y obesidad. Se analizan dos grupos de edad, de 45 a 54 años, y de 55 a 64 años. Se excluyen las menores de 45 años por el bajo número de casos IAM registrados en este grupo de edad.

RESULTADOS

El factor de riesgo más prevalente en las mujeres con IAM es la dislipemia, presente en el 56,4% y 68,1% de las mujeres de 45-54 y 55-64 años ingresadas tras un IAM, aproximadamente 20 puntos porcentuales por encima de lo observado en la población. El tabaquismo, con cifras en torno al 50%, duplica la prevalencia observada la población. Destaca igualmente la elevada prevalencia de obesidad que afecta al 28,3 y 29,9% de mujeres diagnosticadas de IAM. Si se considera el sobrepeso y la obesidad conjuntamente, la prevalencia de exceso de peso se sitúa en torno al 60%, muy por encima de las cifras observadas en las mujeres de la población general, por debajo del 40%, en ambos grupos de edad. En relación con esta elevada prevalencia de exceso de peso, las mujeres diagnosticadas de IAM presentan elevadas cifras de diabetes, 12,3 y 19,4% frente a 2,7 y 7,0% en las mujeres del mismo grupo de edad de la población general. La prevalencia de HTA es superior también en las pacientes diagnosticadas de IAM con respecto a mujeres de la población general sobre todo entre las más jóvenes.

CONCLUSIONES

La dislipemia, el tabaquismo, la obesidad y la diabetes son los factores de riesgo cardiovascular que presentan una prevalencia muy elevada en las mujeres menores de 65 años ingresadas por un IAM en Navarra en comparación a las mujeres de la misma edad de la población general.

CASOS CLÍNICOS

Jueves 28 de octubre, de 12:45 a 13:45 h.

Sala Hiberus 2 (Hotel Hiberus)

CASOS CLÍNICOS I

MIOPATÍA DEL PACIENTE CRÍTICO EN UNA PACIENTE TRASPLANTADA CARDIACA

Autores: Clara Ruiz Falqués, Gemma López Domenech, María Soler Selva, Sara Martínez Font.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La miopatía del paciente crítico es una de las complicaciones conocidas en aquellos pacientes que ingresan durante un largo tiempo en una unidad de cuidados intensivos (UCI) provocando una debilidad en los

músculos de las extremidades del paciente, de manera simétrica, y también en los músculos implicados en la respiración. Las limitaciones físicas pueden tener un impacto en la salud mental y emocional del paciente, influyendo en su recuperación. El objetivo es establecer un plan de cuidados para resolver las necesidades aparecidas en el proceso asistencial de una paciente que ingresa para trasplante cardíaco y sufre una miopatía severa.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una mujer de 39 años que ingresa de manera electiva para un trasplante cardíaco, saliendo de quirófano requiriendo de soporte de una membrana de oxigenación extracorpórea venoarterial

(ECMO V-A). Sufrió posteriormente una miopatía del enfermo crítico que no le permitía mover ninguna parte del cuerpo.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realizan tres valoraciones de enfermería basadas en los patrones funcionales de Marjory Gordon en tres momentos diferentes. A partir de la valoración se elabora un plan de cuidados según la taxonomía NANDA-NIC-NOC en cada uno de los momentos.

En el pre operatorio se realiza una valoración e identificamos un diagnóstico: ansiedad ante la muerte. Cuando ingresa en la UCI se realiza la segunda valoración dando prioridad a los diagnósticos de disminución del gasto cardiaco, deterioro de la integridad tisular y riesgo del síndrome de desuso. En la tercera valoración cuando está en semicríticos, presenta los diagnósticos de deterioro de la movilidad física, ansiedad y estreñimiento.

Indicar que, a través del plan de curas establecido, con las actividades llevadas a cabo, muestra mejoría en casi todos los patrones funcionales.

REFLEXIÓN

Los pacientes con miopatía severa requieren de ayuda para realizar todas las actividades haciéndolas depender de otras personas. Este hecho puede generar ansiedad al paciente, sobre todo si es joven, ante esta situación. En este caso, tanto enfermería como la familia se convierte en las manos de la paciente, ayudándola en el día a día. Pero debido a las restricciones de visitas debido al COVID-19, enfermería tuvo que desenvolver un mayor papel de soporte al no poder estar la familia tan presente.

SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO: ABORDAJE ENFERMERO ANTE UNA COMPLICACIÓN INFRECIENTE POST CATETERISMO CARDIACO

Autores: María Soler Selva, Sara Martínez Font, Clara Ruiz Falqués, Gemma López Domenech.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El síndrome compartimental agudo (SCA) después de una coronariografía por vía radial es una complicación rara, con una incidencia entre 0,004% y 0,013%. A pesar de la baja incidencia, la evolución del SCA puede ocasionar graves consecuencias si no se trata de forma urgente mediante fasciotomía.

El objetivo es establecer un plan de cuidados a un paciente con fasciotomía por un SCA en antebrazo derecho tras cateterismo transradial para angioplastia coronaria.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón trasladado a nuestro centro para realizar coronariografía preferente. Una hora post cateterismo, el paciente refiere dolor en la extremidad superior derecha, que no mejora con morfina, y parestesias. Se observa hematoma en la cara volar del antebrazo. Es valorado por traumatología quien confirma síndrome compartimental y realiza fasciotomía volar de urgencia sin complicaciones.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realiza la valoración enfermera siguiendo el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson en el momento del ingreso y se elaboró el plan de cuidados con los diagnósticos (NANDA), los objetivos

(NOC) e intervenciones (NIC) con los indicadores de resultado y actividades. Como diagnósticos destacamos: Riesgo de *shock* debido a su inestabilidad hemodinámica e hipovolemia, Ansiedad, Deterioro de la integridad tisular y Riesgo de disfunción neurovascular periférica.

REFLEXIÓN

La evolución del sangrado en la vía radial después de un cateterismo cardiaco hacia un SCA es una complicación rara y poco frecuente. Aun así, es importante saberlo detectar rápidamente para evitar que este evolucione y ocasione daño permanente en la zona.

La enfermera realiza de forma periódica el control hemostático de la zona de acceso. Por este motivo, consideramos necesario que enfermería reconozca tanto las complicaciones frecuentes como complicaciones vasculares menos frecuentes, como es la aparición del síndrome compartimental agudo.

La sintomatología del SCA (dolor, parestesia y parálisis del miembro) produce ansiedad al paciente ante esta complicación. La ansiedad puede aumentar en el momento del diagnóstico y explicación del tratamiento.

Es la enfermera quien tiene un papel importante tanto en la prevención y detección del SCA, así como en el acompañamiento del paciente durante todo el proceso.

MIOCARDITIS FULMINANTE

Autores: Marta Parellada Vendrell, Montserrat Prat Masana, Silvia Pérez Ortega.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La miocarditis fulminante es una inflamación cardiaca grave, de rápida progresión, suele deberse a infecciones virales, de aparición brusca y conlleva alto riesgo de muerte por *shock* cardiogénico, arritmias e insuficiencia multiorgánica.

El objetivo es elaborar un plan de cuidados enfermero destinado a un paciente ingresado en la unidad de cuidados cardiológicos agudos (UCCA) por miocarditis.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 43 años, antecedentes de hipertiroidismo y sin hábitos tóxicos. Ingresa en la UCCA por miocarditis aguda con disfunción ventricular severa y necesidad de soporte inotrópico. Tras 2h, presenta fibrilación ventricular evolucionando a parada cardiaca refractaria precisando cardiocompresor e implante percutáneo de ECMO VA como medida de soporte vital avanzado. Posteriormente se traslada a quirófano para asistencia biventricular como puente a decisión.

La valoración enfermera se realizó mediante el modelo de Marjory Gordon, detectando los siguientes patrones alterados 4: inestabilidad hemodinámica (taquicardia sinusal, hipotensión, soporte vasopresor e inotrópico); 10: temor ante situación crítica.

Usando la taxonomía NANDA-NIC-NOC, los diagnósticos enfermeros son:
- 00029 Disminución del gasto cardiaco r/c alteración de la contractilidad, de la frecuencia cardiaca, de la poscarga y m/p disminución de la fracción de eyección, taquicardia y alteración de la presión arterial.
- 00148 Temor r/c situación crítica y m/p sentimiento de alarma.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Ante la evolución tórpida, se determinó como prioridad el problema de colaboración: parada cardiaca refractaria secundaria a miocarditis

fulminante. El principal objetivo NOC fue: Entorno seguro de asistencia sanitaria y como indicadores utilización de protocolos de práctica basada en la evidencia y sistemas establecidos de gestión de la asistencia.

Como intervenciones NIC: Manejo de la parada cardiorrespiratoria; Manejo de la medicación; Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico y Transporte: dentro de la instalación.

REFLEXIÓN

El equipo multidisciplinar de la UCCA está formado y capacitado para el manejo y resolución de situaciones críticas como la parada cardíaca refractaria. Estos resultados se consiguen mediante la utilización de algoritmos establecidos en las guías clínicas de resucitación cardiopulmonar y la gestión asistencial del equipo.

LA EDUCACIÓN PARA SALUD COMO ELEMENTO CENTRAL EN LA PREVENCIÓN DE HOSPITALIZACIONES EN PACIENTES CON IC

Autores: Antonia Pilar Martín de la Rosa, María Robles Mezcuca, Patricia Redondo Gómez, Concepción Cruzado Álvarez.

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN

La IC es una de las patologías con mayor repercusión sobre la población, y sobre el sistema sanitario por la alta morbilidad que representa y por los elevados costes económicos que conlleva. Se asocia a una mala calidad de vida, con reingresos hospitalarios frecuentes y una elevada mortalidad. Los reingresos hospitalarios por IC, se relacionan con desconocimiento de la enfermedad, incumplimiento del régimen terapéutico y falta de apoyo social. De manera que, la educación al paciente es un componente clave.

El objetivo es describir un plan de cuidados individualizado según taxonomía NANDA, NIC NOC dirigido a evitar el reingreso hospitalario en un paciente con IC.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 74 años, derivado a la consulta de la enfermera de IC tras ingreso hospitalario. Antecedentes de miocardiopatía dilatada no isquémica, con disfunción biventricular severa. Frecuentador de urgencias, 5 asistencias en los últimos 3 meses.

Se realizó valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, EHFScBS 40. Charlson modificado de 6, Barthel 80, MLWHF 77. Acude con ligeros

edemas maleolares, no dolor torácico ni palpaciones. Clase funcional II de la NYHA. Pérdida de peso, mantiene el apetito. Se realiza conciliación de la medicación y se detectan discrepancias entre el tratamiento prescrito y el que toma. Dificultades idiomáticas. Tendencia a la hipotensión. Ha reducido el consumo de sal y no tiene hábito de caminar.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realiza un plan de cuidados específico. El paciente permanece en seguimiento por la enfermera de IC durante 5 meses. En ese periodo, consulta por descompensación en tres ocasiones. Precizando tratamiento deplectivo intravenoso en la unidad. Durante el seguimiento, se trabaja con el paciente y la esposa para mejorar el conocimiento de la enfermedad y del régimen terapéutico, incluido el manejo de la pauta flexible de diuréticos. Se realiza optimización del tratamiento farmacológico. Trascorrido 1 año desde el alta, el paciente no ha precisado ingresos ni atención en urgencias, acude a consultas programadas con cardiólogo.

REFLEXIÓN

Un plan de cuidados para educar acerca de la enfermedad, evaluando el grado de conocimiento adquirido, facilita la adherencia al régimen terapéutico y es capaz de disminuir las hospitalizaciones.

INSUFICIENCIA CARDIACA TRAS UN LINFOMA. CASO CLÍNICO

Autores: Amelia Ramos González-Serna¹, M.^a Dolores Mateos García², Carmela Pedrosa Carrera¹.

¹Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla;

²Universidad de Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La cardiotoxicidad es la afección miocárdica provocada por la medicación antineoplásica. Constituye un efecto secundario muy importante del tratamiento contra el cáncer y es junto con las segundas neoplasias, la causa más frecuente de mortalidad en los largos supervivientes.

Objetivo: describir caso paciente con insuficiencia cardíaca tras linfoma.

Tabla 1. Planificación de cuidados.

Diagnósticos	NOC	NIC
Afrontamiento inefectivo r/c sentido de control insuficiente m/p incapacidad para manejar la situación y ansiedad	Aceptación estado de salud Participación: decisiones sobre estado de salud	Aumentar afrontamiento Apoyo en la toma de decisiones Disminución de la ansiedad
Conocimientos deficientes r/c falta de exposición m/p verbalización	Conocimiento procedimiento terapéutico	Enseñanza
Tolerancia disminuida a la actividad r/c con desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno m/p disnea	Tolerancia a la actividad	Manejo de la energía
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c incapacidad para absorber los nutrientes m/p hipoproteinemia	Estado nutricional	Asesoramiento nutricional
Riesgo de disminución del gasto cardíaco	Efectividad de la bomba cardíaca	Cuidados cardíacos agudos
Riesgo de Infección	Control del riesgo	Control de infecciones Uso de precauciones universales

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 56 que ingresa en Cardiología desde consulta de hematología. Juicio clínico 1.º episodio de insuficiencia cardíaca 2.º a cardiotoxicidad con antraciclina.

Antecedentes. Hipertensión arterial, Dislipemia mixta, ateromatosis aortailíaca asintomática, Linfoma difuso diagnosticado en 2018.

Tras valoración enfermera, de calidad de vida con el test de Minnesota, autocuidados y adherencia a fármacos, se elaboró plan de cuidados.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se describen en la **tabla 1**.

REFLEXIÓN

Las intervenciones enfermeras aplicadas fueron adecuadas para la resolución de los diagnósticos enfermeros surgidos.

La paciente fue dada de alta y siguió revisiones por la unidad de insuficiencia cardíaca.

Es necesario intervenir antes, durante y después del tratamiento oncológico para prevenir o disminuir el impacto de la cardiotoxicidad.

Las enfermeras dentro del equipo multidisciplinar del proyecto cardio-onco-hematología colaboran en la identificación y control de factores de riesgo cardiovascular, revisión de potenciales interacciones medicamentosas, educación sanitaria sobre hábitos de vida cardiosaludables y en mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento.

SUSTITUCIÓN URGENTE DE AORTA DESCENDENTE CON ESOFAGUECTOMÍA POR FISTULA AORTO-ESOFÁGICA

Autores: Elena Querol Vallés, Judith Prats Barrera, María Matas Avella, Montserrat Venturas Nieto.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La reparación endovascular de aorta torácica (TEVAR) ofrece una alternativa a la cirugía abierta en lesiones traumáticas de la aorta

torácica. La aparición de una fistula aorto-esofágica (FAE) es una complicación potencialmente mortal de esta técnica con una incidencia del 5-10,5%.

El objetivo es establecer un plan de cuidados a un paciente que tras ingresar por una FAE de bajo débito es sometido a un recambio de endoprótesis aórtica con esofaguectomía de urgencia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 35 años con antecedentes de TEVAR por accidente de tráfico a los 14 años que acude a su hospital de referencia por melenas de dos días de evolución. Se le realiza gastroscopia que objetiva lesión ulcerosa a nivel esofágico con presencia de material extraño que se biopsia. Tras el procedimiento presenta hematemesis franca con inestabilidad hemodinámica. Derivado a nuestro centro para estudio, es intervenido para sustitución de endoprótesis aórtica y resección esofágica con esofagostoma cervical izquierdo.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

La valoración enfermera se realiza según el modelo de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA-NIC-NOC para el plan de cuidados, en dos fases distintas de su proceso asistencial.

La primera valoración corresponde a los primeros días del postoperatorio en que el paciente presenta alteraciones en las necesidades de respiración (distrés respiratorio), nutrición y eliminación (pancreatitis aguda y distensión gástrica por estenosis pilórica con colocación de sonda de gastrostomía), así como sueño y descanso (dificultad para mantener un nivel adecuado de sedación) entre otras.

La segunda valoración corresponde a la fase de su recuperación, aún en cuidados intensivos; entre las alteraciones detectadas destacan las de sueño y descanso, seguridad del entorno, comunicación y aprendizaje.

REFLEXIÓN

La valoración enfermera al ser un proceso holístico y continuo permite instaurar en el plan de cuidados actividades dirigidas no sólo a atender aquellas necesidades ya alteradas, sino aquellas que bajo nuestro criterio clínico y profesional son susceptibles de deteriorarse. Esto a su vez nos permite establecer una relación terapéutica basada en la confianza que nos ayuda a proporcionar a nuestros pacientes la sensación de encontrarse en un entorno seguro y controlado.

Sábado 30 de octubre, de 10:45 a 11:45 h.

Sala 14 planta 1 (Palacio de Congresos de Zaragoza)

CASOS CLÍNICOS II

CIRUGÍA CARDIACA ROBÓTICA: ¿REGRESO AL FUTURO?

Autores: Judith Prats Barrera, Elena Querol Vallés, Patricia Santos López, Cristina Rodríguez Blasco, Montserrat Venturas Nieto.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La cirugía cardíaca en los últimos años ha evolucionado hacia

procedimientos menos invasivos, en un inicio con las cirugías port-access y en la actualidad con la cirugía cardíaca robótica (CCR). Esta técnica permite acceder al corazón a través de pequeñas incisiones y realizar reparaciones o sustituciones de la válvula mitral (SVM) y tricúspide, revascularizaciones coronarias, cierre de comunicación intraauricular, ablación de fibrilaciones auriculares o resecciones de algunos tumores intracardíacos. La primera CCR de España se realiza en nuestro centro a finales del 2019.

El objetivo es establecer un plan de cuidados a una paciente intervenida de SVM mediante CCR.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 60 años, autónoma para las actividades de la vida diaria que ingresa de manera electiva para intervención de SMV mediante CCR.

Antecedentes patológicos de hipotiroidismo, dislipemia, extrasístoles auriculares frecuentes en tratamiento con sintrom, y COVID en noviembre del 2020, sin necesidad de ingreso hospitalario.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

El modelo conceptual utilizado fue el de Marjory Gordon con la taxonomía NANDA NOC-NIC. La primera valoración enfermera se realiza en la unidad de cuidados intensivos, 24 horas post-intervención, donde se observan principalmente alteraciones en los patrones 4 y 6.

A las 48 horas post intervención la paciente presenta una notable mejoría a nivel respiratorio, y mejor control del dolor por lo que es trasladada a la unidad de cuidados intermedios donde inicia bipedestación. El 4.º día es trasladada a la sala de hospitalización, y posteriormente dada de alta.

REFLEXIÓN

La CCR ofrece una serie de beneficios como pueden ser, una menor agresión física, consiguiendo una mejor recuperación, que incluyen menos dolor, estancias más cortas, mejor estética y retorno más rápido al nivel preoperatorio de actividad funcional.

Pese a todos los beneficios que presenta dicha cirugía no está exenta de riesgos, por ello, es necesario la creación de protocolos, sesiones y formaciones al personal asistencial que permita detectar y tratar de manera precoz los signos de alarma o complicaciones que puedan derivar de dicha cirugía.

TRATAMIENTO ALTO PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR: ¿QUÉ PUEDE APORTAR LA REHABILITACIÓN CARDIACA?

Autores: Ana Martín Sanz, Beatriz Bermejo Muñoz, Rebeca Samaniego Quintanilla.

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

INTRODUCCIÓN

Rehabilitación cardiaca (RC) es definida como el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiopatas una condición física, mental y social óptima. El procedimiento SEC de RC, determina Fase II como las intervenciones tras el proceso agudo de la enfermedad. Este caso clínico describe el proceso de Enfermería de un paciente sin evento cardiaco, con múltiples factores de riesgo cardiovascular, remitido al programa de RC en Fase II. Basándonos en el modelo conceptual de Virginia Henderson junto con la taxonomía NANDA-NIC-NOC pretende demostrar como el tratamiento de RC, ayuda a conseguir el control de factores de riesgo cardiovascular, a través de un programa educacional

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente remitido a RC diagnosticado de posible equivalente anginoso por clínica de disnea a pequeños esfuerzos. Antecedentes personales: DM2, dislipemia, HTA, obesidad, SAOS y claudicación intermitente. Consulta Médica: exploración, pruebas, revisión de factores de riesgo y ajuste de tratamiento farmacológico. Valoración de Enfermería: SF-36: limitación de rol físico, estado de salud general pobre y percepción de empeoramiento. Alteraciones en la necesidad de comer, moverse y no poder desempeñar su rol familiar. Plan de actuación: 24 sesiones

de ejercicio físico, charlas educativas y de manera individualizada: educación nutricional, farmacológica, gestión de actividad física y control de peso. 00168 Estilo de vida sedentario. 00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud. 00163 Disposición para mejorar la nutrición. 00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable. 00029 Disminución del gasto cardiaco. 00161 Disposición para mejorar los conocimientos.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Valoración final: el paciente lleva a cabo acciones personales para fomentar el bienestar, la recuperación y un régimen auto planificado para mantener la salud y la condición física. El grado de conocimiento transmitido y adquirido le capacita para realizar acciones sobre la ingesta de alimentos, realizar el ejercicio y control de la medicación de manera eficaz. Mejoría demostrada en todos los factores de riesgo. Aumenta el sentimiento de vitalidad y funcionamiento social

REFLEXIÓN

Los programas de RC en pacientes con alto perfil de riesgo cardiovascular aportan mejora evidente en el estricto control de los factores de riesgo, autocontrol por parte del paciente, disminuye comorbilidades asociadas y evita enfermedades cardiovasculares.

ORIGEN ANÓMALO DE LA ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA EN EL SENO OPUESTO CON CURSO INTERARTERIAL E INTRAMURAL EN UN PACIENTE QUE CURSA CON UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Autora: Lorena Lazcano Guarda.

Instituto Nacional del Tórax, Providencia (Chile).

INTRODUCCIÓN

Las anomalías congénitas de las arterias coronarias son diversas cuyas manifestaciones y mecanismos fisiopatológicos son variables y poco frecuentes, con una prevalencia de 0,21- 5,79%. Dentro de las anomalías coronarias hemodinámicamente significativas se encuentra las con curso interarterial asociadas isquemia miocárdica, arritmias, falla cardiaca y riesgo de muerte súbita. En este caso se dará a conocer y se desarrollará la anomalía congénita coronaria tipo intraarterial e intramural debido a su implicancia clínica y que requiere tratamiento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre de 57 años, hipertenso, diabético, dislipidémico y tabáquico, cursa con infarto agudo al miocardio en agosto del año 2019, la coronariografía evidencia enfermedad de tronco coronario izquierdo (TCI) y tres vasos, se describe TCI con nacimiento anómalo desde el seno coronario derecho con estenosis severa medio distal, trayecto intrarterial, coronaria derecha con estenosis severa distal y oclusión aguda.; posteriormente estudio con Tomografía Computada describe origen anómalo de la arteria coronaria izquierda desde el seno opuesto, con trayecto intramural e intraarterial, anomalía hemodinámica significativa. Paciente evaluado por cardiocirugía para reimplante de tronco coronario izquierdo.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS**Plan de cuidados de enfermería**

Patrones funcionales alterados, de Marjory Gordon:

Patrón 1 - Percepción/ Manejo de salud.

Patrón 4 - De actividad y ejercicio.

Patrón 5 - De sueño descanso.

Patrón 10 - Afrontamiento/tolerancia al estrés.

Diagnóstico principal según taxonomía NANDA:

[00200] Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca r/c obstrucción de la arteria coronaria. Objetivos: NOC. [0405] Perfusión tisular cardíaca, [1617] Autocontrol de la enfermedad cardíaca. Las intervenciones de enfermería NIC apuntan a mantener la perfusión tisular cardíaca: [4040] Cuidados cardíacos, [1800] Ayuda al autocuidado. Se utilizó la escala tipo Likert donde la puntuación 1 menos deseada y puntuación 5 más deseada.

REFLEXIÓN

En relación al diagnóstico principal Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca, según escala de Likert de un estado gravemente comprometido pasó a sustancialmente comprometido. Autocontrol de la enfermedad cardíaca; pasó de un estado a veces demostrado a siempre demostrado. Paciente a la espera de cirugía.

MANEJO DE ENFERMERÍA ANTE EMBOLIZACIÓN DE STENT CORONARIO A ARTERIA RADIAL IZQUIERDA

Autores: Núria Castelló Fosch, José Martínez Pérez.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la embolización y pérdida del *stent* en intervencionismo coronario percutáneo (IPC) es una complicación poco frecuente debido a la evolución del diseño de los *stents*, pero puede provocar consecuencias graves. El objetivo de este caso es establecer un plan de cuidados de enfermería en pacientes sometidos a IPC que sufren una embolización hacia la arteria radial de un *stent*.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 73 años que ingresa electivamente para la realización de IPC sobre coronaria derecha, implantándose un primer *stent* sin incidencias. Al intentar avanzar un segundo *stent*, se produce el desplazamiento y distorsión de éste, quedando finalmente atrapado entre la arteria radial distal y el tejido subcutáneo.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Tras la evaluación del paciente siguiendo las 14 necesidades de Virginia Henderson se elaboró un plan de cuidados individualizado siguiendo la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Los diagnósticos identificados más relevantes fueron Dolor agudo [00132], Riesgo de disfunción neurovascular periférica [00200] y Temor [00148]. Las actividades relacionadas fueron encaminadas a la evaluación y control del dolor mediante analgesia, apoyo emocional y monitorización del estado neurovascular. Asimismo, se informó y educó al paciente en síntomas de alarma para potenciar su seguridad y disminuir el temor.

REFLEXIÓN

La elaboración de un plan de cuidados individualizado permitió la organización sistemática de las actividades y aportar unos cuidados de calidad, consiguiendo así resolver adecuadamente los diagnósticos identificados y la prevención de complicaciones mayores. La formación especializada de enfermería en hemodinámica y su respuesta rápida

ante complicaciones son fundamentales en la resolución de situaciones de emergencia.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN USUARIO CON LESIONES CUTÁNEAS PRODUCIDAS POR UN VENDAJE COMPRESIVO RADIAL

Autores: Montserrat Palau Durán, Milagros Ruiz Sierra, Imma Casadellà Almar, Mireia Martínez Martínez.

Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el acceso de elección en el intervencionismo coronario es el radial porque es una vía segura, de fácil compresión, que permite una retirada inmediata del introductor, una movilización precoz, además de mejorar el confort del paciente y reducir la estancia hospitalaria. El vendaje compresivo es el método más utilizado para la hemostasia de dicho acceso, ya que es efectivo, económico y presenta una baja incidencia de complicaciones.

El objetivo es describir un plan de cuidados de enfermería personalizado a un paciente que presenta lesiones cutáneas producidas por un vendaje compresivo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 79 años hipertenso, dislipémico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y exfumador. El usuario llega a la sala de hemodinámica con el diagnóstico de síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Se realiza cateterismo cardíaco por acceso radial derecho, donde se evidencia una lesión en la coronaria derecha y se procede a realizar angioplastia con implantación de *stent* farmacológico. Al finalizar el procedimiento, se realiza vendaje compresivo observando pérdida de la integridad cutánea en los extremos distales de las tiras de venda elástica adhesiva.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se utiliza el modelo Virginia Henderson y se diseña un plan de cuidados individualizado con taxonomía NANDA-NIC-NOC.

El diagnóstico principal es deterioro de la integridad cutánea relacionado con el vendaje compresivo manifestado por la rotura de la epidermis. Siendo el resultado esperado (NOC) curación de la herida por segunda intención con las intervenciones (NIC) de cuidados de las heridas, vigilancia de la piel y enseñanza del tratamiento.

REFLEXIÓN

La edad avanzada, los problemas dermatológicos y/o la toma de ciertos fármacos son factores que ayudan a prever posibles complicaciones relacionadas con la piel, los cuales nos pueden condicionar a la hora de escoger el dispositivo para la hemostasia. Existen sistemas alternativos de compresión en el mercado, pero debido a su elevado coste no están disponibles en todos los centros.

La consulta de enfermería en hemodinámica permite no sólo una valoración previa del usuario, sino también un seguimiento a posteriori de las complicaciones derivadas del intervencionismo.

Aunque es de gran importancia anticiparse a las complicaciones, también es relevante saber cómo actuar frente a ellas.

¿QUÉ PUEDE SUPONER UN HEMATOMA TRAS UN ABORDAJE FEMORAL? LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Autores: Milagros Ruiz Sierra¹, Montserrat Palau Durán², Mireia Martínez Martínez², Imma Casadellà Almar².

¹Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell (Barcelona);

²Hospital Universitario Mútua de Terrassa (Barcelona).

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el abordaje por excelencia es el radial, aunque aproximadamente un 45% de los procedimientos sigue realizándose por vía femoral. Históricamente, la vía de elección para el intervencionismo coronario ha sido la arteria femoral debido a su mayor calibre, mejor soporte y menor curva de aprendizaje. Aun así, el acceso femoral comporta un mayor riesgo de complicaciones vasculares respecto al radial.

El objetivo es desarrollar un plan de cuidados enfermeros personalizado para un usuario que presenta un hematoma tras punción de la arteria femoral.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón, 62 años, dislipémico, exfumador y portador de 3 stents coronarios. Al usuario se le realiza cateterismo cardiaco con punción radial fallida, lo que conlleva a crossover a arteria femoral. Tras múltiples punciones

no eco guiadas en femoral derecha, ésta es desestimada y, finalmente, se realiza abordaje izquierdo. Una vez finalizado el procedimiento, se realiza vendaje compresivo en ambas femorales. El usuario pasa a la sala de observación. Durante su estancia, se detecta hematoma moderado que aumenta pese al vendaje compresivo. Se realiza tomografía computarizada urgente donde se observa sangrado activo no masivo, sin evidenciar el foco de origen. Al no disponer de radiología intervencionista en el hospital, se traslada el usuario al centro de referencia más cercano, con el fin de localizar y embolizar la arteria culpable.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se utiliza el modelo de Virginia Henderson para diseñar un plan de cuidados individualizado con taxonomía NANDA-NIC-NOC. El diagnóstico destacado es riesgo de *shock* relacionado con la hipovolemia; siendo el resultado esperado severidad de la pérdida de sangre, con las intervenciones disminución de la hemorragia, manejo de líquidos y monitorización de los signos vitales.

REFLEXIÓN

Enfermería es fundamental en la vigilancia de los signos de alarma. Un plan de cuidados específico puede ayudar a reducir al máximo la aparición de complicaciones relacionadas con el acceso vascular. La presencia de una complicación implica un aumento de la morbimortalidad y un incremento de los costes hospitalarios. Finalmente, una buena comunicación interhospitalaria, supone una continuidad óptima de los cuidados del paciente durante todo el proceso.

COMUNICACIONES MINI ORALES

Viernes 29 de octubre, de 10:15 a 11:45 h.

Sala Hiberus 2 (Hotel Hiberus)

COMUNICACIONES MINI ORALES

MANEJO DEL DOLOR EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL

Autoras: Isabel Pérez Loza, Eva Ceballos Gandarillas.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

INTRODUCCIÓN

Durante el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca, los pacientes pueden presentar estímulos dolorosos procedentes de múltiples orígenes. La analgesia de rutina ayuda a minimizar el dolor del postoperatorio, permitiendo una mejoría del trabajo respiratorio, una movilización temprana y una disminución en la incidencia de isquemia miocárdica, además de la percepción subjetiva de confort del paciente. El dolor del posoperatorio de cirugía cardíaca es considerado de grado moderado a severo en la mayoría de los casos. Los fármacos que se han

demostrado más efectivos en el manejo del dolor postoperatorio de esta intensidad, según las distintas escalas terapéuticas, considerados de elección en el dolor agudo postoperatorio son los opioides, y la combinación de éstos con paracetamol o AINES. Dentro de la familia de los opioides, la asociación oxycodona/naloxona ha demostrado no solo una evidente eficacia analgésica en los pacientes postoperados, sino una buena tolerabilidad dado el efecto antagonista de la naloxona sobre los efectos adversos más comunes de los opioides y una óptima y rápida biodisponibilidad cuando se administra vía oral (alcanzando concentraciones máximas en plasma a los 30-60'). Como el resto de los opioides, el uso de oxycodona/naloxona está contraindicado en aquellos pacientes con Asma o EPOC severo, depresión respiratoria, ileo paralítico o antecedentes de hipersensibilidad a opioides. El protocolo a seguir en el postoperatorio abarca desde el ingreso en la Unidad de Postoperados de Cardiovascular hasta el alta del paciente, pasando por la Unidad de Hospitalización en planta de Cirugía Cardiovascular.

En el Hospital han ingresado en los últimos 5 años, 1450 pacientes en la unidad de Postoperados siendo intervenidos de cirugía cardíaca y/o cirugía vascular.

Las peculiaridades y situación crítica en el postoperatorio inmediato, muestran la necesidad de garantizar unos cuidados integrales.

MATERIAL Y MÉTODO

Describir el plan de cuidados de enfermería protocolizado de analgesia en el postoperatorio de cirugía cardiovascular.

Revisión bibliográfica y lectura crítica de artículos, protocolos, guías de práctica clínica y evidencia científica sobre cuidados de enfermería y tratamientos en el postoperatorio.

RESULTADOS

DIA 0 - Sedación con propofol al 2%, 1mg/kg de peso - Fentanest: 1 mg (20cc) disueltos en 100cc de ssf al 0,9% a 4ml/h.

DIA 1 - (Equivalente a paciente extubado, con ruidos peristálticos presentes y tolerancia de líquidos positiva) - Oxycodona/Naloxona (Targin) 20/10, un comprimido (sin fragmentar) cada 12 horas v. oral. En mayores de 65 años, administrar la dosis de 10/5. - Paracetamol, 1g/6h ev - Si EVA ≥ 5 , rescate con oxycodona 10mg v. oral de acción rápida (Oxynorm®).

DIA 3 - (Equivalente al alta desde la Unidad de Postoperados a la planta de hospitalización). -Oxycodona/Naloxona (Targin®) 20/10, un comprimido cada 12 horas v. oral. En mayores de 65 años, administrar dosis de 10/5. - Si EVA ≥ 5 : Si el paciente tiene vía canalizada: Paracetamol, 1 gr/6h ev. En caso de no tener vía, oxycodona (Oxynorm®) 5mg v. oral, máximo cada 8 horas. DIA 5 (Hospitalización en planta) - Oxycodona/Naloxona (Targin®) 10/5, un comprimido cada 12 horas v. oral. En mayores de 65 años, administrar la dosis de 5/2,5 - En caso de EVA ≥ 5 : Paracetamol, 1g v. oral cada 8 horas DIA 6 Y SUCESIVOS - Paracetamol 1g v. oral cada 8 horas - Valorar mantenimiento de Targin® a dosis de 5/2,5 si EVA ≥ 5 hasta el momento del alta.

Tratamiento de las reacciones adversas al opioide. Aunque los efectos secundarios de la asociación oxycodona/naloxona se ven minimizados precisamente por la combinación de agonista-antagonista, en caso de aparecer, son habitualmente de naturaleza leve, debiendo de ser tratadas si precisan según las siguientes medidas: - Náuseas y/o vómitos: Aunque se desarrolla tolerancia con relativa rapidez, se recomienda pautar profilaxis antiemética. Si predomina la gastroparesia se indicará Metoclopramida (Primperán®) 10mg v. oral cada 8 horas (o si se prefiere, 1 ampolla ev/8h), y en vómitos resistentes al tratamiento anterior, administrar Ondansetron 8mg cada 8h v. oral. Si predomina el componente vertiginoso, administrar Hidroxicina (Atarax®) 25- 50mg cada 8 horas. - Somnolencia: Se recomienda disminuir a la mitad la dosis diaria - Depresión respiratoria: Es un efecto infrecuente a las dosis que se recomiendan en el presente protocolo. En caso de aparecer, administrar Naloxona, una dosis entre 0,1 y 2mg según respuesta.

CONCLUSIONES

Disponer de un protocolo específico para los cuidados enfermeros en el postoperatorio inmediato facilita la consecución de actividades para mantener el confort del paciente evitando variabilidad.

El rol de enfermería es aplicar cuidados y tratamientos vigilando las posibles complicaciones, engloba la educación para la salud, los consejos sobre el cuidado y el apoyo emocional, además de enlazar el proceso con la continuidad de cuidados.

La aplicación de intervenciones estandarizadas y guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica, son una herramienta de trabajo imprescindible que ayuda a la gestión, evaluación y comunicación

dentro del equipo multidisciplinar, aportando seguridad y calidad en los cuidados aplicados al paciente, evitando variabilidad.

RETORNO AL ENTRENAMIENTO PRESENCIAL EN REHABILITACIÓN CARDIACA ETAPA POST-COVID: NUEVO MODELO Y RESULTADOS FUNCIONALES

Autores: Joaquín Domínguez Paniagua¹, Raquel Campuzano Ruiz¹, Estrella Barreñada Copete¹, María J. López Navas¹, Aurora Araujo Narváez¹, María Josefa López de la Alberca², Javier Botas Rodríguez¹, Mariano Tomás Flórez García¹, Juan M.ª Guerra Polo¹.

¹Fundación Hospital Alcorcón (Madrid);

²Centro de Salud Dr. Vicente Granero Vicedo, Alcorcón (Madrid).

INTRODUCCIÓN

El entrenamiento físico es pilar fundamental de la fase II en programas de Rehabilitación Cardíaca. Mejora capacidad funcional, calidad de vida y controla factores de riesgo. Retomar un modelo presencial tras pandemia COVID-19, precisa adaptaciones y nuevos protocolos de trabajo

MATERIAL Y MÉTODO

Recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Rehabilitación Cardiorrespiratoria para iniciar actividades de Rehabilitación cardíaca en situación de desescalada por COVID-19 en España, proponen grupos de pacientes reducidos al 50% y estructura «en burbuja»; realizar PCR semanal; preservar distancia de seguridad; usar mascarillas y disminuir número de sesiones presenciales. Nuestro modelo reduce de 24 sesiones (8 semanas) a 8 sesiones (2 semanas) presenciales combinando entrenos interválicos de cicloergómetro y tapiz en cada sesión, con trabajo de intensidad vigorosa (Borg medio 14 en escala original). Comparamos mejoría de la capacidad funcional en METs y variaciones en el test de 6 minutos de marcha

RESULTADOS

Incluimos datos de 61 pacientes cardiovasculares de fase II hospitalaria (de septiembre 2020 a marzo 2021). Se cuantifican mejorías funcionales medias del 39,44% y 2,26 METs estimados entre sesión presencial inicial (5,73 METs) y final (7,99 METs) en tapiz rodante ($p < 0,05$). La mejoría en la capacidad funcional submáxima por test de 6 minutos de marcha previo y posterior a programa registra aumento de 80,18 metros (18,46%) distancia media recorrida pasando de 434,31 a 514,49 metros; ascenso de 1,77 latidos (1,8%) la frecuencia cardíaca media pasando de 93,34 a 95,11 latidos minuto; y mejora de 6,08 latidos (28,1%) a dos minutos de reposo, variando el índice de recuperación de frecuencia cardíaca de 21,64 a 27,72 latidos ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

Intensificar las sesiones presenciales (7,94 media) combinando en cada sesión trabajo interválico a vigorosa intensidad en cicloergómetro con entrenos de tapiz rodante en rangos superiores al 90% de frecuencia cardíaca máxima de ergometría basal, optimiza la capacidad aeróbica con mejoras funcionales del 40% en METs estimados tras intervención, además de mejorar parámetros clave del test de marcha (aumento 18,5% distancia, y refuerzo del 28% índice de recuperación de frecuencia cardíaca a 2 minutos); asegurando protección cardiovascular.

RESULTADOS INICIALES DE UN PROGRAMA DE TELE-REHABILITACIÓN CARDIACA

Autores: Laura Prieto Valiente, María José López Marco, M.^a del Mar Martínez Quesada¹, Yolanda López Gutiérrez, Rafael J. Hidalgo Urbano.

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La pandemia ha obligado a modificar la atención a los pacientes cardíacos. Diseñamos un programa de Rehabilitación Cardíaca domiciliar supervisada telemáticamente. Nos propusimos analizar su seguridad y si los resultados son similares a los conseguidos en programas presenciales.

MATERIAL Y MÉTODO

Incluimos a 57 pacientes que realizaron el programa de Tele-Rehabilitación Cardíaca (TRC) y los comparamos con una cohorte histórica de pacientes rehabilitados desde enero de 2018. El programa consistía en hacer un seguimiento del paciente telefónico semanal, y entrenamiento en vivo por videoconferencia en los que tenían tapiz rodante o cicloergómetro para entrenar en su domicilio.

RESULTADOS

Se analizan 630 pacientes en total. Varones el 87%, con edad media de 57+/-8 años, diabéticos el 25% y fumadores el 56,5%. La patología cardíaca predominante fue un síndrome coronario agudo reciente (86%).

En cuanto a las características basales, no se encontraron diferencias significativas en la distribución por sexo, presencia de diabetes, arteriopatía periférica, o proporción de fumadores. Los que realizaron el programa a distancia eran más jóvenes (54+/-8 vs 57+/-8 años, p=0,011). Tuvieron una capacidad funcional y calidad de vida similar en la evaluación inicial.

El programa se desarrolló sin complicaciones durante los entrenamientos. No hubo abandonos del programa en el grupo telemático.

En cuanto a los resultados del programa, encontramos proporción similar de pacientes en el programa presencial con respecto al telemático que tenían las cifras de Ch LDL menores de 70 mg/dl y de 55 mg/dl y control adecuado de la DM. Tan sólo las cifras de TA sistólica y diastólicas estaban peor controladas en el grupo telemático (objetivos en TA sistólica 67 vs 83%, p=0,003, objetivos en TA diastólica 74 vs 92%, p=0,000). Tampoco se encontraron diferencias significativas en el incremento en la capacidad funcional cuantificado en la prueba de esfuerzo, en la pérdida de peso ni en la mejoría en el cuestionario de calidad de vida SF36.

CONCLUSIONES

La realización del programa de Rehabilitación Cardíaca «a distancia» es segura, factible y consigue resultados equivalentes al programa presencial. El control de la tensión arterial debe intensificarse en estos pacientes en lo sucesivo.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL IMPLANTE DE MARCAPASOS CON ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA

Autores: Laura M.^a José Ocaña Romera, Miguel María Cevidanes Lara, María Ángeles Lorca Jáimez, Sebastián Giacomán.

Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

INTRODUCCIÓN

La estimulación del tejido específico de conducción permite mantener la activación sincrónica de ambos ventrículos y evitar los efectos nocivos de la estimulación asincrónica desde el ápex del ventrículo derecho. Nuestra unidad está optando por la estimulación fisiológica (EF), tanto del haz de His como de la rama izquierda (Rlz). Dicha EF requiere una organización y formación enfermera específica con respecto a la estimulación convencional.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción y desarrollo: Se forma un grupo de trabajo que elabora un protocolo de enfermería (PE) consensuado entre el personal de la unidad y basado en una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos CUIDEN (intervenciones de enfermería en implante de marcapasos, EF, estimulación del haz de His o Rlz) y PubMed (*nursing interventions on physiological pacing, his-bundle pacing or left ventricular septal pacing*) y en protocolos usados en otros centros. Resaltamos los siguientes aspectos en cuanto al implante convencional. Material necesario; cambios en la organización del espacio durante el procedimiento y monitorización del haz de His y Rlz.

RESULTADOS

Evaluación: tras 130 implantes con EF, se expone un PE con los siguientes aspectos diferenciadores:

Material: programador externo (PrE), pantallas de escopia, polígrafo (PL), caja de pines, conexión bifurcada a PL y PrE, vainas C315HIS o C304HIS, introductor valvulado 7F o 9F y válvula 9F, cable ventricular modelo 3830 de 69 cm, junto al material habitual del implante de marcapasos.

Organización del espacio de trabajo: colocación semicircular del aparataje, permitiendo visualizar simultáneamente el electrograma (EGM) del Haz de His/Rlz y el QRS estimulado.

Monitorización del haz de His /Rlz: Identificar en el PL, a través de la conexión bifurcada, el EGM de His (EF con un QRS estimulado igual o inferior al nativo) y en Rlz (W en V1 que con la penetración pasa a QR); realizar umbral anchura x 1ms; medir en Rlz tiempo de activación de ventrículo izquierdo (LVAT) a una salida menor o igual a 2 V x 1 ms. Determinar la posición final de enclavamiento del electrodo basado en datos morfológicos.

CONCLUSIONES

La EF se está utilizando cada vez más, beneficiándose el paciente en el modo de estimulación y en el número de electrodos implantados. La elaboración de este protocolo permitirá unificar criterios y mejorar la asistencia durante el procedimiento.

CULTURA DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDIACA MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS (NORMA UNE 179003:2013)

Autores: Leonor Ortega Fernández¹, M.^a José Ferreira Díaz¹, María Carmen Coria Abel¹, María Mar Abad García¹, Marta Cerecedo Fernández¹, Isabel Imedio Granullaque¹, Eva M.^a Pereira López¹, Raúl Franco Gutiérrez.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

INTRODUCCIÓN

El riesgo es algo inherente a la mayoría de las actividades clínicas. Los datos aportados por la evidencia científica consideran relevante la frecuencia con la que se producen eventos adversos en un hospital,

siendo estos en muchos casos evitables. Nuestro objetivo fue la implantación de un sistema de Gestión de Riesgos en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca (URC) acorde a la norma UNE 179003:2013 y la consecución de la certificación de Calidad en dicha norma.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción y desarrollo: se estableció un grupo de trabajo multidisciplinar en el que se llevaron a cabo las siguientes actuaciones para la implantación de un Sistema de Gestión de Riesgos: 1- Análisis del contexto mediante la identificación de los procesos de la Unidad. 2- Instauración de sistemas de notificación, comunicación, participación y consulta. 3- Definición de criterios para la evaluación de riesgos. 4- Apreciación de los mismos mediante un proceso global y consensuado de identificación, análisis y evaluación. 5- Tratamiento de los riesgos no aceptables en su evaluación. 6- Registro de las actividades y 7- Seguimiento y revisión de resultados.

RESULTADOS

Evaluación: tras la realización de las actuaciones se creó un mapa de riesgos adaptado a la URC y se establecieron los siguientes indicadores para monitorizar esos riesgos: retraso/error en el tratamiento, reacción adversa/alergia a la medicación, dermatitis por contacto con adhesivos, infecciones por contacto con dispositivos, lesiones accidentales, hipotensión, hipoglucemia, contaminación por Legionella en duchas y fuentes, arritmias potencialmente letales y mala adherencia al ejercicio físico, dieta y fármacos. Los valores de referencia fueron acordados según datos de la Unidad, bibliográficos o consenso del Grupo según correspondiera, la responsable del seguimiento fue la Supervisora de la unidad, la frecuencia de evaluación fue trimestral y se establecieron sistemas de auditoría interna y externa con periodicidad anual. El Sistema de gestión de Riesgos fue determinado como Conforme por parte de la entidad certificadora en fecha 20 de diciembre de 2019.

CONCLUSIONES

La creación de un grupo de trabajo para la implantación de un Sistema de Gestión de Riesgos, avalada de manera oficial por la entidad responsable, hizo posible enfocar nuestro trabajo diario a favor de la mejora de la calidad asistencial y seguridad de pacientes.

ESTANDARIZACIÓN DEL USO DEL DISPOSITIVO DE CONTROL FECAL EN PACIENTES CRÍTICOS

Autores: M.^a del Carmen Wallas Marcos, Ana María Caramazana González, Patricia Miguel Gómez, Miryam González Cebrián.

Hospital Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia fecal en pacientes críticos puede producir complicaciones: deterioro de la integridad cutánea, infecciones, alteración de la autoestima, aumento de la estancia hospitalaria con importantes repercusiones sanitarias y económicas.

Esta incontinencia puede deberse a la aparición de diarrea de origen multifactorial relacionada con la administración de nutrición enteral, fármacos, alteración de la motilidad gastrointestinal o secundaria a antibióticos y/o relacionada con la propia patología.

El aumento en la utilización de estos dispositivos en nuestra unidad nos llevó a plantear la necesidad de unificar cuidados de enfermería y establecer una adecuada definición de las indicaciones de este dispositivo de control fecal (DCF)

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, CUIDEN, SciELO o LILACS; y manuales de unidades de críticos y creación de un grupo de trabajo multidisciplinar en nuestra unidad.

RESULTADOS

Se unificaron los cuidados enfermeros:

- Preparación del material
- Información al paciente del procedimiento, la importancia de su colaboración preservando siempre su intimidad
- Colocación en decúbito lateral izdo o supino con las rodillas flexionadas si es posible.
- Desplegar el dispositivo acoplado la bolsa colectora, comprobar balón, lubricar y colocar en la ampolla rectal hasta la hendidura señalada.
- Inflar el balón (máximo 45ml)
- Lavado de la sonda por turno para evitar su obstrucción
- Cuidados ante la extracción de muestras y administración de enemas
- Registro de la actividad

Nuestro registro comenzó en el 2018 con 48 DCF. Tras la implantación de los cuidados y especificación de las indicaciones se reduce a 35 en el 2019, a 27 en el 2020 y a 11 este año.

CONCLUSIONES

Este trabajo ha permitido ampliar los conocimientos de enfermería. Incluir una adecuada valoración en la consistencia de las heces y no solo centrado en la inmovilización del paciente crítico (portador de asistencias ventriculares, intubados e hipotermia) ha favorecido una optimización en su utilización y una reducción de recambios innecesarios.

Sirve de apoyo al personal de la unidad de cuidados críticos cardiovasculares para estandarizar cuidados con el fin de realizar un trabajo de calidad y ampliar los conocimientos sobre sus beneficios, indicaciones y contraindicaciones.

LA EXPERIENCIA CORPORAL DE ADULTOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

Autora: Lilia Andrea Buitrago-Malaver.

Universidad Libre, Pereira (Risarlada), Colombia.

INTRODUCCIÓN

La falla cardíaca irrumpe la vida y tiene implicaciones familiares-sociales-económicas-fisiológicas; no se limita a un asunto de cifras, es un acontecimiento que le sucede en el espacio corporal e influye sobre los otros aspectos de la experiencia de la enfermedad. La atención sanitaria enmarcada bajo el paradigma biomédico pone de manifiesto una ruptura mente-cuerpo, focaliza el cuerpo enfermo/objeto al que hay que intervenir, desconoce la condición vital del sujeto. En contraste, la corporalidad define la forma en que los seres humanos viven su realidad a través de un cuerpo, elemento esencial de la mirada subjetiva, de su percepción del mundo y posibilidad de integración de esa materialidad-cuerpo en una amplia y compleja red de relaciones sociales que construimos y nos construyen cotidianamente.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo biográfico narrativo, se llevó a cabo en Pereira (Colombia) durante 2018. Se incluyeron 20 personas con diagnóstico de falla cardíaca de dos instituciones de salud. Se realizaron entrevistas biográficas y el análisis se hizo bajo la articulación hermenéutica de Paul Ricoeur.

RESULTADOS

En los resultados se destaca la experiencia como proceso en el que el tiempo marca una influencia sobre el cuerpo. Existe una relación entre tiempo, las transformaciones del cuerpo y sus trayectorias biográficas.

1. El tiempo que pasó dejó huellas en el cuerpo.
2. La enfermedad aparece con la vejez.
3. Vivir de manera permanente con la enfermedad.
4. La dificultad para cambiar hábitos.

CONCLUSIONES

El tiempo toma forma corpórea, permite que la experiencia se relate desde los cambios del cuerpo debidos al paso mismo del tiempo. La enfermedad es una experiencia transicional, acompañada de procesos de acomodación y transformación: cambios en las costumbres, hábitos de vida, significados, valores; un proceso paulatino que avanza y resignifica la vida, el bienestar y la salud, hasta configurar nuevas formas de vivir con un tiempo que se encarna poco a poco.

Hay un saber autorizado sobre el cuerpo que tiende a tipificar a las personas enfermas como sumisas y pasivas. Se le otorga cualidades de benevolencia/altruismo al personal de salud. La enfermedad es un estado de desviación que debe ser intervenido, hay certeza de vulnerabilidad y fragilidad donde hay que re-encontrar el orden perdido por la enfermedad.

MANEJO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS EN PACIENTES CON DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR

Autores: Patricia Conejero Ferrer¹, Laura Pradas Minguet¹, Laura Bochons Serra¹, Mireia Montaner Alemany¹, Pedro Pimenta Fermisson-Ramos², Luis Almenar Bonet¹, Raquel López Vilella¹, Manuel Pérez Guillén¹, Paulina Briz Echeverría¹.

¹Hospital Universitario La Fe, Valencia;

²Fundación para la Investigación del Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de pacientes que viven con soporte mecánico circulatorio como terapia de destino está aumentando rápidamente debido a la tecnología perfeccionada, el incremento de la supervivencia, la reducción de eventos adversos y, sobre todo, al número limitado de órganos disponibles para donación. Estos pacientes pueden requerir atención médica de emergencia debido a complicaciones asociadas a este soporte (fallo del ventrículo derecho, fallo eléctrico del dispositivo, trombosis de la bomba, etc...), pero también debido a afecciones no asociadas al soporte.

El objetivo de este estudio es presentar recomendaciones [algoritmos de actuación] basados en el sistema ABCDE para la evaluación inicial y la reanimación de pacientes adultos con asistencia ventricular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para nuestra revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda en las bases de datos Medline, a través de PubMed, CINAHL y CUIDEN con los términos *cardiopulmonary resuscitation*, *consensus*, *emergency medical services*, *heart-assist devices* combinando lenguaje natural y controlado, según la base de datos. Se limitó la búsqueda a los últimos 5 años, y a los trabajos publicados en inglés o español.

RESULTADOS

Se obtuvieron 33 resultados, de los cuales se incluyeron 13 a la síntesis cualitativa. Los 20 restantes fueron descartados porque se referían a asistencias de corta duración (ECMO, Impella...).

En base a los resultados obtenidos, presentamos tres algoritmos de actuación en emergencias extrahospitalarias aplicables de forma universal para estos pacientes.

CONCLUSIONES

En España, no encontramos mucha evidencia relacionada con el manejo de las emergencias en pacientes con soporte mecánico circulatorio.

A nivel internacional, hemos visto que sí hay consenso en la actuación ante una emergencia en un paciente con dispositivo de asistencia ventricular.

Creemos que la elaboración de algoritmos de actuación con el sistema ABCDE, utilizado en los servicios de emergencias, ayudará a que el manejo de las complicaciones esté más acorde con las peculiaridades de este grupo de pacientes.

ANÁLISIS DE DATOS DURANTE EL PERIODO DEL ESTADO DE ALARMA EN LA ACTIVIDAD DEL CÓDIGO INFARTO EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA

Autores: Ricardo José Pinto Plasencia, María Candelaria Nagele Hernández, María Pilar Martín Hernández, Miriam Lecuona García, Manuel José Hernández Rodríguez, Nancy Díaz Hernández, Óscar Luis Hernández Cabrera, María José Hernández Marrero, Carmen Elia Sierra Hernández, Inmaculada Mora Sánchez, Juan Jesús Sánchez Esteban.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

INTRODUCCIÓN

El periodo del estado de alarma en España provocado por el coronavirus (COVID-19, de sus siglas en inglés) ha mostrado un impacto en la actividad asistencial cardiológica. Con este estudio se persigue el objetivo de analizar a los pacientes a quienes se les realizaron una angioplastia primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo una metodología cuantitativa observacional descriptiva retrospectiva según el total de procedimientos desarrollados en Hemodinámica desde marzo de 2020 hasta marzo de 2021. Se abarcan los siguientes aspectos: angioplastia primaria; cinco antecedentes (diabetes, hipertensión arterial, consumo de tabaco, dislipemia, consumición de tóxicos); angioplastia coronaria previa; reestenosis intrastent del vaso; y, padecer la enfermedad por coronavirus.

RESULTADOS

-La media de edad es de 61 años. Con marcada diferencia de edad entre hombres (68 años) y mujeres (59 años).

-El reparto por sexos es de 78,55% de hombres y 21,5% de mujeres.

-Hipertensión arterial y consumo de tabaco son los antecedentes individuales más frecuentes con un 63% aproximadamente en ambos.

-Hipertensión arterial: 82% mujeres por 60% hombres.

-Diabetes: 35% mujeres por 25% hombres.

-Dislipemia: 64% mujeres por 53% hombres.

-Consumo de tabaco (fumador o exfumador): 56% de mujeres frente a un 70% de hombres.

-Consumo de tóxicos: no hay ningún caso en mujeres frente a un 7% hallado en hombres.

-Si miramos combinaciones de antecedentes vemos: no hay casos con los cinco antecedentes; el 7% de pacientes no tenían antecedentes; el 9% aparece con hipertensión-tabaco; el 10% muestra dislipemia-hipertensión y también dislipemia-tabaco; el 14% presenta dislipemia-hipertensión-tabaco; en tres de las cinco combinaciones vemos que aparece dislipemia e hipertensión; en cuatro de las cinco combinaciones se destaca el tabaco.

-El 8,5% presentó angioplastia previa (números similares entre hombres y mujeres).

-El 2,13% tuvo reestenosis intrastent (80% hombres y 20% mujeres).

-El 1,06% padeció enfermedad por coronavirus.

CONCLUSIONES

Estos datos conseguidos en un centro asistencial durante el estado de alarma sugieren que se deban relacionar con otros centros del país para poder llegar a trazar un perfil de paciente tipo e incidir sobre ellos en la prevención.

IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA INFORMÁTICO PARA LA GESTIÓN EFECTIVA DE UNA UNIDAD FUNCIONAL POST-COVID

Autores: Paloma Garcimartín Cerezo, Dolors Giró Formatger, Salvador Serratos Cruzado, Mireia Admetllo Papiol, Anna Herraz Blasco, Laia Lacueva Pérez.

Hospital del Mar, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Entre el 1 de marzo y el 18 de diciembre de 2020, la epidemia por coronavirus en nuestra comunidad se cifraba en 337.9627 infectados y 16.577 muertes. De todos ellos, se estima que un 30-40% ha quedado con secuelas de mayor o menor gravedad. En junio de 2020 se crea la Unidad funcional post-COVID con el objetivo de detectar, tratar y minimizar las secuelas potenciales de la enfermedad aguda.

Hasta finales de 2020, nuestros ingresos totales de pacientes COVID había sido de 3337, era necesario disponer de una herramienta que nos permitiera gestionar de forma eficaz la población de la unidad funcional. El objetivo de este trabajo fue diseñar un censo dinámico que permitiera realizar un cribado y seguimiento de pacientes post-COVID.

MATERIAL Y MÉTODO

En 1.º lugar se creó un censo basándose en las etiquetas diagnósticas de forma que todos los pacientes ingresados según la etiqueta diagnóstica CIE10-MC eran volcados automáticamente al censo tras el alta hospitalaria.

En 2.º lugar se creó categorización a partir del tipo de asistencia, para priorizar la 1.ª visita (cribado).

En 3.º lugar se creó una codificación de colores que permitía identificar, de manera visual y ágil, la situación del paciente: pendiente de cribado, pendiente de evaluación pos-cribado, en seguimiento, pendiente de nueva evaluación, exitus y alta.

RESULTADOS

Hasta el 1 de abril de 2021 se habían generado 4802 entradas de pacientes en el censo, de los cuales 4496 (93,6%) se produjeron de forma automática y el resto de forma manual al no tratarse de altas hospitalarias (atención primaria o salud laboral).

Hasta la fecha se han cribado al 56,6% de los pacientes del censo, dando prioridad a los pacientes de la 1.ª ola, y a los pacientes de las categorías «hospitalización», «hospitalización con ventilación mecánica no invasiva» y «críticos». Se han derivado 1927 (40,1%) a especialistas por persistencia de síntomas.

La situación de la lista es: 1393 (29%) altas, 417 (8,7) fallecidos, 87 (1,8) pérdidas de seguimiento, 823 (17,1) en seguimiento por diferentes especialistas, 2083 (43,4) pendiente de cribado.

CONCLUSIONES

La creación de un censo dinámico ha permitido realizar un cribado, seguimiento y derivación de pacientes de una forma eficaz en términos de inversión de tiempo y de seguridad al garantizar la trazabilidad de todos los pacientes.

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON AMILOIDOSIS PRIMARIA CON AFECTACIÓN CARDIACA EN HOSPITALIZACIÓN Y UNIDAD CORONARIA

Autores: Lucía Corrienero Martín, Alejandro Avendaño Pita, Miryam González Cebrián, María García Casares, Elena Alfageme Sastre, Ana María Caramazana González, Nieves de la Torre Valverde, Mónica Torrecilla Jiménez, Elena Olaya Egido, Eduardo Villacorta Argüelles.

Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

La amiloidosis primaria (AL) es una enfermedad sistémica caracterizada por la agregación y depósito de cadenas ligeras producidas por un clon de células plasmáticas, predominantemente en corazón y riñones. La afectación cardíaca está asociada a una elevada mortalidad. Suele ser de inicio y evolución muy rápida. Los síntomas más comunes son astenia, pérdida de peso e insuficiencia cardíaca, arritmias y episodios sincopales cuando hay afectación cardíaca.

El objetivo de nuestro estudio es conocer la patología, sus manifestaciones cardiológicas, así como tratamiento y cuidados en nuestra unidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en las principales bases de datos y en la base de datos del servicio de cardiología.

Análisis retrospectivo de los pacientes con AL en el servicio de cardiología de nuestro hospital en los últimos 5 años.

RESULTADOS

De los 7 pacientes sobre los que se ha realizado el estudio, 4 (57%) eran mujeres y 3 (43%) hombres. La mediana de edad fue de 59 años. Cinco pacientes (71%) precisaron de biopsia endomiocárdica para el diagnóstico definitivo. En cuanto a la graduación de la insuficiencia cardíaca según NYHA (New York Heart Association), más de la mitad de los pacientes (57%) presentaban clase funcional III-IV con indicación de trasplante cardíaco en 2 casos (28%). Las medidas farmacológicas se basaron en diuréticos de asa en 6 pacientes (88%) y tratamiento neurohormonal en 5 (71%). Durante la evolución de la AL, 5 pacientes (71%) desarrollaron trastornos del ritmo llegando a requerir implantación de marcapasos en 3 casos (43%) y desfibrilador automático implantable en uno (14%). Por lo que refiere a la terapia hematológica, recibieron tratamiento quimioterápico, llegando a realizar trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas en 2 casos (29%).

Con una mediana de seguimiento de 33 meses, 6 pacientes (86%) siguen vivos siendo el paciente restante exitus un mes después del trasplante cardiaco.

CONCLUSIONES

Los pacientes con AL sufren una clínica muy inespecífica con graves complicaciones.

A pesar de ser una enfermedad poco frecuente, el personal de enfermería del servicio de cardiología debe estar familiarizado con la clínica y posibles complicaciones para optimizar la calidad de los cuidados. Resaltar la necesidad de comunicación con el equipo de enfermería de la unidad de hematología ante la administración en nuestra unidad del tratamiento quimioterápico.

TRANSPORTE EN AMBULANCIA INTERHOSPITALARIO CON TERAPIA ECMO

Autores: María García Casares, Miryam González Cebrián, Elena Alfageme Sastre, Lucía Corriero Martín, Patricia Miguel Gómez, Laura Pérez Carrero.

Hospital Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

La oxigenación membrana extracorpórea (ECMO) es una asistencia que proporciona soporte circulatorio y/o respiratorio. Dicha terapia no la tienen todos los hospitales por la cantidad de recursos materiales/humanos que precisa y por la experiencia y volumen de pacientes necesarios para óptimos resultados. Una solución es que centros referencia ECMO constituyan red de transporte especializado para facilitar esta terapia a todos los pacientes. Se distinguen dos tipos de transporte: «primario» equipo referencia se desplaza, valora e implanta ECMO para traslado y «secundario» la terapia se inicia hospital origen y traslada a centro referencia. La necesidad y visibilidad del traslado de pacientes ECMO se consolida durante la pandemia. Nuestro objetivo es desarrollar *checklist* para realizar el traslado que ayude a evitar errores, mejorando la valoración clínica y seguridad del paciente, conociendo la tecnología y condiciones del transporte.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica

RESULTADOS

Para un óptimo traslado se necesita personal experimentado para anteponerse y solucionar inconvenientes. Son traslados complejos y arriesgados, se debe rellenar lista de chequeo:

Material compatible con medio de transporte. Conocer tiempo de autonomía aparataje. Comprobar fuente eléctrica del transporte. Conocer cantidad de oxígeno y aire comprimido necesario, contando con ventilador y membrana. Perfusiones suficientes para el traslado retirando las innecesarias. Simplificar y organizar dispositivos. Comprobar y asegurar vías, drenajes y catéteres y «mochila traslado» con medicación y material fungible. Camilla traslado especial. Verificar ya en la ambulancia cánulas, vías de acceso seguro y dispositivos. Revisar parámetros de todos los dispositivos. Iniciar traslado cuando el paciente este estable hemodinámicamente y el centro receptor informado de nuestra salida.

CONCLUSIONES

El *checklist* facilita trabajo, unificando criterios y mejorando la seguridad del paciente evitando olvidos y descuidos. Es necesario la

experiencia de los profesionales en estos pacientes para anteponerse y solucionar complicaciones dando seguridad al operativo. El traslado con ECMO supone un reto para el sistema sanitario, por complejidad médica, técnica y por la necesidad de crear redes asistenciales entre centros y autonomías mejorando la calidad asistencial y la seguridad en la atención al paciente.

IMPLEMENTACIÓN DE UN NOVEDOSO PROTOCOLO DE ALTA PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA: EL TRATAMIENTO AMBULATORIO YA ES UNA REALIDAD

Autores: Leticia Calvo Rivas, Cristina Díaz Sánchez, María Borrego Alonso, Margarita Fariás Martín, Ester Rodilla Pamo.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

El avance de las técnicas de imagen, la no necesidad de anestesia general, la innovación en los dispositivos y la continua preparación de los profesionales, hace que el cierre percutáneo de la orejuela izquierda se haya convertido en un procedimiento de carácter ambulatorio donde el paciente recibe el alta médica el mismo día del procedimiento, sin pasar por la Unidad de Cuidados Cardiovasculares. El objetivo principal es disminuir los riesgos asociados a la intervención para conseguir minimizar el impacto sobre la salud de los pacientes susceptibles de ser tratados mediante esta técnica.

MATERIAL Y MÉTODO

El procedimiento se lleva a cabo guiado mediante técnicas de fusión de imagen que permiten la visualización de la silueta cardiaca en tiempo real combinando fluoroscopia, ecografía y reconstrucción anatómica en 3D gracias a la realización de un TAC previo. El uso de la ecografía transesofágica implica un manejo más complejo del paciente durante y después de la intervención por la necesidad de sedación y cuidados avanzados que aseguren la estabilidad hemodinámica del paciente. El empleo de una sonda «micro» o «petit» en este tipo de procedimientos permite la realización de la técnica sin la necesidad de anestesia general por la mejor tolerancia de la misma con resultados similares a los que puede ofrecer una sonda estándar.

RESULTADOS

La vigilancia del estado hemodinámico del paciente y el control de posibles complicaciones en los accesos vasculares serán las intervenciones prioritarias a llevar a cabo por el equipo de enfermería.

CONCLUSIONES

Los indicadores de resultado de eficacia, eficiencia, efectividad y calidad de los cuidados han permitido utilizar de manera segura la sonda de ecografía transesofágica «micro» para disminuir el riesgo intra y post-procedimiento de la anestesia general, favoreciendo una temprana recuperación de tal manera que el paciente recibe el alta el mismo día del procedimiento, tras el adecuado control ecocardiográfico según protocolo.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LA VÁLVULA TRICÚSPIDE PATOLÓGICA

Autores: Leticia Calvo Rivas, Cristina Díaz Sánchez, Manuel Jesús Calvo Flores.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

La regurgitación tricuspídea es una enfermedad grave para la que la corrección quirúrgica no se realiza habitualmente debido a un riesgo prohibitivo. Solo una proporción insignificante de pacientes se somete a cirugía a pesar de presentar una mortalidad del 50%. En este contexto, actualmente existe una necesidad insatisfecha de tratamiento percutáneo tricuspídeo. Varias tecnologías están experimentando un desarrollo clínico incipiente. Estas técnicas tienen como objetivo imitar las diferentes estrategias quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de la insuficiencia tricuspídea.

MATERIAL Y MÉTODO

Antes de planificar una intervención transcáteter tricuspídeo es obligatoria una evaluación integral, que aborde el estado clínico

del paciente y las comorbilidades, la insuficiencia tricuspídea y sus consecuencias en el corazón derecho para determinar si el paciente es elegible para la técnica elegida. Para ello se ha llevado a cabo un protocolo común a todas las técnicas percutáneas que hoy día ofrece el mercado. En todos los casos se realizará cateterismo derecho, coronariografía y ecocardiografía, además de TAC cardiaco cuando se trata del empleo de prótesis heterotópicas.

RESULTADOS

Las principales intervenciones de enfermería en la sala de hemodinámica se basan en un control hemodinámico estrecho del paciente debido a la necesidad de intubación orotraqueal (IOT). Se canalizará al menos una vía venosa periférica y se realizará sondaje vesical. Todo el procedimiento se desarrollará guiado por ecocardiografía transesofágica, fluoroscopia y, en ocasiones, fusión de imagen con TAC. El acceso vascular por excelencia es la vía femoral derecha.

CONCLUSIONES

Los indicadores de resultado que nos permitan medir la eficacia, eficiencia, efectividad y calidad de los cuidados administrados a los pacientes susceptibles de ser beneficiarios de este tipo de técnicas nos permitirán determinar la idoneidad del tratamiento percutáneo sobre la válvula tricuspídeo, hasta el momento poco explorada y en pleno desarrollo.

E-PÓSTERES

Viernes 29 de octubre, de 14:00 a 15:00 h.

E-póster 1 (planta 0) Palacio de Congresos de Zaragoza

E-PÓSTERES

EL MANEJO TERAPÉUTICO AL INFARTO Y SU REPERCUSIÓN EN LA RECUPERACIÓN DEL ENFERMO CORONARIO

Autora: M.^a Teresa Pratz Andrade.

Universidad de Guanajuato, México.

INTRODUCCIÓN

El infarto agudo al miocardio es una enfermedad súbita que requiere de un manejo especializado e inmediato para su favorable resolución, en la actualidad se han desarrollado nuevas medidas terapéuticas haciendo que la sobrevida de las personas que sufren un IAM aumenten.

En la experiencia de estar enfermo y en la postura para hacerle frente a la enfermedad, se involucran las habilidades cognitivas y conductuales de las personas enfermas, para transformar las consecuencias negativas de una vida restringida física, emocional y socialmente. La velocidad y la forma con que se cumple esta transformación depende de la persona, su contexto social y su manejo terapéutico.

Por ello, el objetivo del estudio es comprender la experiencia del enfermo coronario en el proceso de recuperación del infarto con base a sus diversas formas de manejo terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo de corte fenomenológico, realizándose entrevistas a profundidad en el domicilio de los participantes, utilizando un análisis interpretativo fenomenológico. La selección de participantes fue de enfermos coronarios atendidos en una institución de salud pública del tercer nivel de atención.

RESULTADOS

Se realizaron entrevistas a nueve enfermos coronarios, los temas que surgieron se dan en el proceso de recuperación en el hogar, los cuales son; el sentirse enfermo, el afrontamiento a esta situación, las complicaciones del tratamiento, la atención requerida en el hogar y el proceso de recuperación del infarto.

CONCLUSIONES

Los enfermos hacen alusión a la terapéutica que reciben en el hospital en dos sentidos, uno positivo y otro negativo, en primer término, valoran como resolutivos los procedimientos que se les realizan, sin embargo, es visible las consecuencias que ellos pudieron sentir y apreciar en su organismo posterior al tratamiento.

Este acercamiento a las personas sobrevivientes a un infarto, nos vislumbran como la enfermedad se presenta en sus diferentes manejos terapéuticos y las necesidades de apoyo que requieren en el proceso de

recuperación, brindando un marco de referencia para establecer una estrategia desde la disciplina de enfermería para la rehabilitación del enfermo coronario.

LITOTRICIA INTRAVASCULAR: PROCEDIMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Autores: María de la Luz Capote Toledo¹, M.^a Jesús Colino Lamparero¹, José Javier Tena Chacón¹, Tania Blanco Maestro¹, Juan Manuel Berzosa Grande¹, M.^a del Mar Ferrete de la Torre¹, María Moral de la Flor¹, María Dolores Gómez Barriga¹, María del Mar San José¹, Rosa María Gacimartín García¹.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones coronarias calcificadas suponen un reto para la cardiología intervencionista, determinando una mayor dificultad en el paso de dispositivos (*stent*) y una vez avanzados pueden impedir una correcta expansión de los mismos y que en ocasiones conduce a eventos adversos. La litotricia intravascular es una nueva herramienta de modificación de la placa, cuyas seguridad y viabilidad en pacientes con enfermedad coronaria estable han sido evaluadas en el estudio de postcomercialización multicéntrico prospectivo de un solo brazo del sistema *Shockwave Medical Coronary Lithoplasty Shockwave Coronary Lithoplasty* en las arterias coronarias. Objetivo: dar a conocer el procedimiento entre los profesionales de enfermería en las unidades de Hemodinámica.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de la bibliografía existente, análisis de la práctica clínica de nuestra unidad y la taxonomía NANDA, NOC, NIC.

RESULTADOS

Describimos el procedimiento de litotricia intravascular y hemos elaborado un plan de cuidados estandarizado (PCE). El PCE recoge los diagnósticos de enfermería y problemas interdisciplinarios más frecuentes en estos pacientes para su posterior aplicación e individualización, incorporando criterios de resultado e intervenciones. Para los problemas interdisciplinarios el objetivo es la mantener la estabilidad hemodinámica. La existencia de [PCE] facilita, unifica y normaliza la práctica diaria de los cuidados enfermeros, especialmente en unidades en las que se realizan tan variados y complejos procedimientos como en las unidades de hemodinámica y permite la continuidad de los cuidados.

CONCLUSIONES

La litotricia intravascular es una alternativa relativamente novedosa en la que se aplican ultrasonidos a través de un balón de predilatación convencional, que actúa preferencialmente sobre tejidos rígidos (calcificados), rompiéndolos hasta un nivel subendotelial, que ha demostrado su efectividad y seguridad en lesiones de novo en pacientes muy seleccionados.

Aunque es una técnica que parece segura, sus resultados sólo han sido estudiados a corto plazo y se desconoce el efecto que podría tener la actuación a nivel subendotelial y los posibles efectos de una cicatrización deletérea de las fracturas profundas.

PIZARRA DE GESTIÓN VISUAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS CARDIOVASCULARES

Autores: Miryam González Cebrián, Héctor Gómez García, María García Casares, Lucía Corrionero Martín, Elena Alfageme Sastre, M.^a del Carmen Wallias Marcos, Ana Caramazana González, Rebeca Muñoz Sánchez, Marta Alonso Fernández de Gatta.

Hospital Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

En nuestra unidad de cuidados críticos cardiovasculares las estancias y los diagnósticos de los pacientes son muy variables. Esta variabilidad produce un alto flujo de pacientes con varios cambios durante el turno, esto se traduce en dificultades para el equipo en la identificación tanto de los responsables de cada paciente como de las camas que están libres y las que no.

Se plantea buscar una opción que facilite la transmisión de la información, mejore el trabajo en equipo, evite duplicidades y errores tanto en el trabajo como en las ordenes, evite interrupciones, mejore la comunicación y que con una sola mirada conocer como esta nuestra unidad y nos ayude a conseguir una mejor gestión.

MATERIAL Y MÉTODO

Formación de un comité interno con representantes de todos los estamentos.

Una pizarra magnética de grandes dimensiones.

Búsqueda en las principales bases de datos.

RESULTADOS

Pizarra magnética en la que se realizan divisiones para 11 pacientes incluyendo las categorías: nombre del paciente; diagnóstico de ingreso; equipo responsable: enfermera, técnico en cuidados de enfermería y médico; ayunas; pruebas pendientes; cuidados de enfermería; movilización; traslado y una última de varios. Añadimos otra de ingresos pendientes para ayudar a gestionar las entradas diarias con las camas libres en cada momento, identificando el origen: interprovincial, urgencias, hemodinámica u hospitalización. En cada turno el personal rellena la pizarra con los datos correspondientes.

Inicialmente era todo escrito a mano en diferentes colores, tras ver su gran utilidad hemos ido mejorándola con imanes de diseño propio para las diferentes categorías y los nombres de todos los profesionales.

CONCLUSIONES

Tras un año de su instauración, creemos que la pizarra de gestión visual es muy útil en unidades de críticos tan cambiantes como la nuestra. Ha permitido una mejora de la comunicación y favorece el trabajo en equipo.

Al principio nuestras categorías fueron menos, pero en el periodo de prueba de 6 meses, nos dimos cuenta que ampliarla aumentaría su utilidad.

Existe una gran implicación por parte de los profesionales, con una mayor sensación de claridad y transmisión de la información.

Mejora la seguridad para el profesional y el propio paciente traducido en cuidados de calidad.

OPTIMIZACIÓN EN LA GESTIÓN DE CAMAS DE CRÍTICOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA: CÓDIGO MARCAPASOS

Autoras: Ana María Caramazana González, Rebeca Muñoz Sánchez, María del Mar López Sánchez, Miryam González Cebrián, Nieves de la Torre Valverde, María Misericordia López Sanz, Mónica Torrecilla Jiménez.

Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

La aparición del COVID-19 colapsó los hospitales provocando, entre otras consecuencias, un aumento en la necesidad de camas en unidades de críticos.

Hasta el año 2020, el paciente que precisaba la implantación de un marcapasos (MCP) definitivo ingresaba en La Unidad De Cuidados Críticos Cardiovasculares (UCCC) con una estancia media de 24-48 horas unido a la posterior estancia en la unidad de Hospitalización de cardiología de 24h. Esta necesidad de camas de críticos tanto para pacientes críticos COVID como para críticos NO COVID llevó a plantear la instauración del código marcapasos con un equipo de alerta perteneciente al Servicio de Electrofisiología.

Objetivo: disminuir la estancia de los pacientes en la UCCC que requieran una implantación de MCP y permitir la liberación de camas.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de bases de datos de nuestro propio servicio de Cardiología (número de MCP implantados y estancia en nuestra unidad).

Creación de un equipo de alerta 24h, los 7 días de la semana.

Elaboración del protocolo y establecimiento del circuito de flujo de pacientes.

RESULTADOS

De mayo del 2020 a mayo del 2021 se han implantado 150 MCP definitivos a través de este código marcapasos, de los cuales el 80% eran bloqueos auriculoventriculares (AV) de III grado, el 10% Bloqueos AV de II grado sintomáticos y el 10% restante Disfunción sinusal.

El paciente es captado en urgencias, donde se activa código marcapasos. Se avisa al equipo de alerta de guardia. El paciente no cursa ingreso en la UCCC pasando directamente al servicio de cardiología intervencionista para la implantación de MCP y desde allí la derivación es directa a la planta de Hospitalización en Cardiología, salvo complicaciones durante la implantación que podrían provocar la necesidad de ingresar en la UCCC.

CONCLUSIONES

El código marcapasos ha permitido reducir los ingresos en la UCCC y disminuir su estancia, en el caso de que precisaran ingresar tras su implantación.

Ha posibilitado disponer de un mayor número de camas (150 en un año) para pacientes más críticos.

Ha disminuido la estancia hospitalaria en general, obteniendo el alta en las 24 horas siguientes a su implantación con la reducción de cargas de trabajo y costes que este hecho provoca.

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA ABLACIÓN DEL SÍNDROME DE BRUGADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Zuleika San Salvador Ausin, Ana Belén Píriz Marqués, Rebeca Hernández García, Noelia Clérigo Cuevas, Mercedes Colio Caba, Fabiola Septien Tellaache, Víctor Fradejas Sastre.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Brugada (SB) es una enfermedad cardíaca genética hereditaria que predispone a una muerte súbita provocada por una taquiarritmia ventricular maligna.

El abordaje terapéutico depende del nivel de riesgo vital que presente el paciente. Si existe riesgo de fibrilación ventricular (FV) se procede a implantar un desfibrilador, que puede ir acompañado por tratamiento farmacológico (Quinidina) y la ablación del sustrato del SB.

Esta ablación es una técnica relativamente nueva, indicada para aquellos pacientes con múltiples episodios de FV que puedan experimentar numerosas descargas del dispositivo, provocando un deterioro en la calidad de vida del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 34 años, portador de DAI tras sufrir un síncope en el seno del SB.

Acude a nuestro centro por tormenta arritmica con varios choques apropiados (8 choques en 24 horas). Siendo el tratamiento inicial farmacológico, tanto en la tormenta arritmica como en el manejo crónico posterior. Se inició el tratamiento con Quinidina a dosis habituales y fue bien tolerado. Coincidiendo con los períodos de desabastecimiento del fármaco a nivel Nacional, se produce nueva tormenta arritmica. El paciente es ingresado en la unidad de Coronaria donde se produce a su sedación y posterior ablación epicárdica, con Navegador.

El paciente ha permanecido asintomático desde que se realizó la ablación, hace 40 meses.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Plan de cuidados individualizado, continuo y compartido por varias unidades de enfermería. Utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson y taxonomías NANDA- NOC- NIC. Desde un inicio todas las intervenciones han sido dirigidas hacia Cuidados Cardíacos (4040) en situación aguda, así como a los posibles Conocimientos Deficientes (00126) que precisó la familia y el paciente en todo el proceso. Empleando las NIC y NOC correspondientes. Las complicaciones potenciales fueron monitorizadas durante todo el proceso.

REFLEXIÓN

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.

INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO CON APOYO DE DISPOSITIVO IMPELLA

Autores: Virginia Abadía Piquero, Consuelo Arroyo Alfajeme, Susana Bailo Medina, Javier Ballabriga Clavería, Lorena Chueca Toral, Ana Jesús Germadas Pérez, Laura Macías Marín.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

En el intervencionismo coronario percutáneo de alto riesgo existen evidencias del beneficio del uso de dispositivos de soporte ventricular izquierdo. Las asistencias ventriculares son dispositivos mecánicos que permiten generar flujo sanguíneo para sustituir parcial o totalmente la función del corazón. El Impella es una asistencia ventricular mecánica de corta duración de implantación percutánea por vía femoral (grosor del catéter 12 Fr). La principal indicación es el soporte hemodinámico en el shock cardiogénico con fallo ventricular izquierdo y durante angioplastias de alto riesgo consiguiendo un aumento del gasto cardiaco entre 2,5- 4 litros/min.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se describe un caso de un paciente de 77 años con estenosis aórtica severa y enfermedad coronaria de tres vasos y tronco coronario izquierdo con disfunción sistólica de ventrículo izquierdo, que, debido a un alto riesgo quirúrgico, se decidió tratamiento percutáneo. Dicho procedimiento se llevó a cabo de forma electiva realizando previamente una valvuloplastia aórtica y posterior apoyo con implante de dispositivo de asistencia ventricular tipo Impella.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realizó la valoración de enfermería según los patrones funcionales de salud de Gordon y se elaboró un plan de cuidados individualizado con la taxonomía NANDA- NIC- NOC. Identificamos como diagnósticos principales dolor agudo, ansiedad, deterioro de la integridad cutánea y déficit de volumen de líquidos, como principal indicador la verbalización de dudas, grado de dolor y control del dolor, aplicando las intervenciones necesarias, como monitorización de los signos vitales y administración de analgésicos entre otros.

REFLEXIÓN

Como conclusión, en la angioplastia de alto riesgo, es necesario la individualización de cada caso en función de las características del paciente y de la experiencia del equipo, tanto en el manejo de los dispositivos como en el abordaje de las angioplastias complejas.

Se recomienda el uso de los dispositivos de asistencia ventricular izquierda previo a la angioplastia para pacientes con enfermedad de tronco coronario, de 3 vasos o con un último vaso permeable; fundamentalmente cuando se prevé un procedimiento complejo o el paciente presente disfunción ventricular grave.

CUIDADOS EN PACIENTE TAVI: VIGILANCIA ESTRECHA TRAS HEMATOMA RETROPERITONEAL

Autoras: Miriam Quintana Giner, Magdalena López Costas, Concepción Fernández Redondo.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

INTRODUCCIÓN

La estenosis aórtica severa es una de las valvulopatías más frecuentes

a nivel mundial. Un elevado porcentaje de pacientes no pueden someterse a recambio valvular quirúrgico por alto riesgo, siendo más frecuente el uso de una técnica menos invasiva: implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI).

Es importante, por tanto, que el personal de enfermería conozca además de los cuidados pre y post-intervención, la continuidad en los cuidados y las complicaciones más frecuentes de ésta, y elabore planes de cuidados individualizados adaptados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una paciente de 78 años, con factores de riesgo cardiovascular: hipertensión, diabetes y dislipemia, fibrilación auricular y síndrome ansiosodepresivo, que tras el procedimiento TAVI, ingresa en una unidad de Cuidados Intermedios Cardiológicos. Inmediatamente después de su llegada, consciente y orientada, presenta dolor y pérdida de fuerza en miembro inferior izquierdo, apareciendo un hematoma con pérdida de integridad cutánea en pliegue abdominal derecho (abdomen globuloso). Con apósito del acceso femoral izquierdo seco, sin signos de sangrado, mantiene pulsos y temperatura en ambos miembros a lo largo de la tarde. En TAC de control se muestra hematoma intra y retroperitoneal.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

El objetivo es elaborar un plan de cuidados utilizando el modelo conceptual de V. Henderson, y taxonomías NANDA, NIC, NOC enfatizando en las posibles complicaciones derivadas del procedimiento. Destacamos: 00206 riesgo sangrado, 00024 Perfusión tisular periférica inefectiva, 00004 Riesgo de infección y 00146 Ansiedad.

REFLEXIÓN

La monitorización de signos vitales, y la aplicación correcta del tratamiento farmacológico junto con cuidados del sitio de punción han permitido la buena evolución. Las intervenciones enfermeras, derivados del plan de cuidados, han estado orientadas a restablecer el autocuidado de la paciente, fomentando la autonomía, e interviniendo en las necesidades requeridas.

La preparación de enfermería es fundamental para acometer procesos complejos y sus complicaciones.

POST OPERATORIO DIFICULTOSO TRAS RECAMBIO VALVULAR AÓRTICO: INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA Y CABLE DE MARCAPASOS

Autoras: Magdalena López Costas, Miriam Quintana Giner, Concepción Fernández Redondo.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

INTRODUCCIÓN

Aunque la incidencia general por infección tras implante de (marcapasos) MP ha descendido en las últimas décadas, es una complicación grave que podría afectar al trayecto intravascular del dispositivo y/o válvulas cardíacas. Supone por ende el alargamiento de la estancia hospitalaria elevando considerablemente el coste en su atención. Requerimos un plan de cuidados individualizados que incluya intervenciones enfermeras y garantice una continuidad de calidad en el cuidado.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos un paciente de 77 años con antecedentes de hipertensión,

diabetes mellitus, dislipemia y fumador, que tras revisión en consulta de cirugía cardíaca, ingresa por infección de la herida quirúrgica y cable de MP en el postoperatorio tardío de un recambio valvular aórtico (RVAo). Caracterizado por debilidad generalizada, dolor agudo, secreción purulenta en bolsillo de MP y deshiciencia del tercio inferior de la herida esternal con exposición de alambre.

Anteriormente precisó sistema PICO (sistema de terapia presión negativa) en herida quirúrgica sin respuesta.

Manifiesta tanto él como la familia, angustia y nerviosismo por la evolución tórpida en el proceso, primero por el Bloqueo AV en el postoperatorio inmediato, y el añadido ingreso en días posteriores por infección respiratoria COVID-19 en su hospital de referencia.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Utilizamos el modelo conceptual de Virginia Henderson y taxonomías NANDA, NIC, NOC. Diagnósticos destacables: 00132 Dolor Agudo, 00044 Deterioro de la integridad tisular r/c factores mecánicos, 00146 Ansiedad r/c ingreso hospitalario y amenaza de cambio en el estado de salud.

REFLEXIÓN

Para solventar el proceso se realizó una limpieza quirúrgica completa, retirada de MP, y posterior terapia VAC exitosa. Nuestra planificación ha permitido establecer líneas de trabajo, en colaboración con el equipo multidisciplinar, anticipándose a posibles recaídas sobre la infección de la herida quirúrgica.

CASO CLÍNICO: CIERRE DE FÍSTULA BRONCO CUTÁNEA CON DISPOSITIVO PARA CIERRE DE CIA

Autores: José Javier Tena Chacón, Vera Rodríguez García-Abad, Tania Blanco Maestro.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Los procesos de cicatrización en pacientes intervenidos quirúrgicamente por cáncer de pulmón y tratados con quimioterapia y radioterapia, se ven frecuentemente alterados, dando lugar a fístulas bronquiales que en muchos casos aparecen de forma reiterada sin que la resolución quirúrgica de las mismas sea efectiva.

El uso de dispositivos oclusores de comunicaciones interauriculares es una opción terapéutica a tener en cuenta para la resolución de estas fístulas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 75 años al que se le realiza en julio de 2020 una bilobectomía inferior derecha más linfadenectomía mediastínica por cáncer de pulmón, precisando posterior quimioterapia y radioterapia.

Aparición de fístula broncocutánea en noviembre 2020, realizándose dos plastias musculares que no son efectivas. Se plantea cierre con dispositivo oclusor de comunicación interauricular.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Describimos procedimiento y plan de actuación de enfermería en la sala de hemodinámica.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NOC NIC

Riesgo de Infección Estado inmune

Control de riesgo Protección contra las infecciones

Control de infecciones intraoperatorio

Riesgo de lesión postural perioperatoria Control del riesgo

Integridad tisular: piel y membranas Manejo de presiones

Precauciones circulatorias

Precauciones quirúrgicas

Riesgo de sangrado Control del riesgo Prevención de la hemorragia

Riesgo de aspiración Estado respiratorio.

Permeabilidad de vías respiratorias. Precaución para evitar la aspiración.

Deterioro del intercambio gaseoso. Estado respiratorio: Intercambio gaseoso Monitorización respiratoria.

Oxigenoterapia.

REFLEXIÓN

El cierre de fístula bronco-cutánea mediante dispositivo oclusor de cierre de CIA es una alternativa óptima en casos donde la cirugía reparadora no es efectiva.

En unidades donde los procedimientos son cada vez más complejos y multidisciplinarios, la utilización de planes de cuidados proporciona:

- Un producto enfermero de mayor calidad.

- Un cuidado individual, integral y continuo en el tiempo.

- Reflejar, acreditar y dar valor a la actividad enfermera en hemodinámica.

TRANSFORMANDO SALAS DE HEMODINÁMICA EN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS CARDIOVASCULARES: RESILIENCIA EN LA PANDEMIA

Autores: Miryam González Cebrián, Héctor Gómez García, Marta Alonso Fernández de Gatta, Laura Pérez Carrero, Elena Alfageme Sastre, Cristina Hernández Sánchez, Rebeca Muñoz Sánchez, Lucía Corriero Martín, María Belén González Sánchez, Sara San Cayetano Gallego.

Hospital Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

El COVID-19 ha desafiado nuestro sistema sanitario por completo, obligando a planificar y reorganizar en tiempo record recursos humanos, material, circuitos e incluso las propias infraestructuras. La alta demanda de críticos requirió crear nuevos espacios transformados en unidades de críticos (UCC) ampliando el número de camas para poder atender a afectados por COVID-19. Precisó una adaptación continua y una rápida toma de decisiones sin la seguridad de estar haciendo lo correcto ya que no teníamos experiencias previas similares.

El objetivo fue reubicar la UCC cardiovascular (UCCC) dentro de dos de las salas de hemodinámica para dar respuesta a la necesidad de camas de críticos para pacientes COVID-19 sin dejar de lado la atención al resto de pacientes críticos No COVID-19 entre los que se encontraban nuestros pacientes con enfermedad cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODO

Creación de un Comité de críticos formado por responsables de la UCCC, Reanimación, UCC pediátricos y UCC General, permitiendo tomar decisiones como una red hospitalaria única.

Creación de una nueva UCCC «limpia» en un nuevo espacio.

RESULTADOS

La nueva UCCC se creó transformando 2 de las 4 salas de cardiología intervencionista. Se vaciaron por completo las salas para habilitar un total de 8 camas con monitorización invasiva y ventilación mecánica y equipadas con terapias avanzadas como soporte circulatorio mecánico (ECMO, Impella), terapia de reemplazo renal continuo e hipotermia terapéutica. El traslado de material y su disposición, así como la puesta en marcha de la unidad, fue liderado por enfermería de la UCCC y que

en menos de 17 horas recibía su primer paciente. Esta unidad se abrió del 21 de marzo de 2020 al 6 de mayo de 2020, periodo durante el cual se atendieron más de 80 pacientes.

CONCLUSIONES

Si bien se deben aumentar las UCC para COVID-19, debemos garantizar simultáneamente la atención en patologías prevalentes y críticas como la enfermedad cardiovascular.

Se ha demostrado que la reubicación de la UCCC para la atención del paciente en otros espacios es posible y su implementación es factible en un corto periodo.

La versatilidad, el trabajo en equipo, una comunicación efectiva y continua, la profesionalidad, compromiso y entrega, junto con un gran liderazgo de enfermería, fueron las piezas clave en esta adaptación.

OPTIMIZACIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA HASTA EL IMPLANTE DE MARCAPASOS EN UNA CONSULTA DE PACIENTES CON SOSPECHA DE BRADIARRITMIAS SINTOMÁTICAS GESTIONADA POR ENFERMERÍA

Autores: Blanca Miriam Jiménez Candil¹, María Ángeles Naranjo Sánchez¹, Teresa Ortega Bombín¹, Rosa María Tamará García¹, María Ángeles Guimerá Ferrer-Sama¹, Sem Briongos Figuero¹, Javier Jiménez Candil², Verónica Suberviola Sánchez-Caballero¹, Cristina Beltrán Herrera¹, Roberto Muñoz Aguilera¹.

¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid;

²Hospital Universitario Clínico de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

La gestión por parte de Enfermería de consultas especializadas de arritmias, con interpretación de los estudios indicados por facultativos, es cada vez más frecuente. Sin embargo, no disponemos de datos respecto a los resultados de esta estrategia, en términos de eficiencia

MATERIAL Y MÉTODO

Analizamos todos los pacientes estudiados en una consulta gestionada por enfermería, que fueron sometidos a implante de marcapasos al objetivarse una bradiarritmia sintomática en electrocardiograma, Holter o ergometría. El período de estudio fue de enero 2017-diciembre 2019.

RESULTADOS

Un total de 67 pacientes (edad 77±11; mujeres 36%, hipertensos 81%, dislipemia 48%, diabetes 28%) fueron estudiados por sospecha de bradiarritmia sintomática. Las pruebas que llevaron al diagnóstico final fueron: electrocardiograma 19%, Holter 76% y ergometría 5%

La arritmia detectada que motivó la indicación de marcapasos (indicación clase I o IIa de las guías europeas vigentes).

CONCLUSIONES

La implicación de enfermería en la lectura y gestión de no invasivos en sujetos con sospecha de bradiarritmias sintomáticas es eficiente, con tiempos de espera muy cortos hasta la implementación de la terapia apropiada.

AMILOIDOSIS, MEJORANDO SUPERVIVENCIA

Autoras: Eva María Suárez Fontaña, María Dolores Varela Tomé, María Luisa Domínguez Ceballos.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN

La amiloidosis primaria es una enfermedad causada por el depósito de proteínas anormales (amiloides) en los tejidos, causando alteración de la estructura y la función normal de los órganos donde se acumulan.

Los principales síntomas son: disnea, cansancio, edemas, pérdida de peso, trastornos sensitivos en manos y pies, diarreas.

En los últimos años se han producido importantes avances en el tratamiento, en algunos tipos de amiloidosis el tratamiento disponible puede incluso conseguir la curación completa y en otros casos, mejorar los síntomas.

El objetivo es abordar un plan de cuidados de enfermería que detecte todas las necesidades y complicaciones de la paciente, prestar apoyo y ayudar a resolverlas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 48 años que ingresa por disnea de evolución progresiva, ortopnea, disnea paroxística nocturna y edemas en miembros inferiores, palpitations, episodios de dolor centrotorácico y parestesias en miembros superiores. Es diagnosticada de amiloidosis AL estadio IIIa.

El tratamiento es: primero trasplante cardiaco (TC), después ciclos de quimioterapia y por último trasplante hematopoyético autólogo.

Se implanta DAI como prevención primaria y entra en lista espera de TC. A los pocos días se realiza TC y posteriormente trasplante hematopoyético.

Las complicaciones que aparecen son: toxicidad gastrointestinal (náuseas, vómitos y diarrea), retención hídrica y ganancia de peso, mucositis, síndrome febril por infección por citomegalovirus, hipertensión arterial.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se hace una valoración de la paciente y se elabora un plan de cuidados según el modelo conceptual de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA NIC NOC.

Los principales diagnósticos: Temor (00148), Riesgo de infección (00004), Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos (0025), Deterioro de la integridad de la mucosa oral (00045) y Diarrea (00013).

REFLEXIÓN

Los avances en el tratamiento y diagnóstico de la amiloidosis han permitido pasar de ser una enfermedad mortal a pensar en la curación total o en el control de síntomas.

El soporte y el papel que lleva a cabo la enfermería, aplicando un plan de cuidados individualizado, fue fundamental para la resolución de los distintos problemas que fueron surgiendo, lo que permitió que llegará en las mejores condiciones posibles a las distintas fases del tratamiento.

ROL DE ENFERMERÍA EN EL IMPLANTE TRANSCATÉTER DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA

Autoras: Cristina Martínez París, Oriá Rodríguez Rambla, Ester Pavia Iglesias.

Centro Médico Teknon, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El futuro de la cirugía cardiaca es realizar intervenciones cada vez menos agresivas y garantizando la seguridad del paciente. En la actualidad utilizamos cirugía de mínimo acceso (mini-esternotomías o mini-toracotomías) y procedimientos transcáteter (TAVI) para resolver los problemas de la válvula aórtica. La TAVI consiste en la colocación de una prótesis valvular aórtica accediendo al corazón a través de un acceso vascular periférico, sin incisiones, sin circulación extracorpórea y sin parada cardiaca.

MATERIAL Y MÉTODO

El equipo de enfermería se propone desarrollar y ejecutar el procedimiento garantizando seguridad y calidad, incluyendo una amplia descripción del plan de cuidados estandarizado, con el fin de fomentar el abordaje multidisciplinar. Es necesario una formación reglada y adquirir una curva de aprendizaje por parte de todos los profesionales

RESULTADOS

Evaluación.

Describir las actividades desarrolladas minimizando los riesgos para el paciente.

La enfermería no solo debe tener un protagonismo central en la instrumentación del procedimiento y el montaje de la válvula, sino que debe estar altamente especializada para actuar correctamente ante pacientes críticos en situaciones de riesgo vital, reconocer precozmente las posibles complicaciones y actuar de manera eficaz para resolverlas sin riesgos para el paciente.

CONCLUSIONES

La enfermera aporta una visión holística del procedimiento asumiendo un papel esencial en el proceso de implantación, y proporcionando los cuidados específicos al paciente para que este recupere un óptimo estado de salud tras el implante valvular.

El personal de enfermería quirúrgica de Cirugía Cardíaca debe tener la formación y el conocimiento específico para el manejo de guías, catéteres, introductores, y prótesis transcáteter en general, además de todo el instrumental de procedimientos endovasculares. Además, debe tener la capacidad resolutoria necesaria ante complicaciones como implante de *stent* periférico, reparación de vasos y reconversión a cirugía convencional.

ACTUACIONES ENFERMERAS EN EL USO DE LA ASISTENCIA VENTRICULAR IMPELLA

Autores: José Javier Tena Chacón, María José Morales Vicente, María de la Luz Capote Toledo, María Cecilia Tena Chacón, Ana Pilar Loscos Sanz.
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La utilización cada vez más frecuente de asistencias ventriculares y las distintas utilidades que se les da como puente a la recuperación del

paciente, a la candidatura como donante de órganos, al trasplante o como terapia de destino en aquellos pacientes que no son candidatos al mismo nos lleva a la necesidad de mejorar la formación de la enfermería en su uso.

El objetivo de este trabajo es poner en valor a la enfermería a la hora de unificar pautas de actuación en el uso de la asistencia ventricular, proyectar diagnósticos y planes de cuidados de enfermería y programas de formación para los profesionales de hemodinámica.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción de la actuación enfermera en el uso de Impella respecto a su preparación y montaje, puesta en marcha, manejo durante el procedimiento, resolución de alarmas y complicaciones, mantenimiento del sistema, retirada del dispositivo y formación de profesionales sanitarios.

RESULTADOS

Creación de un protocolo de actuación enfermera en pacientes tratados con Impella debido a su estado de shock cardiogénico o como apoyo a angioplastia compleja con diagnósticos y planes de cuidados asociados. Planificación de sesiones formativas al personal enfermero.

CONCLUSIONES

La enfermera realiza una labor fundamental en la formación continuada del personal enfermero más allá de su labor asistencial.

Se podría discutir si las cargas de trabajo y la propia organización de los centros sanitarios facilitan dicha formación y la implementación de los planes de cuidados enfermeros en las unidades de hemodinámica.

Otro punto que se podría discutir podría ser el elevado coste de estos dispositivos y como se podría optimizar su uso.

LISTADO DE AUTORES DE COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL 42.º CONGRESO NACIONAL DE LA AEEC

AUTOR/A	PÁGINA/S	AUTOR/A	PÁGINA/S	AUTOR/A	PÁGINA/S
AUTOR/A		Cano Valls, Alba	7	Gacimartín García, Rosa María	13, 15, 34
Abadía Piquero, Virginia	36	Capote Toledo, María de la Luz	34, 39	Galán Malón, Laia	12
Abad García, María Mar	28	Caramazana González, Ana	34	Garay Melero, Alberto	8
Admetllo Papiol, Mireia	31	Caramazana González, Ana M. ^a	29, 31, 39	García Casares, María	31, 32, 34
Aguilera Agudo, Cristina	5	Carrillo Alemán, Luna	11	García Fernández, Ruth	17
Alcasena Juango, M. Soledad	20	Carro, Esther	7	García Rey, María del Carmen	14
Alcoberro Torres, Lidia	8, 10	Casadellà Almar, Imma	25, 26	García Sierra, Rosa M. ^a	16
Alfageme Sastre, Elena	31, 32, 34, 37	Castelló Fosch, Núria	25	García Uría, María	12
Almenar Bonet, Luis	30	Castro Urda, Víctor	5	García-Izquierdo Jaén, Eusebio	5
Alonso Fernández de Gatta, Marta	34, 37	Ceballos Gandarillas, Eva	26	García-Picart, Joan	13
Alonso Fernández, Sergio	16	Cerecedo Fernández, Marta	28	Garcimartín Cerezo, Paloma	9, 31
Alonso Martín, Concepción	5	Cevidanes Lara, Miguel María	28	Gázquez Toscano, Axel	12
Álvarez Vázquez, José Manuel	17	Chueca Toral, Lorena	36	Germadas Pérez, Ana Jesús	36
Antequera Guirado, Ana María	5	Clérigo Cuevas, Noelia	35	Giacoman, Sebastián	28
Ara Lucea, Pilar	9	Cobo Sánchez, José Luis	9	Giró Formatger, Dolors	31
Araujo Narváez, Aurora	27	Colino Lamparero, M. ^a Jesús	34	Gómez Barriga, María Dolores	13, 14, 15, 34
Arroyo Alfajeme, Consuelo	36	Colio Caba, Mercedes	35	Gómez García, Héctor	34, 37
Arroyo Rivera, María Belén	10	Comín Colet, Josep	8, 9, 10	Gómez Lozano, Mirian	10
Astals Vizcaino, Mónica	9	Conejero Ferrer, Patricia	30	González Alfonso, Sara	7
Avendaño Pita, Alejandro	31	Coria Abel, María Carmen	28	González Cebrián, Miryam	29, 31, 32, 34, 35, 37
Ayala More, Hebert David	6	Corrionero Martín, Lucía	31, 32, 34, 37	González Ganzabal, Flor	14
Bachir Hebila, Larosi	11, 17	Cortés García, Marcelino	10	González Marco, M. ^a del Mar	10
Badosa Marce, Neus	9	Cortijo González, Rosario	7	González Piña, María	10
Bailo Medina, Susana	36	Couto-Mallón, David	8	González Pozuelo, Alicia	13
Ballabriga Clavería, Javier	36	Crespo-Leiro, María G.	8	González Sánchez, María Belén	37
Barge-Caballero, Eduardo	8	Cruzado Álvarez, Concepción	22	González Vaca, Julia	16
Barge-Caballero, Gonzalo	8	Dalli Peydró, Ernesto	18	Grande Osorio, Maite	5, 6
Barredo Armada, Manuel	14	De Andrés Humanes, Jesús	5	Guerra Polo, Juan M. ^a	27
Barreñada Copete, Estrella	27	De la Torre Lomas, Noelia	9	Guerra Ramos, José M. ^a	6
Barrera Hernández, Luisa	13	De la Torre Valverde, Nieves	31, 35	Guerra Sánchez, Luis	7
Beltrán Herrera, Cristina	38	De Lara Delgado, Gregorio	11	Guimerá Ferrer-Sama, María Ángeles	38
Benítez Martín, Pablo	17	Delfrade Osinaga, Josu	20	Hernández Cabrera, Óscar Luis	30
Benito Alfonso, Mercedes	11, 12, 16, 17	Diago Crisol, Clara	7	Hernández García, Rebeca	35
Benito Aracil, Lúcia	16	Díaz Hernández, Nancy	30	Hernández Marrero, María José	30
Benito Mayoral, Manuel	17	Díaz Sánchez, Cristina	32, 33	Hernández Martínez, Juan Carlos	18
Berga Congost, Gemma	13	Díez Gil, José Luis	18	Hernández Rodríguez, Manuel José	30
Bermejo Muñoz, Beatriz	24	Domingo Criado, Rebeca	7	Hernández Sánchez, Cristina	37
Bernardino Santos, Miguel	7	Domínguez Ceballos, María Luisa	38	Herraz Blasco, Anna	31
Berzosa Grande, Juan Manuel	34	Domínguez Paniagua, Joaquín	27	Hidalgo Quirós, Encarnación	8, 10
Blanco Maestro, Tania	34, 37	Ducay Eguillor, Montserrat	9	Hidalgo Urbano, Rafael J.	28
Bochons Serra, Laura	30	Egido, Elena Olaya	31	Imedio Granullaque, Isabel	28
Borrego Alonso, María	32	Enjuanes Grau, Cristina	8, 10	Iniesta Martínez, Irene	20
Botas Rodríguez, Javier	27	Farias Martín, Margarita	32	Ivern Díaz, Consolación	9
Briogós Figuero, Sem	38	Fernández Lozano, Ignacio	5	Izquierdo García, Marina	15
Briz Echeverría, Paulina	30	Fernández Míguez, Carmen	14	Jiménez Candil, Blanca Míriam	38
Brugaletta, Salvatore	13	Fernández Redondo, Concepción	36	Jiménez Candil, Javier	38
Buil Manzanares, Neus	15	Fernández Obanza Windscheid, Emiliano	19	Jiménez Cruz, Vicente	18
Buitrago-Malaver, Lilia Andrea	29	Ferreira Díaz, M. ^a José	28	Jiménez Marrero, Santiago	8, 10
Bustamante González, Soraya	7	Ferrer Falcón, Gemma	18	Jiménez Sánchez, Diego	5
Cainzos Manso, Blanca	14	Ferrete de la Torre, M. ^a del Mar	34	Jimeno San Martín, Leticia	9
Calderín Escobio, Patricia	17	Flórez García, Mariano Tomás	27	José Bazán, Nuria	8, 10
Calero Molina, Esther	8, 10	Fradejas Sastre, Víctor	11, 12, 35	Lacueva Pérez, Laia	31
Calvo Flores, Manuel Jesús	33	Francés Santamaría, Virginia	11, 16, 17	Lajara, Miguel Ángel	7
Calvo Rivas, Leticia	32, 33	Franco Gutiérrez, Raúl	28	Latorre Jiménez, José Miguel	17
Campos García, Bieito	5, 6	Fresneda Fresneda, Amparo	18	Lazcano Guarda, Lorena	24
Campuzano Ruiz, Raquel	27	Fuentes Martínez, María	11, 12, 16, 17	Lecuona García, Miriam	30

LISTADO DE AUTORES DE COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL 42.º CONGRESO NACIONAL DE LA AEEC

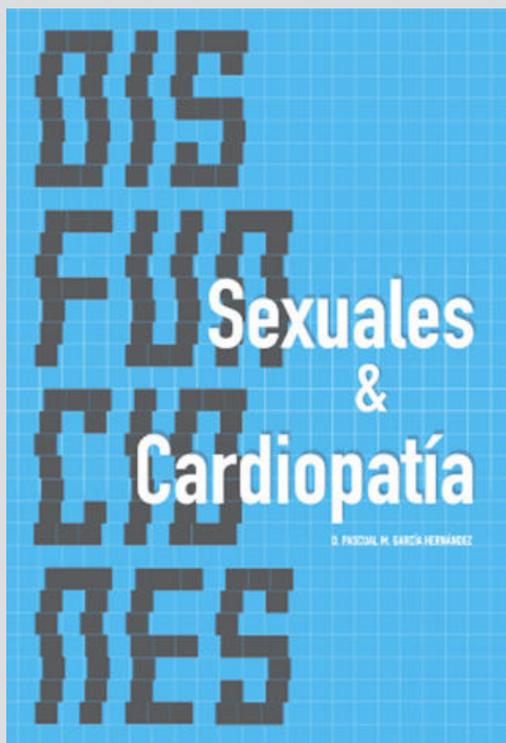
AUTOR/A	PÁGINA/S	AUTOR/A	PÁGINA/S	AUTOR/A	PÁGINA/S
Lerma Lara, Pablo	7	Naya-Leira, Carmen	8	Ruiz Muñoz, Marta	10
Linas Alonso, Anna	9	Niebla Bellido, Mireia	7	Ruiz Rosino, Marina	16
López Company, Laura	18	Nogueira Pereira, Javier	19	Ruiz Ruiz, Patricia	11, 12, 16
López Costas, Magdalena	36	Noguera García, Arantzazu	11	Ruiz Sierra, Milagros	25, 26
López de la Alberca, María Josefa	27	Ocaña Romera, Laura M.ª José	28	Sáez Ruiz, Paula	11, 16, 17
López Domenech, Gemma	20, 21	Olano-Lizarraga, Maddi	9	Sagastagoitia-Fornie, Marta	8
López García, Lidia	14, 19	Ortega Bombín, Teresa	38	Sainz González, María	11
López Gutiérrez, Yolanda	28	Ortega Fernández, Leonor	28	Sáinz Laso, Rocío	17
López Marco, María José	28	Palau Durán, Montserrat	25, 26	Samaniego Quintanilla, Rebeca	24
López Navas, María J.	27	Palma Ramírez, María Ángeles	7	San Cayetano Gallego, Sara	37
López Sanz, María Misericordia	35	Paniagua-Martín, María Jesús	8	San José, María del Mar	34
López Vilella, Raquel	30	Parellada Vendrell, Marta	21	San Salvador Ausin, Zuleika	35
Lorca Jáimez, María Ángeles	28	Pavía Iglesias, Ester	39	Sánchez Esteban, Juan Jesús	30
Lorenzo García, Damián	17	Pedrosa Carrera, Carmela	22	Sánchez Lacuesta, Elena	18
Loscos Sanz, Ana Pilar	39	Pello Lázaro, Ana María	10	Sánchez Martín, Laura	5, 6
Macías Marín, Laura	36	Penedo Varela, María	14	Sánchez Martínez, José Carlos	6
Majo Ramírez, Daniel	6	Pereira López, Eva M.ª	28	Sancho-Tello de Carranza, M.ª José	6
Marginet, Jordi	7	Pérez Carrero, Laura	32, 37	Santos López, Patricia	23
Márquez López, Adrián	13	Pérez García, Efrén	17	Sanz Sevilla, Nuria	18
Martín de la Rosa, Antonia Pilar	22	Pérez García, Santiago	9	Saracibar-Razquin, Maribel	9
Martín Hernández, María Pilar	30	Pérez Guillén, Manuel	30	Segura Domínguez, Melodie	5
Martín Sanz, Ana	24	Pérez Loza, Isabel	26	Septien Tellaeche, Fabiola	35
Martínez Font, Sara	20, 21	Pérez Ortega, Silvia	21	Serratos Cruzado, Salvador	31
Martínez Martínez, Mireia	25, 26	Pérez Roselló, Víctor	6	Sevilla Movilla, Sara	15
Martínez Momblán, M.ª Antonia	16	Pimenta Fermisson-Ramos, Pedro	6, 30	Shami Yuste, Nasser Yacoub	18
Martínez París, Cristina	39	Pinto Plasencia, Ricardo José	30	Sierra Hernández, Carmen Elia	30
Martínez Pérez, José	25	Piriz Marqués, Ana Belén	12	Sillero Sillero, Amalia	15, 19
Martínez Pérez, Víctor	11	Pozueta del Rivero, Paloma	11, 16, 17	Simón-Ricart Cenizo, Aurora	9
Martínez Quesada, M.ª del Mar	28	Pradas Minguet, Laura	30	Solano Hernández, Cristina	11
Martínez Sánchez, Leticia	14	Prat Masana, Montserrat	21	Soler Selva, María	20, 21
Martínez Solé, Julia	6	Prats Barrera, Judith	23	Soriano Rodríguez, María Victoria	13
Martín-Martín, Jesús	9	Pratz Andrade, M.ª Teresa	14, 33	Suárez Fontaña, Eva María	38
Marzoa Rivas, Raquel	14, 19	Prieto Valiente, Laura	28	Suberviola Sánchez-Caballero, Verónica	38
Matas Avella, María	23	Puig Campmany, Mireia	13	Taibo Urquía, Mikel	10
Mateos García, M.ª Dolores	22	Querol Vallés, Elena	23	Tamará García, Rosa María	38
Matínez Ortí, Ángela María	6	Quintana Giner, Miriam	36	Tena Chacón, José Javier	34, 37, 39
Mauriz-Montero, María José	8	Ramírez de Diego, Isabel	5, 6	Tena Chacón, María Cecilia	39
Méndez Zurita, Francisco Javier	5, 6	Ramos González-Serna, Amelia	22	Tizón Bouza, Eva	14, 19
Merchán Tahvanainen, María Elena	12, 16, 17	Redondo Gómez, Patricia	22	Toquero Ramos, Jorge	5
Miguel Gómez, Patricia	29, 32	Regal Hernández, Arantxa	18	Torreccilla Jiménez, Mónica	31, 35
Miralles Frutos, Concepción	14	Regla Lasierra, Carmen	12, 16	Tuñón Fernández, José	10
Moliner Borja, Pedro	8, 10	Riveiro-Rodríguez, Cristina	8	Valverde Bernal, Jonatan	13
Mont Girbau, Josep Lluís	7	Rivera Vera, Alonso	12	Varela Tomé, María Dolores	38
Montaner Alemany, Mireia	6, 30	Robles Mezcuca, María	22	Vázquez-Rodríguez, José Manuel	8
Montiel Quintero, Rodolfo	5	Rodilla Pamo, Ester	32	Veiga Fernández, Gabriela	11
Mora Sánchez, Inmaculada	30	Rodríguez Benítez, Teresa	17	Vela Martín, Paula	5
Moral de la Flor, María	34	Rodríguez Blasco, Cristina	23	Venturas Nieto, Montserrat	23
Morales Vicente, María José	39	Rodríguez Font, Enrique	5, 6	Vilar Bianchi, Cristina	18
Moreno Iribas, Conchi	20	Rodríguez García-Abad, Vera	37	Villacorta Argüelles, Eduardo	31
Moreno Weidmann, Zoraida L.	5, 6	Rodríguez Rambla, Oria	39	Viñolas Prat, Xavier	5, 6
Muñoz Aguilera, Roberto	38	Romero Martín, Lía	15	Walias Marcos, M.ª del Carmen	29, 34
Muñoz Ramos, Nuria	18	Rosino Bosch, Aurora	16	Yun Viladomat, Sergi	8, 10
Muñoz Sánchez, Rebeca	34, 35, 37	Rubio Alcañiz, Vicente	17		
Nagele Hernández, María Candelaria	30	Rubio Fernández, Esther	16		
Naranjo Sánchez, María Ángeles	38	Ruiz Falqués, Clara	20, 21		
Navarro Sánchez, David	18	Ruiz Gabaldà, Judit	13		

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

Última publicación

Disfunciones sexuales y cardiopatía

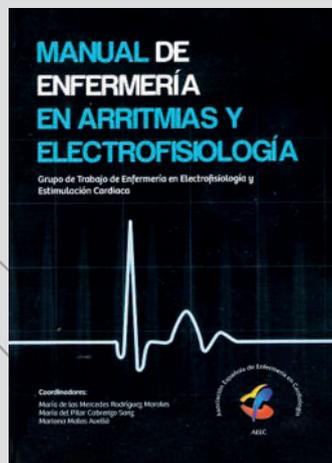
Descarga en PDF



20€ para socios
CON GASTOS INCLUIDOS



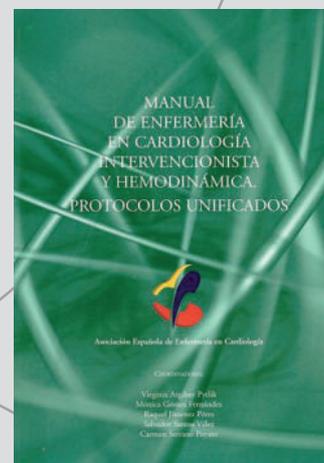
Descarga en PDF



Descarga en PDF



Descarga en PDF



Descarga en PDF

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

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

secre@enfermeriaencardiologia.com

P.V.P. 50 € (incluye gastos de envío)

¡50 % de descuento para nuestros asociados!

Precio para asociados de la AEEC: 25 € (incluye gastos de envío)

XXI EDICIÓN DE LOS PREMIOS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA (AEEC) AL MEJOR TRABAJO ORIGINAL DE LA REVISTA *ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA*

BASES GENERALES

1. Pueden optar a estos premios todos los profesionales enfermeros (españoles o extranjeros), a excepción de los miembros que componen el Jurado.
2. La participación puede ser tanto a título individual como colectivamente, pero al menos, uno de los autores del trabajo deberá ser miembro de pleno derecho de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC).
3. Los trabajos que se presenten, que deberán ser originales inéditos y estar escritos en lengua castellana, podrán versar sobre cualquier área de conocimiento en donde se desempeñe la Enfermería en cardiología. Deberán cumplir las normas de publicación de nuestra publicación científica, no debiendo haber sido presentados, publicados o haber obtenido otros premios o becas.
4. Los premios tendrán un carácter anual y en esta vigésima edición, se considerarán dentro del plazo establecido, todos aquellos trabajos que hayan sido publicados en los números 82, 83 y 84 correspondientes al año XXVIII de nuestra publicación *ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA*.
5. Los premios se fallarán por un Jurado compuesto al efecto, por los siguientes miembros: Dirección de la revista Enfermería en Cardiología, presidenta de la Asociación o en quien delegue, presidenta del Comité Científico o en quien delegue y una enfermera/o experta/o, cuya identidad se dará a conocer después de la concesión de los Premios por parte del Jurado.
6. El fallo del Jurado se hará público en el XLIII Congreso Nacional de la AEEC.
7. El fallo del Jurado será inapelable, pudiendo dejar desierto los premios convocados si se considera por parte de los miembros, que los trabajos presentados no reúnen la calidad científica suficiente para ser merecedores de los mismos.
8. Las dotaciones económicas de los premios se han establecido en: un primer premio dotado con una cuantía de 700 euros y un segundo premio de 400 euros. La entrega de los mismos tendrá lugar en la sede del XLIII Congreso Nacional de la AEEC.
9. No podrán optar a premio aquellos trabajos publicados en la revista, que ya hayan sido premiados en el Congreso Nacional de la AEEC, ni aquellos otros en los que consten como autor o participe algún miembro del Jurado.
10. La participación y presentación de los trabajos al certamen, implica necesariamente la aceptación de las presentes bases que lo rigen.

SECC 22

PALMA DE MALLORCA

20-22 OCTUBRE 2022

*¡Te esperamos en
Palma de Mallorca!*

**XLIII Congreso Nacional
de la Asociación
Española de
Enfermería en Cardiología**

SECRETARÍA TÉCNICA
SERVICIO DE ORGANIZACIÓN DE CONGRESOS
Tel. 902 112 629 - 981 815 975
info@cardiologiacongresos.org

EL CONGRESO DE
LA SALUD CARDIOVASCULAR
DE LA


SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA


aeec
Asociación Española de
Enfermería en Cardiología

