

Comunicaciones disponibles en econgresosec.com desde el miércoles 28 de octubre de 2020
econgresosec.com

COMUNICACIONES ORALES

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

Autores: Regal Hernández A, Jiménez Cruz V, Vilar Bianchi C, Shami Yuste NY, Hernández Martínez JC, Navarro Sánchez D, Villalba Lizandra N, Díez Gil JL.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

El tiempo entre el inicio de los síntomas y la reperfusión es la variable principal que incide en la mortalidad por infarto de miocardio (IAMEST). La pandemia por coronavirus ha sobrecargado al sistema sanitario y puede haber causado un mayor retraso en la asistencia al paciente con IMAEST y en consecuencia una mayor mortalidad. Los objetivos son: comparar los tiempos del código infarto durante los meses de la pandemia con los del mismo periodo del año anterior. Identificar donde se han producido los mayores retrasos y conocer el impacto sobre la mortalidad hospitalaria provocada por dichos retrasos.

METODOLOGÍA

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

RESULTADOS

Durante el periodo analizado se han atendido a 218 pacientes (112 en 2019 y 106 en 2020). La mediana del tiempo total de isquemia en 2019 fue de 182 (rango IC 140 - 288 min.) y en 2020 de 249 (rango IC 175 - 378 min. valor de $p = 0,006$). Esta diferencia se debe sobre todo a los retrasos en el mes de abril de 2020 respecto al de 2019: (168 vs 298 min. $p = 0,03$). En abril, todos los tiempos han sufrido retrasos en 2020 respecto a 2019, especialmente el tiempo desde el inicio de los síntomas al PCM. La mortalidad hospitalaria en el periodo analizado de 2019 es del 4% y en 2020 del 10%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

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

NUEVOS DISPOSITIVOS DE CIERRE PERCUTÁNEO: REVISIÓN DE COMPLICACIONES EN EL IMPLANTE VALVULAR TRANSAÓRTICO

Autores: Areces Rodríguez S, García Aranda FJ.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

INTRODUCCIÓN

El tratamiento percutáneo de la válvula aórtica (TAVI: *transcatheter aortic valve implantation*) está teniendo un crecimiento exponencial en los últimos años, en parte potenciado por el avance tecnológico de los dispositivos empleados. Sin embargo, las complicaciones vasculares siguen siendo uno de los puntos de mejora del procedimiento, a pesar del progreso y la aparición de nuevos modelos de cierre percutáneo (como el sistema «Manta», por ejemplo). El objetivo de este estudio es comparar las complicaciones vasculares en función del dispositivo de cierre percutáneo utilizado y valorar la efectividad de estos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron consecutivamente todos los pacientes sometidos a TAVI en nuestro centro durante el año 2019. Se excluyeron los casos en los que no se utilizaron dispositivos de cierre percutáneo, al optar por un acceso quirúrgico para los accesos. A partir de los registros existentes en las historias clínicas, se realizó una base de datos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS®.

RESULTADOS

En el año 2019, se realizaron 113 implantes percutáneos de válvula aórtica que cumplían los criterios de inclusión. Se registraron un total de 42 complicaciones vasculares, describiéndose 15 como «fallo de dispositivo» y clasificándose todas ellas como severas al provocar repercusión hemodinámica con necesidad de reposición de volumen, transfusión sanguínea y/o cirugía. El 40% de los fallos ($n = 6$) se asociaron al sistema «Manta» (sistema tapón-colágeno para dispositivos de alto calibre), el 27% ($n = 4$) a «Prostar» (cierre por sutura de 4 agujas) y el 33% ($n = 5$) a «Proglide» (cierre por sutura de 2 agujas). Si relacionamos los fallos respecto al número total de dispositivos usados de cada tipo (34, 24 y 49 respectivamente), la efectividad ha sido del 82%, 83% y 91% respectivamente ($p = 0,440$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El fallo del cierre percutáneo en TAVI provoca complicaciones vasculares severas en los pacientes, siendo necesario seguir mejorando estos dispositivos, la navegación de introductores y sistemas de liberación, así como la técnica de punción y el lugar elegido para la misma. En nuestro centro, el sistema más efectivo ha resultado ser el «Proglide».

INFLUENCIA DE LA EDAD Y EL GÉNERO EN LOS INDICADORES DE RESULTADO DEL IMPLANTE DE CLIP MITRAL

Autores: Valverde Bernal J, Berga Congost G, Castelló Fosch N, Ruiz Gabaldà J.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia mitral (IM) presenta una alta prevalencia en la población general, se estima que el 1,5-1,9% padecen dicha patología valvular, alcanzando el 13,3% en población mayor de 75 años. En cambio, el género de los pacientes no se muestra cómo un factor de mayor prevalencia para los pacientes diagnosticados de insuficiencia mitral. El implante de clip mitral en pacientes con elevado riesgo quirúrgico se muestra como una opción segura, con baja mortalidad y con baja tasas de complicaciones. El objetivo de este estudio es analizar la influencia del género y la edad en los indicadores de resultado de los pacientes intervenidos de implante de clip mitral.

MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, de tipo retrospectivo. La población de estudio fueron los pacientes intervenidos de implante de clip mitral de 2012 a 2018. Se establecieron como indicadores de calidad de resultado para este dispositivo la mortalidad, las complicaciones vasculares y generales y los días de ingreso.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 66 pacientes con una edad media de 74 ± 9 años y de género masculino mayoritariamente (74% - $n = 49$).

Nuestra muestra no presentó mortalidad, el 1,7% presentó eventos adversos graves, un 3% complicaciones vasculares mayores y un 13,6% menores. La estancia hospitalaria media fue de $4,8 \pm 1,9$ días. Relacionando el género con los indicadores de calidad, se observó que los días de ingreso ($p = 0,517$), complicaciones mayores ($p = 0,568$) y las complicaciones menores ($p = 0,452$) no presentaron resultados estadísticamente significativos. Igualmente, en la edad no se observaron relación estadística significativa.

CONCLUSIONES

El género y la edad no influyen en los indicadores de resultado de los pacientes intervenidos de implantación de clip. Aun así, la muestra de este estudio es una limitación importante para generalizar los resultados.

OPTIMIZACIÓN DEL TIEMPO DE HEMOSTASIA RADIAL TRAS UN CATETERISMO CARDIACO MEDIANTE UN DISPOSITIVO DE COMPRESIÓN ARTERIAL

Autores: Sánchez González JC, Perona Míguez D, López Orosa J, Castillo Marín MM, Gómez Gómez-Orihuela R.

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Para realizar la hemostasia tras un cateterismo cardíaco por vía radial, además del tradicional vendaje compresivo, existen varios dispositivos

en el mercado que ejercen presión únicamente en el punto de inserción del introductor, con beneficios probados como disminución del tiempo de hemostasia (TH) y de complicaciones como dolor, oclusión o espasmo de la arteria radial.

El objetivo principal fue valorar el TH postcateterismo con un nuevo dispositivo de compresión arterial (DCA). Como objetivo secundario se pretendió analizar la relación del TH con otras variables estudiadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo de tipo prospectivo. Los criterios de selección de la muestra fueron: ser mayor de 18 años, realizarse un cateterismo cardíaco por vía radial o cubital de forma ambulatoria.

Se diseñó un cuestionario *ad hoc* como herramienta de recogida de datos. La variable principal de resultado fue el TH con la aplicación de dicho DCA. Otras variables fueron edad, sexo, toma de anticoagulantes/antiagregantes, factores de riesgo cardiovascular, hemoglobina, plaquetas, presión arterial precateterismo y tras la retirada del DCA, volumen de inflado inicial del balón del DCA, administración de cóctel antiespasmódico, el tipo de introductor (si hidrofílico) y su calibre (5 ó 6 Fr), arteria (radial / cubital) y lado (derecha / izquierda), complicaciones encontradas.

Las variables cuantitativas se definieron mediante la media y la desviación estándar. Las variables cualitativas se definieron mediante la distribución de frecuencias. Para el contraste de hipótesis se categorizaron las variables utilizando el test de la Chi-cuadrado. Para el análisis de datos se utilizó en programa estadístico SPSS 22.0 para Windows.

RESULTADOS

La media del TH con el DCA fue de 97 ± 36 minutos. No se encontró relación entre el TH y otras variables salvo con el volumen de inflado del balón del dispositivo de compresión ($p = 0,035$). La única complicación encontrada fue hematoma peripunción en 2 de los 56 pacientes estudiados.

CONCLUSIONES

La valoración del TH fue positiva obteniendo un tiempo medio de 97 minutos con el DCA, respecto a los 240 minutos del vendaje compresivo habitual.

Tan sólo se halló relación entre el TH y el volumen de inflado, probablemente debido a que precisen más TH los pacientes a los que se aumente su volumen de inflado por sangrado.

ANÁLISIS MULTICÉNTRICO SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE SEGUIMIENTO REMOTO EN PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS

Autores: Nieto Gutiérrez MP, García García A, Borrego Iglesias IM, Rodríguez Rodríguez JC, Calero Vallés Y, Bastos Amador P, Cózar León R, Izquierdo Bajo A, Díaz Infante E.

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Está ampliamente demostrada la eficacia y seguridad del Seguimiento Remoto (SR) en pacientes portadores de marcapasos, además de ser eficiente para el sistema y cómodo para los pacientes. Aunque podría sustituir al seguimiento presencial (SP), la implantación en nuestro medio es aún subóptima. Objetivos: conocer el estado actual del SR

en unidades españolas donde se realiza seguimiento de pacientes portadores marcapasos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal y observacional. Se seleccionó muestra no aleatoria de unidades donde se realiza seguimiento a pacientes portadores de marcapasos. Excluimos unidades con las que no pudimos contactar o no quisieron participar. Se recogieron datos mediante cuestionario *online*, anónimo de participación voluntaria, desarrollado por nuestro equipo. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 26.0.

RESULTADOS

Participaron 42 unidades funcionales españolas: 45,2% U. Arritmias/Electrofisiología, 38,1% Cardiología y 16,7% UCI, de 16 comunidades autónomas, con mayor participación las de Andalucía.

El 90,5% realizan SR en pacientes con dispositivos cardiacos implantables.

Las unidades que no realizan SR lo achacan a falta de logística.

Encontramos un 54,8% de unidades con menos de 1000 pacientes en SR, con más de 3000 el 23,8%.

En el 78,6 % de las unidades interviene de forma directa el personal de enfermería, el 66,7% con más de 5 años de experiencia en estimulación cardiaca. Sólo un tercio cuenta con personal de enfermería dedicado en exclusiva a SR.

El 50 % realizan SR a todos los marcapasos compatibles, el resto sólo en caso de incidencias con el dispositivo o si el paciente tiene problemas para trasladarse al hospital. En el 52,4% el SR de marcapasos sustituye al SP.

Un 64,3% entregan el comunicador al alta tras implante.

El 40,5% entregan sólo el consentimiento informado proporcionado por la casa comercial.

En un 71,4% se contacta con el paciente ante incidencias y el método empleado por el 100% es el contacto telefónico.

CONCLUSIONES

Hemos detectado amplia variedad en cuanto a organización de SR. El SR supone un aumento de la carga asistencial cuando no sustituye al SP. La actividad recae fundamentalmente sobre enfermería, que requiere de alta experiencia y cualificación. Serían necesarios protocolos estructurados y consensuados.

ELIMINACIÓN INTESTINAL, UNA NECESIDAD OLVIDADA

Autores: Querol Vallés E, López Domenech G, Martínez Font S, Burgués Miró AC, Pérez Ortega S, Prats Barrera J.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

En los pacientes críticos, el estreñimiento (entendido como más de 6 días sin evacuación) está asociado a un aumento en los días de ventilación mecánica y de hospitalización así como de la mortalidad. La evidencia científica, aunque escasa, sugiere además una relación entre estreñimiento y aumento del riesgo infeccioso. El objetivo de este estudio es analizar los hábitos deposicionales y la incidencia del estreñimiento en los pacientes portadores de dispositivos de asistencia ventricular (DAV) temporal.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional donde se analizan

todos los pacientes que han requerido implante de DAV temporal entre 2014 y 2019 en un hospital de alta tecnología. Los datos del estudio son obtenidos mediante revisión de historias clínicas.

RESULTADOS

Se incluyen 95 pacientes de los cuales el 75,8% son varones. Media de edad de 57,8 años (17 - 82). El 23,1% sufre obesidad y el 27,3% sobrepeso, ningún sujeto con delgadez u obesidad extremas.

Diagnósticos principales: cirugía cardiaca (34,7%) y cardiopatía isquémica (23,1%).

El 34,7% no presenta ninguna deposición durante todo el ingreso (observándose una mortalidad del 72,7%). El 78,8% ingresa más de 6 días (con mortalidad del 65,4%), un 11,5% no recibe ningún tipo de nutrición; sólo un 15,4% recibe laxantes y a ninguno se le realiza tacto rectal.

De los 61 pacientes que sí realizan deposición sólo el 11,3% no presenta ningún episodio de estreñimiento. Entre el 88,5% que sí sufre algún episodio durante su estancia, un 72,1% precisa más de 6 días para realizar su primera deposición (mortalidad del 15,9%) y a un 9,3% se le coloca posteriormente una sonda rectal debido a episodios de diarreas profusas.

CONCLUSIONES

La incidencia del estreñimiento en los pacientes portadores de DAV coincide con los datos aportados por la evidencia existente en el paciente crítico. Durante la recogida de datos se observa también una gran variabilidad en los registros. Esto parece confirmar que la defecación es la necesidad olvidada en la UCI, evidenciando la importancia de concienciar a los profesionales sobre la relevancia de un correcto patrón de eliminación.

Con la informatización de los registros enfermeros puede resultar de utilidad la introducción de una alarma en el sistema siempre que transcurran más de 5 días sin defecación.

AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD CORONARIA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Autoras: Rubio Martínez MI¹, García Sierra RM².

1 Consorci Sanitari de Terrassa (Barcelona), 2 IDIAPJGol, Mataró (Barcelona).

INTRODUCCIÓN

El tratamiento farmacológico es necesario, pero no suficiente para el control del síndrome coronario agudo, siendo necesaria la vigilancia del estilo de vida, ya que disminuye la progresión de la enfermedad y previene complicaciones. El objetivo del estudio fue describir el autocuidado de personas que presentaron enfermedad coronaria en 2019 en un hospital de Barcelona.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal. La muestra fueron pacientes que ingresaron en 2019 con diagnóstico de síndrome coronario agudo. Se invitó telefónicamente y se envió un cuestionario electrónico con el *Self-care of coronary heart disease inventory* (SC-CHDI), inventario con tres dimensiones de respuesta tipo Likert que no cuenta con una versión validada al español. Para su utilización en nuestro territorio se ha realizado una adaptación transcultural y validación del contenido. El Comité Ética Investigación aprobó el estudio.

RESULTADOS

Participaron 67 personas, de 57 años de media (38-69), 81% hombres.

Se describen tres ámbitos del autocuidado: primero, mantenimiento del autocuidado, el 39% no asiste siempre a las citas con los profesionales, 51%, realiza ejercicio durante 30 minutos siempre, el 7% mide la tensión arterial siempre, el 94% toma siempre los antiagregantes.

Segundo, gestión del autocuidado, el 19% no reconoce los síntomas, el 42% reconoce los síntomas de forma rápida.

Tercero, confianza en el autocuidado, el 69% confía mucho en la evaluación de los síntomas y el 6% confía mucho en las recomendaciones del personal sanitario.

CONCLUSIONES

Existe consciencia del autocuidado en lo referente al tratamiento farmacológico, sin embargo, no ocurre lo mismo con los factores de riesgo, quizás por el enfoque del sistema sanitario centrado en los síntomas y fármacos y no en los estilos de vida. Están sensibilizados en el abandono del tabaco, posiblemente por el énfasis puesto durante años en su conocida relación con diversas patologías. Sin embargo, el control tensional y del peso parece no tener tanta relevancia.

La gestión del autocuidado es mejorable, indicando una necesidad de aumento de educación sanitaria, además hay poca confianza en el autocuidado. La dificultad de acceso al personal sanitario puede ser el motivo de los bajos valores de confianza en él.

Los resultados implican la revaloración del rol enfermero en los pacientes con cardiopatía isquémica como pacientes crónicos.

PERFIL DEL PACIENTE TRASLADADO A UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS DESDE UNA SALA DE CARDIOLOGÍA

Autoras: Rodríguez Blasco C, Prats Barrera J, Martínez Nadal E, Valerio Nunes H, Muñoz Yuncal O, López Hernández Y, Ramírez Gamisanz RM, Matas Avella M, Venturas Nieto M, Pérez Ortega S.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

En la unidad de cardiología de nuestro centro se registran anualmente en torno a 1500 ingresos, con una estancia media de 5,9 días; algunos de ellos, requieren de unos cuidados dirigidos al paciente crítico, motivo por el cual son trasladados a la Unidad de Cuidados Cardiacos Agudos (UCCA). El objetivo de este trabajo es conocer el perfil de los pacientes, que, por diferentes motivos, requieren de ingreso en la UCCA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo entre el 2018 y el 2019 de todos los pacientes que son trasladados de una sala de hospitalización de cardiología a la UCCA. Se analizan datos clínicos y demográficos, así como del motivo del traslado, ya fuera por empeoramiento o intervencionismo.

RESULTADOS

De 3008 pacientes que ingresaron en la sala de cardiología los años estudiados, 381 fueron trasladados a la UCCA (12,66%). Los datos analizados muestran que de 2018 a 2019 se incrementaron un 1,05% los ingresos en la unidad de cardiología de nuestro hospital. En 2018, de los 1496 ingresos, 183 se trasladaron a la UCCA, aumentando en 2019 un 7,1% respecto al año anterior (197 pacientes).

El perfil demográfico de los pacientes muestra una edad media en

torno a los 70 años (73 años en 2018 (31-93) y 71 años en 2019 (22-91).

En ambos años, es mayor el número de hombres que se trasladan a la UCCA, un 59% en 2018 y un 65,48% en 2019, que de mujeres.

En 2018 el 74% de los pacientes son trasladados por intervencionismo, en cambio en 2019 se observa un ligero aumento de los pacientes que fueron trasladados por empeoramiento, aumentando un 4% respecto al año anterior.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIONES

Nos llama la atención el aumento significativo de pacientes que empeoraron en diciembre de 2019, en total fueron 13 los que precisaron traslado a la UCCA (8 hombres y 5 mujeres), por lo que consideramos importante estudiar cuales fueron las causas de este empeoramiento. Estos resultados nos permiten concluir que es mayor el número de hombres que entran en la UCCA, ya sea por empeoramiento o intervención.

Conocer el número y características de los pacientes que empeoran en las salas de cardiología nos permite ayudar a establecer unos ratios adecuados para ofrecer unos cuidados de calidad.

ESTUDIO COMPARATIVO DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA TRAS UNA DÉCADA DE AVANCES EN TRATAMIENTOS Y CUIDADOS CARDIOLÓGICOS

Autores: Alba Saá F, Pacios Pacios MA, González Calle D.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

Los continuos avances en las diferentes técnicas diagnósticas, tratamientos médicos y cuidados de enfermería han hecho posible que se diagnostique y trate antes las patologías, así como que se cuide mejor al paciente. Cardiología no es ajena a dichos avances y en consecuencia no debe serlo a sus beneficios.

Nuestro objetivo principal fue analizar a dos poblaciones hospitalizadas por patología cardíaca en años distintos en un mismo centro hospitalario. Como objetivos secundarios nos propusimos analizar sus factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio comparativo de dos poblaciones de pacientes ingresados con cardiopatía isquémica durante los años 2007 y 2019, ambas separadas por más de una década de avances en el mismo Servicio de Cardiología

(n = 1518). Los datos se extrajeron del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y fueron facilitados por el Servicio de Documentación Clínica de dicho hospital. Se obtuvo la correspondiente autorización del Comité de Ética.

Para el análisis estadístico se utilizó programa SPSS 22.0.

RESULTADOS

Entre los resultados más destacados de nuestro estudio nos encontramos con una reducción estadísticamente significativa de la estancia media (4,8 días en 2019 frente a 6,6 días en 2007, $p < 0,001$). La mejoría en cuanto a la supervivencia también alcanza la significación estadística, 4,6% actualmente frente al 6% de 2007.

Se observa una tendencia al aumento de todos los FRCV, tanto en hombres como en mujeres, salvo de diabetes que permanece estable.

En cuanto a los diagnósticos se constata un aumento de los ingresos de la cardiopatía isquémica tipo infarto agudo de miocardio (IAM) frente a angina, probablemente en parte a la generalización de las troponinas ultrasensibles en este periodo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los grandes avances en el diagnóstico, tratamiento y cuidados de los pacientes con cardiopatía isquémica han conllevado una mejora en el pronóstico de los mismos a la vez que hemos sido capaces de implementar unos cuidados, protocolos y modos de trabajo diario que han hecho aumentar la eficiencia de nuestra labor, como se puede observar en la significativa reducción de estancia a pesar del aumento de complejidad de nuestros pacientes.

ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNIVERSITARIOS DE BOGOTÁ-COLOMBIA, MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE LA ESCALA DE FRAMINGHAM MODIFICADA PARA JÓVENES

Autores: Almonacid Urrego CC¹, Abril Riaño DJ¹, Niño Castellanos DC¹, Rosas Arango SM¹, Hernández Rojas EC¹, Giratá Pedraza MV¹, Martínez Flórez S².

1 Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Bogotá D.C. (Cundinamarca), 2 Universidad de León.

INTRODUCCIÓN

Aunque las personas jóvenes estén expuestas a factores de riesgo cardiovascular, la estimación del riesgo que tienen de desarrollar enfermedad cardiovascular (ECV) a diez años los clasifica como de riesgo bajo, debido al gran peso de la edad en el cálculo del mismo. Por ello, en este grupo poblacional es relevante estimar el riesgo con escalas modificadas, con el fin de identificar individuos que requieren una intervención más temprana.

MÉTODOS

Estudio analítico transversal realizado en 1026 universitarios de 16 a 29 años de edad. Se cuantificó colesterol total y colesterol HDL, se valoró hipertensión arterial con los parámetros OMS/Sociedad Internacional de Hipertensión y *Joint National Committee on Prevention for High Blood Pressure* y se evaluó tabaquismo con el test de Fagerström. El riesgo cardiovascular se calculó con la escala de Framingham modificada para jóvenes que ajusta el puntaje de la edad a -7 para mujeres y -9 para hombres. Se utilizó la prueba Ji cuadrado, con $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Participaron 738 (72%) mujeres. Aunque la mayoría de la población (75,6%=776) tenía riesgo bajo de desarrollar ECV a 10 años, 23,8% (176) de las mujeres y 25,9% (74) de los hombres presentaban riesgo cardiovascular moderado, que los asocia con la presencia de dos o más factores de riesgo. El riesgo máximo individual calculado a 10 años fue de 4% en el 0,27% (16) de las mujeres y de 8% en el 0,34% (1) de los hombres. El factor que más contribuyó con el riesgo fue la hipercolesterolemia [Md=8 puntos para la mujeres y Md=4 puntos para los hombres].

CONCLUSIÓN

El identificar individuos jóvenes con riesgo moderado de desarrollar ECV a diez años, ratifica la necesidad de utilizar instrumentos de estimación del riesgo específicos para este grupo poblacional.

CONTRIBUCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS UNIDADES DE REHABILITACIÓN CARDIACA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Autores: Carrión Martínez A¹, Calvo Muñoz I², Gallego Gómez JI¹, Simonelli Muñoz AJ¹, Rivera Caravaca JM³.

1 Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia (UCAM), Murcia; 2 Facultad de Ciencias de la Salud, Grado en Fisioterapia. Grado en Terapia Ocupacional, UCAM, Murcia; 3 Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, IMIB-Arrixaca, Murcia.

INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica constituye una de las causas más frecuentes de morbimortalidad y la rehabilitación cardiaca ha cobrado especial relevancia en su manejo por su carácter multifactorial y multidisciplinar. La necesidad de incluir terapeutas ocupacionales en estas unidades se recoge en diferentes guías clínicas por su papel en la promoción de la recuperación y reanudación, con seguridad, autonomía e independencia, de las actividades de la vida diaria. Sin embargo, existe aún poca evidencia acerca de los beneficios que puede conllevar la terapia ocupacional en las unidades y programas de rehabilitación cardiaca. Nuestro objetivo fue examinar la evidencia científica disponible para conocer el papel del terapeuta ocupacional en las unidades de rehabilitación cardiaca. También nos planteamos conocer las características de las intervenciones, así como el impacto sobre la capacidad funcional.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión sistemática de la literatura científica según recomendaciones PRISMA. Se llevó a cabo una búsqueda en PubMed, la Biblioteca Virtual en Salud, la base de datos de Cochrane, la Web of Science, Google Académico y EBSCOhost, entre el 1 de noviembre de 2019 y el 2 de marzo de 2020. En esta revisión se ha prestado especial atención en registrar toda la información relevante en lo relativo a las funciones, tareas y objetivos del terapeuta ocupacional en el proceso de rehabilitación cardiaca.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras el proceso de identificación, se seleccionaron 7 estudios (3 estudios de cohortes, 1 casos/controles y 3 ensayos clínicos) para ser incluidos en esta revisión sistemática. De los estudios incluidos se extrae que la terapia ocupacional interviene sobre distintas esferas del paciente, traducándose en mejores resultados clínicos. No obstante, también se ha demostrado que la literatura científica en este ámbito es limitada y poco reciente.

CONCLUSIONES

La terapia ocupacional mejora la independencia funcional, ayuda en la resolución de problemas, disminuye los niveles de ansiedad, y aumenta la calidad de vida. Adicionalmente, desempeña un rol clave en la evaluación de riesgos en el hogar, brinda un ambiente óptimo para que los pacientes manifiesten sus sentimientos acerca de su situación e incluso reduce las tasas de mortalidad y hospitalización.

EVALUACIÓN DEL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CRÓNICO CARDIACO HOSPITALIZADO

Autores: Sarabia López E, Carrera Hernández A, Quesada Melero A, Paloma Mora B, Vázquez Calatayud M.

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra).

INTRODUCCIÓN

Conocer el nivel de empoderamiento de los pacientes crónicos cardíacos hospitalizados es crucial para diseñar estrategias efectivas y a medida que mejoren su satisfacción y resultados en salud, la relación enfermera-paciente y los gastos sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo de una muestra de población consecutiva obtenida en la unidad de hospitalización de cardiología. Se ha utilizado el cuestionario de empoderamiento del paciente con enfermedad crónica, traducido y validado al español, que consta de 47 ítems, agrupados en 3 dimensiones: (1) Actitud positiva y sentido de control; (2) toma decisiones compartida e informada; y (3) búsqueda de información y compartir entre iguales. Este cuestionario se distribuyó al paciente en las 24h previas al alta. Para el análisis de los datos se ha utilizado estadística descriptiva (medidas de frecuencia, de tendencia central y de dispersión) e inferencial (correlación de Spearman).

RESULTADOS

Se han recogido 25 cuestionarios de pacientes (81%). La puntuación media de la valoración global del empoderamiento de los pacientes (escala del 47 al 235) ha sido de 165,92 (DE = 20,9). Por dimensiones (escala de 1 al 5), «la toma decisiones compartida e informada» ha sido la mejor puntuada, con una media de 4 puntos \pm 0,5, siendo «la actitud positiva y sentido de control» la peor puntuada, con una media de 3,4 \pm 0,5. Se encontró que existía una relación inversa y débil entre la edad de los pacientes cardíacos crónicos y el nivel de empoderamiento para el manejo de su enfermedad, con una significación estadística ($\rho = -0,240$; $p = 0,000$).

CONCLUSIONES

El nivel de empoderamiento de los pacientes crónicos cardíacos hospitalizados desde su perspectiva es medio. Las estrategias dirigidas a mejorar de un modo efectivo el grado de empoderamiento de estos pacientes deberían centrarse en facilitar su adaptación a los cambios que experimentan en cuanto a la autopercepción tras el diagnóstico, cómo impacta la enfermedad en su vida y su autocontrol, e individualizarse conforme a la edad.

FACTORES PSICOSOCIALES Y CLÍNICOS ASOCIADOS A UN MAL AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

Autores: Calero Molina E¹, Hidalgo Quirós E¹, Rosenfeld Vilalta L¹, Fernández Tomás I¹, Garay Melero A¹, Alcoberto Torres L¹, Jiménez Marrero S¹, Yun Viladomat S¹, Guerrero Morales C¹, Delso Gafarot C², Alcober Morte L³, Moliner Borja P¹, Enjuanes Grau C¹, Comín-Colet J¹.

1 Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona; 2 UFAC. Unidad de Cronicidad, Hospitalet de Llobregat, Barcelona; 3 Cap Sant Josep, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El autocuidado es un factor crucial en la educación de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y repercute directamente en la progresión de la enfermedad. El objetivo del estudio fue analizar los factores clínicos y psicosociales asociados a un mal autocuidado en pacientes con IC crónica.

METODOLOGÍA

Se reclutaron pacientes de forma consecutiva con IC crónica estable y se derivaron a un programa de IC liderado por enfermería. El autocuidado se evaluó con la escala de Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca de 9 ítems (EHFScBS). Se estandarizaron las puntuaciones y se convirtieron de 0 (peor autocuidado) a 100 (mejor autocuidado). Se analizaron las asociaciones entre mal autocuidado (definido como puntuaciones en el tercil inferior de la EHFScBS de 9 ítems) con factores demográficos, relacionados con IC (clínicos) y psicosociales en todos los pacientes.

RESULTADOS

Se incluyeron 1123 pacientes: edad media de 72 \pm 11 años, 639 (60%) eran hombres, mediana de FEVI 45 \pm 17 y 454 (40%) tenían una clase NYHA III o IV. La puntuación media de la escala modificada EHFScBS de 9 ítems fue de 69 \pm 28.

En el primer análisis multivariado se estudiaron factores clínicos relacionados con IC: clase funcional de NYHA, nivel de albúmina sérica, IRC e ingreso previo por IC se asociaron con un mal autocuidado. En los análisis multivariados los factores que se relacionaron con un mal autocuidado fueron un deficiente soporte social, los síntomas depresivos y la necesidad de cuidador.

En los modelos multivariados que combinaron tanto variables clínicas como psicosociales, aquellos factores independientes asociados a un mal autocuidado fueron el nivel de albúmina sérica, el ingreso previo por IC, el soporte social deficiente, los síntomas depresivos y la necesidad de un cuidador.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio ha demostrado que la interacción entre factores psicosociales e IC puede explicar parcialmente la presencia de un mal autocuidado en pacientes con IC crónica. Concretamente, los niveles de albúmina sérica, el ingreso previo por IC, el bajo soporte social, los síntomas depresivos y la necesidad de un cuidador se asociaron de forma independiente a un mal autocuidado. Esta nueva información puede ayudar a identificar de forma precoz aquellos pacientes con un mayor riesgo de presentar un mal autocuidado y que requieran una intervención más intensiva por parte de la enfermera especialista en IC.

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOCUIDADO Y PRONÓSTICO EN 1.123 PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

Autores: Calero Molina E¹, Hidalgo Quirós E¹, Rosenfeld Vilalta L¹, Fernández Tomás I¹, Garay Melero A¹, Alcoberto Torres L¹, Jiménez Marrero S¹, Yun Viladomat S¹, Guerrero Morales C¹, Moliner Borja P¹, Delso Gafarot C², Alcober Morte L³, Enjuanes Grau C¹, Comín-Colet J¹.

1 Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona; 2 UFAC. Unidad de Cronicidad, Hospitalet de Llobregat, Barcelona; 3 Cap Sant Josep, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El autocuidado es un factor crucial en la educación de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y repercute directamente en la progresión de la enfermedad. Sin embargo, Existe poca evidencia sobre su impacto y sus implicaciones clínicas como los reingresos o la mortalidad en los pacientes con IC.

METODOLOGÍA

El objetivo del estudio fue analizar tanto el tiempo hasta ingreso por IC aguda como la mortalidad asociados a un mal autocuidado en pacientes con IC crónica.

Se reclutaron pacientes de forma consecutiva con IC crónica estable y se derivaron a un programa de IC liderado por enfermería. El autocuidado se evaluó con la escala de Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca de 9 ítems (EHFScBS). Se estandarizaron las puntuaciones y se convirtieron de 0 (peor autocuidado) a 100 (mejor autocuidado). Se analizó la asociación entre mal autocuidado (definido como puntuaciones por debajo del tercil inferior de la escala), el tiempo hasta ingreso por descompensación y la mortalidad.

RESULTADOS

Se incluyeron 1123 pacientes, de edad media 72 ± 11 años, 639 (el 60%) eran hombres, la media de FEVI 45 ± 17 y 454 (40,4%) estaban en clase III o IV de NYHA. La puntuación media de la escala modificada EHFScBS de 9 ítems fue de 69 ± 28 . Se definió mal autocuidado como puntuación inferior a 55 puntos (tercil inferior).

Los pacientes con peor autocuidado tenían más cardiopatía isquémica, más EPOC y conseguían recorrer una menor distancia en el test de la marcha de 6 minutos. En referencia a las variables psicosociales, los pacientes con mal autocuidado necesitaban un cuidador con más frecuencia, presentan más deterioro cognitivo, síntomas depresivos y peor puntuación en la calidad de vida autopercebida.

Los modelos Cox multivariados demostraron que una puntuación por debajo de 55 puntos en la escala modificada EHFScBS de 9 ítems se asoció de forma independiente con un mayor reingreso por IC aguda [HR 1,26 (1,02-1,57), p-valor = 0,034] y con mayor riesgo de mortalidad [HR 1,24 CI95% (1,02 -1,50), p-valor 0,028].

CONCLUSIONES

Un mal autocuidado evaluado con la escala modificada EHFScBS de 9 ítems se asocia a un mayor riesgo de ingreso por descompensación de IC y a un mayor riesgo de mortalidad en pacientes con IC crónica.

Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de valorar el autocuidado en los pacientes con IC crónica y procurar medidas para mejorarla.

EVALUACIÓN DE LA CONGESTIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE INSUFICIENCIA CARDIACA AMBULATORIA

Autores: Larumbe Rodríguez A, Ding N, Valor Segura M, Seller Moya J, Galcerá Jornet E, Morillas Climent H, Alania Torres E, Rodríguez Pichardo Y, Vicedo López A, Valle Muñoz A.

Hospital Marina Salud, Dénia (Alicante).

INTRODUCCIÓN

La existencia de congestión (CG) se ha asociado a una mayor probabilidad de ingreso. Se analiza la prevalencia e identifican las

mejores herramientas para valorar la CG a nivel ambulatorio por parte de enfermería, comparando la detección de CG con cardiología.

MÉTODOS

Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyen todos los pacientes consecutivos valorados de forma ambulatoria en la unidad de insuficiencia cardíaca entre noviembre de 2019 y marzo de 2020.

Se registran en cada visita datos analíticos, de exploración física y ecocardiografía. Se define la CG a 4 niveles: clínica (ortopnea, bendopnea, disnea paroxística nocturna), exploración física (edematización de miembros inferiores), ecografía derecha (vena cava inferior), ecografía izquierda (líneas B, derrame pleural). Se registra la existencia global de CG según la valoración subjetiva de enfermería y cardiología en base a toda la información disponible.

El análisis estadístico se realiza mediante STATA, versión 15. Se estiman la sensibilidad (S) y especificidad (E) de forma transversal en la primera visita del paciente a la unidad. Se diseña un score de congestión y se evalúa la concordancia.

RESULTADOS

Se incluyen un total de 76 pacientes, con FEVI 42,5% (11,5%); NYHA II 65,8%; NTproBNP 5489 pg/ml. (7651 pg/ml).

28 de los 76 pacientes (36,8%) que acuden a la consulta presentan CG. La ecografía izquierda es la prueba más eficaz en la detección de CG (S = 100%, IC95% 83,2-100,0; E = 94,2%, IC95% 84,4-98,0). La valoración clínica y la exploración física son menos S y E. La ecografía derecha presenta una alta E pero una baja S (S = 58,3%; E = 100,0).

Se crea un score de congestión otorgando 1 punto a cada ítem, con un área bajo la curva de 0,993 (IC95% 0,982-1,000, gráfico). El valor 2 constituye el punto de corte óptimo (S = 100,0%, E = 96,15%).

Enfermería y cardiología presentan una buena concordancia en la valoración de CG ($\kappa = 0,74$), con un sesgo positivo ligero (bias index = 8,57%), por detección en ocasiones de CG por cardiología pero no por enfermería.

CONCLUSIONES

La CG es un hallazgo frecuente en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca. Su detección es difícil y requiere de la integración de diferentes herramientas, siendo la más útil la ecografía pulmonar. La concordancia entre enfermería y cardiología es buena.

CORRELACIÓN ENTRE FRECUENCIA, DURACIÓN E INTENSIDAD DE LA SED Y LA ANGUSTIA PERCIBIDA ASOCIADA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores: Rivas Jiménez C¹, Hagelberg Eng S², González B¹, Waldreus N³, Díaz V¹, Jaarsma T², Velayos P¹, Pulido A¹, Crespo E¹, Cachero M¹, Lupón Rosés J¹, Bayés-Genís A¹.

1 Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona),

2 Linköping University, Linköping (Ostergötlands Lan); 3 Karolinska Institutet, Huddinge (Stockholms Lan).

INTRODUCCIÓN

La sed es un síntoma frecuente, que causa angustia en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). La forma en que la angustia de la sed se relaciona con las tres dimensiones de la sed basadas en la «Teoría de

los síntomas desagradables» (frecuencia, duración e intensidad) no está bien aclarada.

El objetivo de este estudio es evaluar la correlación entre las dimensiones de sed mencionadas anteriormente y la angustia percibida por los pacientes evaluada con la Escala de angustia de sed de 8 ítems para pacientes con IC (TDS-HF), teniendo en consideración tanto la puntuación global como la de cada uno de los ítems de la escala, en pacientes ambulatorios con IC atendidos en una unidad específica de IC.

MÉTODOS

Se utilizó la TDS-HF (puntuación de 8 a 40) para cuantificar la angustia por sed percibida por los pacientes durante los tres días anteriores. Se recopilaron datos sobre la frecuencia y la duración de la sed durante un período de un mes (dos preguntas de opción múltiple, que van del 1 al 5) y la intensidad de la sed (escala analógica visual, 0-100 mm). Se realizó una correlación de Pearson entre la puntuación total en la TDS-HF y cada uno de sus 8 ítems con las tres dimensiones de la sed.

RESULTADOS

Se incluyeron 302 pacientes con IC (edad 67 ± 12 años, 74% hombres, duración de la IC 82 ± 75 meses, FEVI $42\% \pm 14$). La mayor correlación con la puntuación total en la TDS-HF se encontró con la duración de la sed ($R = 0,67$). Con respecto a los ítems individuales de la TDS-HF, el ítem que más se correlacionó con la frecuencia de la sed fue «Cuando tengo sed tengo la boca seca» ($R = 0,63$); el ítem que más correlacionó con la duración de la sed fue «La sed es difícil de superar» ($R = 0,64$); y el ítem que más correlacionó con la intensidad de la sed fue «La sed me molesta mucho» ($R = 0,66$).

CONCLUSIONES

En una cohorte de pacientes con IC, la angustia originada por la sed según la TDS-HF se correlacionó principalmente con la duración de la sed, que a su vez se percibe como difícil de superar.

TELEMEDICINA COMO OPCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN TIEMPOS DE COVID-19

Autoras: Álvarez C, Robles Mezcuca M, Salva Martín D, Benítez Ruíz F.
Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN

La aparición del SARS-CoV-2, ha presentado un desafío sin precedentes para los sistemas sanitarios en todo el mundo. Los niveles de propagación llevaron a la OMS a declarar la pandemia por coronavirus COVID-19.

El Sistema Sanitario Público Andaluz, estableció un plan de contingencia que contemplaba el aplazamiento o suspensión de todas las consultas de revisión no oncológicas. Se mantuvieron operativas las consultas de patologías que requiriesen de soporte hospitalario. Por lo que, las consultas de enfermería de insuficiencia cardiaca (IC) se realizaron a través del teléfono, atendiendo presencialmente a pacientes descompensados. El objetivo de este estudio fue analizar el impacto de esta medida en el seguimiento de los pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron todas las consultas entre el 16/03/20 y 24/04/20. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas, tipo de seguimiento e intervención

enfermera, ingresos hospitalarios y frecuentación de urgencias. Se elaboró una base de datos propia, respetando en todo momento el anonimato de los pacientes. No se solicitó consentimiento informado, se consideró evaluación de la actividad.

Se realizó un análisis descriptivo para las variables cuantitativas, de frecuencias para las cualitativas y se aplicó la prueba de Chi-cuadrado para la asociación de los grupos.

RESULTADOS

Se realizaron 330 consultas, 276 (83,6%) telefónicas y 54 (16,2%) presenciales, correspondiente a 198 pacientes. Fueron hombres 210 (63,6 %) y la edad media fue de $67,7 (\pm 11,5)$ años. Se realizaron 25 consultas por descompensación, correspondiente a 18 pacientes. Precisaron ingreso hospitalario 3 pacientes, sólo 1 por exacerbación de la IC y falleció 1 paciente. Se realizaron ajustes en el tratamiento farmacológico en 133 (48,2%) consultas.

CONCLUSIONES

Las consultas telefónicas resultaron una opción segura, tanto para modificar dosis como iniciar tratamiento de pacientes en seguimiento previo. También para primeras visitas, donde las intervenciones más frecuentes fueron disminuir diuréticos orales por hipotensión y conciliación de la medicación. Finalmente fueron clave para evitar ingresos hospitalarios y frecuentación de urgencias. La principal limitación fue la falta de contacto físico con el paciente.

SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA TITULACIÓN DE BETABLOQUEANTES POR ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE DÍA DE RECIENTE CREACIÓN

Autores: Cabello Molina G, Westermeyer E, Marín López S, Poveda Martín S, Martínez Cartaña M, Galán Fernández S, Rizzo M, Colomer Asenjo I, Sutil Vega M, Martínez Rubio A.

Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell (Barcelona).

INTRODUCCIÓN

Los betabloqueantes tiene un indudable efecto pronóstico en pacientes con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección reducida (ICFER). Sin embargo, muchos pacientes no reciben las dosis recomendadas por las guías. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y evaluar la eficacia y seguridad de la implementación de un protocolo de titulación de betabloqueantes basado en enfermería en un hospital de día insuficiencia cardiaca (IC) de reciente creación.

METODOLOGÍA

Se analizaron los datos de 43 pacientes visitados en el hospital de día de IC entre agosto de 2018 y octubre de 2019. La titulación de betabloqueantes se realizó por una enfermera entrenada en IC según un protocolo preespecificado, con el objetivo de alcanzar las dosis diana recomendadas por las guías (Bisoprolol 10 mg/d o Carvedilol 25 mg c/12 hs).

RESULTADOS

La edad media fue de 65 ± 9 años, 74% sexo masculino. La media de la fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) fue de $31,3 \pm 5,0\%$. 53% etiología isquémica, 85% CF II NYHA. La mediana de NTproBNP fue 838pg/ml (RIQ429-1424). 34 pacientes (79%) en ritmo sinusal. La frecuencia

cardíaca (FC) media fue de 74 ± 10 lat/min. 72% de los pacientes estaban tratados con IECAs, ARA2 o ARNI y 63% tratados con antialdosterónicos. La mediana del tiempo de titulación fue de 5 semanas (RIQ 3-7). 30 pacientes (70%) alcanzaron la dosis máxima objetivo. Al final del periodo de titulación la FC media (74 ± 10 vs 65 ± 8 lat/min, $p < 0,001$) y la presión arterial sistólica (PAS) (127 ± 20 vs 120 ± 19 mmHg, $p = 0,04$) se redujeron significativamente. 13 pacientes (30%) no alcanzaron la dosis objetivo principalmente debido a bradicardia (FC < 55 lat/min). Durante el periodo de titulación no se registraron efectos adversos severos, visitas a urgencias o ingresos. En el análisis univariado, no se observó relación entre la edad, la FEVI, el NT-proBNP o la PAS basal y el alcanzar la dosis objetivo (todas $p > 0,05$). Sin embargo, una mayor FC basal (76 ± 10 vs 68 ± 9 lat/min, $p = 0,02$) se asoció significativamente con alcanzar la dosis máxima objetivo.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio la titulación de betabloqueantes por enfermería fue segura y efectiva. Una importante proporción de pacientes alcanzó la dosis objetivo, principalmente aquellos con mayor FC basal. Nuestros resultados resaltan el rol fundamental de la enfermería entrenada en IC en el manejo de pacientes con ICFeR.

CASOS CLÍNICOS

VENTRÍCULO SUICIDA, UNA PARADOJA

Autores: López Domenech G, Martínez Font S, Burgués Miró AC, Prats Barrera J, Querol Vallés E.

Hospital Clínico, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El implante percutáneo de la válvula aórtica (TAVI) ofrece una opción terapéutica a pacientes con estenosis aórtica severa no candidatos a cirugía. Una complicación tan infrecuente como deletérea tras el procedimiento en pacientes con hipertrofia ventricular es la aparición de gradiente intraventricular o ventrículo suicida.

El objetivo es establecer un plan de cuidados a una paciente sometida a un TAVI para resolver las necesidades aparecidas durante su proceso asistencial y prevenir o minimizar el impacto de las complicaciones que pueden derivarse.

MÉTODOS

Se presenta el caso de una mujer con estenosis aórtica severa y síndrome ansioso depresivo que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tras implante de TAVI. En el postoperatorio inmediato presenta clínica compatible con ventrículo suicida y en el 4.º día un bloqueo auriculoventricular completo que precisa maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) y posterior implante de marcapasos definitivo.

RESULTADOS

La valoración enfermera se realiza, siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon, en tres fases distintas del proceso asistencial. En cada fase se elabora un plan de cuidados siguiendo la metodología NANDA-NIC-NOC.

En las horas posteriores a su ingreso en UCI se realiza una valoración

urgente que resuelve tanto los problemas de colaboración como los diagnósticos enfermeros derivados de la aparición súbita de gradiente intraventricular, destacándose los de bajo gasto cardíaco y ansiedad. Se identifica también un elevado riesgo de pérdida de resiliencia.

Ya en cuidados intermedios una segunda valoración prioriza entre otros los diagnósticos enfermeros de deterioro de la resiliencia y dolor agudo secundarios a RCP. Las actividades planificadas permiten controlar el dolor y mejorar su capacidad de sostener y afrontar su situación.

Previo traslado a sala una nueva valoración muestra mejoría en casi todos los patrones funcionales. Las intervenciones prioritarias van dirigidas a la mejora de su tolerancia al estrés y a fomentar su resiliencia.

CONCLUSIONES

La detección precoz de la situación clínica por parte del equipo y la correcta orientación diagnóstica permiten revertir su estado y estabilizar a la paciente de manera rápida y eficaz.

La valoración enfermera se lleva a cabo de manera holística y continuada permitiendo intervenciones tempranas y adaptadas a las necesidades que se presentan durante su proceso.

PERICARDIOCENTESIS EN DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A

Autores: Casadellà Almar I, Palau Duran M, García Cellalbo I.

Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La Disección Aórtica (DA) consiste en la creación de una falsa luz en la capa media de la pared de la aorta. Puede aparecer taponamiento cardíaco en menos del 20% de los pacientes con DA tipo A. Esta complicación se asocia a un aumento de la mortalidad.

Objetivo del caso: conocer el plan de cuidados a un paciente con DA+taponamiento que precisa de pericardiocentesis para estabilización hemodinámica previa a intervención quirúrgica en otro centro hospitalario.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón, 59 años, dislipémico e hipertenso que acude a urgencias por dolor torácico irradiado a abdomen y espalda con vegetatismo asociado de 1h de evolución. A su llegada paciente hipotenso con pulso disminuido en extremidad inferior izquierda.

Por Angio TAC se confirma la existencia de disección con flap intimal desde aorta ascendente hasta la iliaca izquierda y femoral ipsilateral además de derrame pericárdico contenido. Precisa intubación e inicio de drogas vasoactivas.

Se decide trasladar al paciente al hospital de referencia para ser intervenido pero se practica pericardiocentesis emergente previa al traslado para estabilización.

Se realiza el procedimiento en hemodinámica obteniendo 210ml de sangre. Durante el caso se transfunden 2 concentrados de hematies y 1 de plasma. Se deriva al paciente para ser intervenido.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

La valoración del caso se realiza según el modelo de Virginia Henderson. Se elabora un plan de cuidados individualizado con la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

El diagnóstico principal es riesgo de sangrado r/c DA+pericardiocentesis m/p situación de *shock* hemodinámico. El resultado esperado es

solventar la severidad del *shock* cardiogénico con las intervenciones de administración de hemoderivados, de medicación intravenosa, manejo de la hipotensión, de la vía aérea y del *shock*.

REFLEXIÓN

Destacar que siempre hay que estar preparado para atender las urgencias que pueden entrar por la puerta de hemodinámica y que en muchas ocasiones no hay margen de preparación de todo lo necesario. En este caso todas las intervenciones lograron estabilizar al paciente para ser intervenido posteriormente.

MEDIASTINITIS TRAS CIRUGÍA CARDIACA: CUIDADOS AL ALTA

Autor: Quintana Giner M.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

INTRODUCCIÓN

La mediastinitis es una de las complicaciones más graves en cirugía cardíaca. A pesar de su baja incidencia 1- 3% se asocia con altas tasas de mortalidad 35% y eleva considerablemente el coste en concepto de tratamiento y alargamiento en estancia hospitalaria.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta una mujer de 62 años que ingresa en planta tras cirugía de limpieza quirúrgica urgente en herida esternal. Se caracteriza por la presencia de dolor agudo, temor ante la situación de repetición y limitación física. Nuestro objetivo será describir un plan de cuidados individualizado incorporando como coadyuvante la terapia por vacío VAC (*Vacuum Assisted Closure*).

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Elaboración de un plan de cuidados según el modelo conceptual de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NIC, NOC que garantice la calidad del cuidado y asegure la continuidad en el cuidado al alta.

Una vez realizada la valoración por necesidades de la paciente destacamos algunos diagnósticos: 00046 Deterioro de la integridad cutánea relacionada con la retirada de la sutura quirúrgica, 00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con restricción de movimientos por terapia de vacío y 00146 Ansiedad. Se planifican intervenciones y se evalúa evolución según indicadores y escalas al alta. Tras 46 días se retira terapia por vacío debido a mejoría clínica continuando con cura húmeda convencional cada 3 días. En la actualidad se encuentra en seguimiento conjunto de atención primaria y consulta de cuidados cardiovasculares-alta precoz.

REFLEXIÓN

La planificación de cuidados estandarizados en nuestra paciente, ha permitido priorizar intervenciones, homogeneizar el cuidado, y facilitar la continuidad en este proceso de recuperación complejo. En este caso ha sido altamente eficaz la correcta coordinación de las unidades asistenciales implicadas.

PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR HIPOPOSEMIA

Autores: Suárez Fontaña EM, Varela Tomé MD, Domínguez Ceballos ML.
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de QT largo es una canalopatía arritmogénica caracterizada por una grave alteración en la repolarización ventricular, traducido electrocardiográficamente por una prolongación del intervalo QT. Este predispone a muerte súbita por arritmias ventriculares malignas.

El uso continuado y prolongado de infusiones diuréticas (cola de caballo) conjuntamente con la toma de ciertos fármacos (macrólidos) puede provocar hipopotasemia, siendo ésta una causa desencadenante de arritmias ventriculares.

El objetivo es abordar un plan de cuidados de enfermería para una paciente joven que sufre una parada cardiorrespiratoria (PCR) extrahospitalaria por fibrilación ventricular (FV).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 43 años que ingresa por PCR extrahospitalaria por FV desencadenada por hipopotasemia.

Se realiza estudio etiológico de la FV concluyendo en el diagnóstico de síndrome de QT largo congénito. Se inicia tratamiento con bisoprolol pero ante la persistencia de extrasistoles ventriculares (EV) se cambia finalmente por Nadolol consiguiéndose la desaparición total de las EV. Posteriormente se decide implante de DAI subcutáneo en prevención secundaria de muerte súbita.

Alta a domicilio con cita para consulta de cardiopatías familiares para continuar estudio genético de la familia.

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 las taxonomías NANDA NIC NOC.

Los principales diagnósticos: ansiedad, temor, riesgo de desequilibrio electrolítico y riesgo de infección.

REFLEXIÓN

Durante el ingreso la paciente presenta mucho miedo y ansiedad generados por la situación vivida (PCR, estancia en cuidados intensivos) y el diagnóstico de su enfermedad.

Un plan de cuidados de enfermería adecuado le permite aceptar mejor su enfermedad mejorando sus conocimientos sobre la misma y disminuyendo el miedo y la ansiedad.

A PROPÓSITO DE UN CASO: SHOCK MIXTO EN PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Autores: Ruiz Falqués C, Juan Esgleas S, Soler Selva M, Martínez Font S, López Domenech G.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El *shock* cardiogénico afecta aproximadamente al 5-8% de los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) en el laboratorio de hemodinámica. Otra complicación grave que se puede producir durante el intervencionismo coronario percutáneo es una reacción alérgica al contraste yodado, siendo el *shock* anafiláctico potencialmente mortal.

La unión del *shock* cardiogénico con el *shock* anafiláctico en un paciente crítico requiere un manejo clínico más complejo en el que el diagnóstico y el tratamiento precoz es vital.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta un caso clínico de una mujer de 40 años que es trasladada por el servicio de emergencias médicas a nuestro centro por IAM en

clase Killip I. Se realiza una coronariografía vía radial derecha en la que observa enfermedad coronaria de la Descendente Anterior. Coincidiendo con la infusión del medio de contraste yodado, la paciente presenta un un *shock* mixto cardiogénico y anafiláctico necesitando soporte de asistencia ventricular, sin poder revascularizar la coronaria afectada.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realiza una valoración según las necesidades de Virginia Henderson en el momento de ingreso en UCI, donde destacaron cinco necesidades alteradas: respiración/circulación, alimentación/hidratación, movilización, termorregulación y seguridad.

De acuerdo con las necesidades destacadas y teniendo en cuenta que la peculiaridad del caso es la unión del *shock* cardiogénico con el *shock* anafiláctico se destacan dos diagnósticos NANDA: Deterioro de la ventilación espontánea en el cual se incluye una valoración de la respuesta anafiláctica e intervenciones dirigidas a evitar una segunda exposición al alérgeno y Riesgo de disminución del gasto cardiaco en el que las intervenciones fueron encaradas al mantenimiento adecuado de la asistencia ventricular para general buen gasto cardiaco.

REFLEXIÓN

La combinación del *shock* anafiláctico y cardiogénico activó los mecanismos compensatorios de ambos *shocks* evolucionando a parada cardiorrespiratoria refractaria al tratamiento, siendo necesario la implantación de una ECMO in situ que permitió implantar posteriormente una asistencia ventricular central para un manejo óptimo de la paciente. Es fundamental disponer de personal de enfermería formado en dispositivos de asistencia ventricular para poder manejar de forma segura dichos dispositivos, detectando precozmente las posibles complicaciones y actuando sobre ellas con seguridad.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN CÓDIGO INFARTO EN SITUACIÓN COVID-19

Autores: Tevar Gómez C, Fernández García C, Bartolomé Fernández Y, Sánchez Carpintero A, Simo Vilaplana M, Sánchez Santiago D, Encinas Jiménez S, Tribó Miró I, Serra Elías I, González Muñoz P.

Hospital del Mar, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial y constituyen uno de los principales problemas de salud pública.

Podemos definir el infarto agudo de miocardio como el dolor torácico agudo de más de 20 minutos de duración y elevación persistente del segmento ST en dos derivadas o más. La estrategia de tratamiento es tratar la posible oclusión coronaria lo más rápido posible mediante intervencionismo coronario o fibrinólisis.

La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Actualmente la COVID-19 es una pandemia que afecta a muchos países de todo el mundo.

Esta pandemia ha provocado la reestructuración de todos los hospitales del país y la creación de protocolos en cuanto al acompañamiento de familiares. En el caso de nuestro hospital, se prohibió la entrada de acompañantes, por lo que los pacientes estaban solos durante su ingreso hospitalario.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso clínico de un hombre de 43 años, sin antecedentes médicos, que presenta un dolor centrotorácico agudo de 30 minutos de evolución, de características opresivas, que es traído por el SEM a nuestro hospital para realización de cateterismo emergente, en situación COVID.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se ha aplicado un plan de cuidados utilizando para ello los Patrones Funcionales de M. Gordon y las taxonomías NANDA-NIC-NOC, y cómo diagnósticos principales pre-procedimiento encontramos [00146] Ansiedad, [00132] Dolor agudo, [00004] Riesgo de infección, [00086] Riesgo de disfunción neurovascular periférica y [00052] Deterioro de la interacción social. Para cada diagnóstico se identificaron resultados (NOC) con sus indicadores e intervenciones (NIC) con sus actividades.

REFLEXIÓN

Los planes de cuidados deben ser siempre procesos dinámicos para que favorezcan tanto la consecución de los resultados como la adaptación a los cambios que puedan surgir.

Mediante las actividades planificadas y la evaluación de los indicadores de resultados esperados logramos reducir la ansiedad y el dolor.

Sin embargo, el deterioro de la interacción social, a pesar de todas las herramientas utilizadas, persistió debido a las recomendaciones sanitarias existentes.

CASO CLÍNICO: MIOCARDITIS VÍRICA LIMFOCITARIA FULMINANTE CON SOPORTE BIVENTRICULAR EN EL CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA COVID-19: ¿QUÉ PODEMOS OFRECER COMO PROFESIONALES DE ENFERMERÍA?

Autores: Gázquez Toscano A, Galán Malón L.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La miocarditis fulminante (MF) se define como una afectación inflamatoria del tejido miocárdico como consecuencia de un proceso vírico, entre otros que desencadena un fracaso cardiaco de manera aguda. El tratamiento se fundamenta en la rápida recuperación de la contractilidad miocárdica utilizando fármacos inotrópicos y vasoactivos. No obstante, la evolución puede resultar tórpida y puede requerir de algún dispositivo de asistencia ventricular.

El objetivo es realizar un plan de cuidados de enfermería para el manejo del dispositivo ventricular, así como un plan de cuidados de enfermería focalizado en el soporte biopsicosocial tanto del paciente como de su familia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente que desarrolla una MF con *shock* cardiogénico que requiere soporte vital con una asistencia biventricular. Una vez resuelta la situación aguda, el paciente comienza a desarrollar trastornos de ansiedad, temor y soledad por la situación vivida contextualizada durante la pandemia de COVID-19.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se definen dos escenarios durante el proceso de ingreso, el primero se centra en la situación crítica del paciente a través de una valoración

por sistemas donde se detectan los problemas de colaboración y las posibles complicaciones derivadas del soporte circulatorio mecánico. El segundo escenario, tras estabilizar el *shock*, aborda la parte más psicosocial del paciente definiendo un plan de cuidados tras la detección de varios diagnósticos enfermeros utilizando las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

REFLEXIÓN

Al terminar la estancia del paciente en la UCI, se realiza la evaluación de los resultados marcados en el plan de cuidados comparando los resultados iniciales y los obtenidos previos al alta empleando la escala de Likert.

Tratar al paciente y a su familia usando las intervenciones elaboradas en el plan de cuidados, reduce de manera importante la angustia y ansiedad manifestada por ambos, la atención de la vertiente biopsicosocial es vital para que puedan aceptar la patología de súbita aparición.

PÓSTERES

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN UNA CONSULTA DE DISPOSITIVOS EN LA ERA COVID-19: «NUEVAS CIRCUNSTANCIAS, NUEVOS RETOS, NUEVOS APRENDIZAJES»

Póster 639.

Autores: Ferrero Benítez AB, Brea Laranjo C, Alaiz Rodríguez N, Fernández Suárez EM, Borrego Rodríguez J, Minguito Carazo C, Martín Fernández J, González Rebollo JM, Fidalgo Andrés ML, Fernández Vázquez F.

Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE), León.

INTRODUCCIÓN

Con el estado de alarma se suspendieron todas las consultas presenciales, incluyendo la de revisión de dispositivos, en la que enfermería desempeña un papel fundamental, con una estrecha interacción con el paciente. Por ello, elaboramos un protocolo, con 2 objetivos: garantizar la atención de nuestros enfermos; y hacerlo con la máxima seguridad para el paciente y familiares.

METODOLOGÍA

Etapas:

- Gestión telefónica: se realiza el día previo a la cita presencial. El equipo revisa la historia clínica y los parámetros en la última revisión, y de manera simultánea la enfermera contacta telefónicamente con cada paciente, para conocer su estado, resolver dudas, e informarles de la actitud a seguir: atención presencial inmediata, en 3, 6 meses o 1 año

- Gestión presencial, con las siguientes intervenciones:

Sala de Espera: a la entrada situamos una alfombra pulverizada con desinfectante; colocamos cartelería sobre diferentes aspectos; reorganizamos los asientos para mantener la distancia de seguridad, una ubicación específica para pacientes en silla de ruedas; e hidrogel con la obligatoriedad de aplicarlo previo a la entrada

Consulta: reubicación de los programadores en una única consulta (de las 2 disponibles); dejando la otra para el seguimiento remoto. Silla para el paciente con recubrimiento desechable.

Paciente: mascarilla quirúrgica obligatoria, hidrogel, y sin acompañante dentro de la consulta.

Equipo Médico: con bata, guantes, mascarilla y pantalla.

Programadores: protegido con funda no estéril y guante sobre la pala. Desinfección con alcohol al finalizar.

RESULTADOS

Entre el 16/03-15/05 de 2020 se contactó telefónicamente con 446 pacientes; precisando 23 revisión presencial obligada. Todos comprendieron y siguieron el protocolo según las indicaciones de enfermería. No se registró ningún contagio por COVID-19 entre el equipo de la UA; y los pacientes manifestaron verbalmente su satisfacción con respecto a las medidas tomadas.

CONCLUSIONES

Este nuevo modelo de organización nos ha permitido reiniciar los seguimientos durante la desescalada, bajo unas estrictas medidas de seguridad y sin registrarse contagios en el equipo. Enfermería desempeñó un papel fundamental para su elaboración y puesta en práctica, con la responsabilidad y la función de velar por cumplir y que se cumplan, todas y cada una de las normas, sin bajar la guardia, sabiendo lo que ello supondría, en las condiciones actuales.

ELABORACIÓN DE UNA GUÍA TERAPÉUTICA EN LA UNIDAD CORONARIA

Póster 640.

Autores: Corriónero Martín L¹, Alfigeme Sastre E¹, González Cebrián M¹, Miguel Gómez P¹, García Casares M¹, Torrecilla Jiménez M¹, González Egi-do EO¹, Martín Nuevo GM², Lucas Gómez T³.

1 Hospital Clínico Universitario de Salamanca, 2 Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid, 3 Hospital Universitario La Paz, Madrid.

INTRODUCCIÓN

El paciente coronario que ingresa en nuestra unidad es aquel que sufre una enfermedad grave con una evolución no predecible.

Precisa de la instauración precoz de medidas terapéuticas, que implica la administración de medicación de forma inmediata.

La gran cantidad de terapias, así como la administración conjunta de fármacos en el paciente coronario crítico, exige en el profesional de enfermería una actualización continuada en farmacología.

Nuestro objetivo es la elaboración de una guía de acceso rápido y tríptico de medicación habitual usada en nuestra unidad.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de las principales bases de datos.

Utilización de la guía práctica de preparación y administración de medicamentos inyectables de nuestro hospital, consensuada con las fichas técnicas de la Agencia Española del Medicamento. Colaboración con el Servicio de Cardiología de nuestro hospital.

RESULTADOS

Elaboración de guía de medicación habitual en la unidad coronaria. Se encuentra dividida según patología, grupo farmacológico y función, fármaco específico, forma de administración y efectos adversos. Además de incompatibilidades entre fármacos por la vía intravenosa.

Diseño de un tríptico en DIN-A3 con información agrupada según patología cardíaca e información esquematizada de medicación más

utilizada en nuestro servicio. Se incluye medicación peligrosa habitual donde se añade iconografía y se resalta en colores llamativos las incompatibilidades y efectos adversos.

El tríptico se encuentra en la zona de medicación para fácil acceso visual a la información.

CONCLUSIONES

Creemos que la elaboración de guía y tríptico de medicación habitual en la unidad coronaria ha servido para optimizar el trabajo de los profesionales de enfermería.

De esta forma se asegura la calidad de los cuidados, ahorra tiempo en su realización y evita errores.

Es fundamental la formación del profesional de enfermería, siendo necesario el uso de estas herramientas para facilitar la difusión de forma concisa y eficaz. Además creemos necesario la educación del paciente coronario, cuando sea posible, para facilitar su implicación y adherencia al tratamiento.

MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA VENO-ARTERIAL UNA HERRAMIENTA ÚTIL EN SITUACIONES DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIO

Póster 641.

Autores: Prats Barrera J, Burgués Miró AC, López Domenech G, Martínez Font S, Pérez Ortega S, Querol Vallés E.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El uso de membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) en la parada cardiorespiratoria (PCR) permite oxigenar y perfundir el cerebro y resto de órganos, por lo que suple las técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP) convencional.

La vía de acceso para la canulación puede ser, central o periférica. Esta última es una característica destacable y ventajosa de la ECMO sobre otras asistencias, ya que la canulación periférica puede ser percutánea permitiendo un rápido inicio del apoyo y la posibilidad de instaurarla a pie de cama. **Objetivos:**

- Dar a conocer el uso del dispositivo ECMO como una herramienta más en pacientes con PCR en un hospital de alta tecnología.
- Estandarizar la secuencia de intervenciones en su colocación, ya sea de colocación central o periférica.
- Establecer y definir los roles de cada uno de los profesionales implicados en el proceso.
- Describir las posibles complicaciones que pueden aparecer para poder prevenir su aparición o minimizar sus consecuencias.

METODOLOGÍA

Se describen los siguientes apartados:

- Preparación del paciente antes del procedimiento.
- Personal necesario con sus roles definidos (2 enfermeras, 1 TCAI, 2 cirujanos cardíacos, 2 perfusionistas).
- Material necesario.
- Secuencia de intervenciones.
- Observaciones importantes.

RESULTADOS

Evaluación: las complicaciones potenciales durante la colocación

del dispositivo serán: decanulación, desplazamiento de las cánulas o embolismo aéreo, las intervenciones enfermeras irán dirigidas a evitar dichas complicaciones.

CONCLUSIONES

La ECMO se ha revelado como una valiosa herramienta en casos de PCR refractario donde las medidas de resucitación cardiopulmonar convencionales son inefectivas. Su implementación ha permitido mejorar la supervivencia de los pacientes, disminuyendo los daños neurológicos incluso en aquellos casos donde la RCP se ha visto prolongada más de 45 minutos.

Cuando se instaura en PCR, el procedimiento debe hacerse rápido y seguro, por lo que es necesario que el personal conozca el protocolo y su rol en la emergencia. La formación continuada con simulaciones permite poner en práctica el protocolo y tener a los profesionales formados para las eventuales emergencias.

PAPEL DE ENFERMERÍA DESDE LA IMPLANTACIÓN DEL DISPOSITIVO IMPELLA EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA HASTA SU INGRESO EN LA UNIDAD DE CORONARIAS

Póster 642.

Autores: Alfageme Sastre E¹, González Cebrián M¹, García Casares M¹, Miguel Gómez P¹, Corrienero Martín L¹, Pascual Sánchez S², Walias Marcos MC¹, Carreño Sánchez RM¹, Hernández García A¹, Muñoz Sánchez R¹, González Sánchez MB¹, González Delgado CY¹, De la Torre Valverde N¹, Nuñez López JC¹.

1 Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, 2 Centro de Salud Andrés Mellado, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La asistencia ventricular Impella cada vez está más presente en procedimientos coronarios de alto riesgo o en el *shock* cardiogénico, proporcionando un gasto cardíaco eficaz y descargando el ventrículo izquierdo.

La labor de enfermería es importante durante su implantación y en los cuidados posteriores del mismo.

Nuestro objetivo es desarrollar las funciones de enfermería desde la implantación del dispositivo Impella en la Unidad de Hemodinámica hasta el ingreso del paciente en la Unidad de Coronarias.

METODOLOGÍA

Hemos realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos obtenidos de las principales bases de datos, manuales de enfermería y de hemodinámica y del protocolo vigente en nuestro centro.

RESULTADOS

La implantación del catéter Impella se realiza en la Unidad de Hemodinámica por un médico hemodinamista y dos enfermeras que conozcan la técnica y el manejo del dispositivo. Durante el procedimiento enfermería se encarga de:

- Monitorizar al paciente.
- Preparar el material e instrumentar para la implantación.
- Chequear la consola y purgar el sistema con heparina.
- Realizar controles de tiempo de coagulación activada (ACT).

Durante el traslado de la Unidad de Hemodinámica a la Unidad de

Coronarias, la enfermera responsable controla el estado del paciente y evita tensiones entre la consola y el catéter Impella para que no se produzcan dislocaciones del catéter.

A la llegada a la Unidad de Coronarias, la enfermera de hemodinámica comunica a la enfermera que va a llevar al paciente la información necesaria sobre el paciente y el procedimiento. A su vez:

- Monitoriza al paciente.
- Realiza el control del punto de inserción y fija el catéter.
- Cambia de «modo automático» a «modo estándar».
- Cambia a suero glucosado sin heparina, según protocolo. Si es necesario, la administración de heparina se realiza de forma sistémica.

CONCLUSIONES

La comunicación entre los equipos de enfermería de la Unidad de Hemodinámica y la Unidad de Coronarias es vital para el seguimiento de estos pacientes.

El conocimiento de la técnica de implantación del Impella y su manejo es importante para su correcto funcionamiento y poder proporcionar los mejores cuidados al paciente.

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO A TRAVÉS DE CÁNULAS NASALES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS CORONARIOS.

Póster 643.

Autores: Alfageme Sastre E¹, González Cebrián M¹, García Casares M¹, Miguel Gómez P¹, Corriónero Martín L¹, Pascual Sánchez S², Burguillo López, M¹, Torrecilla Jiménez M¹, Barriga Miguel MG¹, Álvarez Castello MS¹, López Sánchez MM¹, López Sanz MM¹, Caramazana González A¹, Sánchez Calvo MA¹, Ramos Daniel MF¹.

1 Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, 2 Centro de Salud Andrés Mellado, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La oxigenoterapia de alto flujo a través de cánulas nasales es una de las terapias más usadas en pacientes con insuficiencia cardiaca por los beneficios que produce, como una mejor oxigenación y la disminución en la precarga del ventrículo derecho.

El conocimiento y la destreza de enfermería son importantes ya que se encarga del montaje y del manejo del dispositivo, asegura el buen funcionamiento del mismo y se anticipa a las posibles complicaciones que puedan surgir.

Nuestro objetivo es conocer el dispositivo y desarrollar las funciones de enfermería en el manejo de la oxigenoterapia de alto flujo con cánulas nasales.

METODOLOGÍA

Para la realización de este procedimiento se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes artículos científicos obtenidos de las principales bases de datos.

RESULTADOS

La oxigenoterapia de alto flujo administrada a través de cánulas nasales permite suministrar oxígeno a alto flujo (60 litros por minuto) mezclado con aire, con una humedad relativa del 100% y una temperatura de 37^o, y con una presión continua en la vía aérea.

Para llevar a cabo la terapia, enfermería debe conocer el funcionamiento del dispositivo y los componentes del mismo:

- un controlador de flujo y fracción inspirada de oxígeno
- un humidificador-calefactor
- unas tubuladuras no condensantes en forma de espiral
- unas cánulas nasales de silicona.

Durante la terapia, la función de enfermería es:

- controlar hemodinámicamente al paciente
- comprobar el correcto nivel de agua en el depósito humidificador y su temperatura
- anticiparse a las complicaciones que se puedan producir (epístaxis, lesiones en la mucosa nasal...).

La aplicación de esta terapia mejora la oxigenación en estos pacientes con una mejor tolerancia a la misma, gracias al confort proporcionado por las cánulas nasales que disminuyen la sensación de agobio y les permite realizar actividades como comunicarse y alimentarse.

CONCLUSIONES

Una buena formación del personal de enfermería en el uso y manejo del dispositivo garantiza un buen funcionamiento del mismo y permite proporcionar unos cuidados de calidad al paciente.

IMPLEMENTACIÓN DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVO INGRESO Y EN FORMACIÓN, EN LAS SALAS DE HEMODINÁMICA Y ESTIMULACIÓN CARDIACA DE UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Póster 644.

Autores: Jiménez Mendía L, Ruiz de Ocenda Sanz E, Pankiv V, Santamaría Jiménez O, Novales Salcedo P, Val Armentia MT, Muro Ruiz de Osma ME, Marañón Díaz de Cerio M, Beltrán de Heredia Pérez de Villareal ML, Rodríguez Rodríguez M.

Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava).

INTRODUCCIÓN

En nuestra unidad no existe ningún documento que sirva de orientación al personal de enfermería de nueva incorporación y en formación que les integre de una forma más sencilla en el equipo de trabajo. Elaboramos el Manual de Acogida para personal de enfermería de nuestra unidad con el objetivo de integrar éste personal cuanto antes en la unidad y de que conozcan las funciones y tareas del puesto de trabajo que van a desempeñar, para realizarlas con eficacia en el menor tiempo posible, y por otro lado transmitir aquellos valores y cultura del Servicio de Cardiología.

METODOLOGÍA

Realizamos este manual el personal de enfermería que trabajamos en la unidad con la participación de supervisión, servicios de calidad y mantenimiento. Lo estructuramos en varios apartados. Tras la introducción ubicamos la unidad dentro del hospital adjuntando un pequeño plano. Continuamos explicando cada una de las salas con la dotación de material. Tras ello describimos la organización del personal de enfermería en las salas de trabajo, distintos puestos y su contenido. Se enumeran posteriormente los procedimientos de nuestra cartera de servicios y finalizamos reseñando normas de funcionamiento interno

e información de utilidad para el profesional. En el documento existen hipervínculos y enlaces a sitios de interés donde encontrar información pormenorizada de lo que se describe. Este manual es revisado y actualizado periódicamente.

RESULTADOS

En la acogida, cada profesional tiene un plan de formación inicial pormenorizado incluyendo formación en los diferentes puestos, formación *ad hoc*, en herramientas de trabajo que utilizará diariamente y en técnicas más concretas y específicas y se le asigna un tutor para el seguimiento. A la finalización del plan de formación realiza una valoración escrita en un documento específico para ello. Hasta la fecha se han realizado 6 valoraciones de acogida con el mejor resultado dentro de la escala de Likert propuesta.

CONCLUSIONES

La necesidad de disponer de un Manual de Acogida para nuevo personal de enfermería en nuestra unidad es una herramienta que facilita no sólo el conocimiento y la información necesaria para el trabajo diario si no que, además, permite integrarse plenamente en la unidad, contribuyendo con su dedicación y la del resto de los profesionales, a mejorar la salud de los pacientes, en un quehacer cotidiano basado en la mejora continua y la excelencia.

PRUEBA DE ESFUERZO AUTOGESTIONADA POR ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN EL AMBIENTE EXTRAHOSPITALARIO. VIABILIDAD, SEGURIDAD E IMPLICACIONES EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

Póster 645.

Autores: López Roldán AM, Couto Comba P, Dorta Macías CF, Pelegri Ferrer F, Moreno Sanfíel JR, González Ramos MC, Hernández Afonso JS.
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

INTRODUCCIÓN

En febrero de 2019 comenzó un programa de PE realizada por enfermería en un Centro de Atención Especializada (CAE) extrahospitalaria con validación posterior del informe por un cardiólogo con actividad asistencial en una consulta contigua. Presentamos el primer año del proyecto, evaluando la viabilidad, seguridad así como la implicación del resultado positivo de la PE en la decisión de tratamiento médico (TM), angioplastia (ACTP) o cirugía (QX).

METODOLOGÍA

Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes que entre el 01.02.2019 y el 30.04.2020 se sometieron a una PE en un CAE. Las PE son citadas, realizadas e informadas por enfermería, siendo el informe validado luego por un cardiólogo con actividad paralela en el CAE. Se desarrolló un protocolo de derivación de las complicaciones a urgencias del hospital.

RESULTADOS

Se realizaron 621 PE, con un seguimiento medio de 8,1 meses (1 - 14). La media de edad fue de 57 años (25 - 82). El 62% de los pacientes fueron varones. La principal indicación para la realización de la PE fue el diagnóstico o pronóstico de dolor torácico. La intención fue diagnóstica en 484 pacientes (78% del total, 28 positivas -5,8%, tras la coronariografía

25 continuaron con TM, 1 precisó ACTP y 2 se derivaron a QX); con intención pronóstica fueron 137 pacientes [22%, 12 positivas -8,7%- de las cuales 11 continuaron con TM y 1 precisó QX]. En el análisis global de las PE fueron positivas en 40 pacientes (6,4%), y de ellas el 90% continuaron con TM y el 10% precisó revascularización (ACTP o QX). Ninguna de las PE negativas ingresó por eventos cardiovasculares en el seguimiento. Como complicaciones destacables de las PE se documentaron 3 pacientes con taquicardia ventricular no sostenida, un paciente con bloqueo AV 2:1 a altas frecuencias, un paciente desarrolló flutter 1:1 a máximo esfuerzo (bajo tratamiento antiarrítmico previo), 2 pacientes desarrollaron fibrilación auricular en el máximo esfuerzo y 10 pacientes refirieron mareos (6 de ellos asociados a hipotensión). Todas las complicaciones se autolimitaron y se resolvieron sin intervención médica.

CONCLUSIONES

La realización de PE en un CAE por enfermería entrenada es una práctica segura y efectiva con escaso número de complicaciones (2,7%) y todas resueltas de forma espontánea. Un bajo porcentaje resulta positiva (6,4%) y de estas la gran mayoría no precisa revascularización (90%).

EDUCANDO DESDE LAS ONDAS

Póster 646.

Autores: Sánchez Bardanca A¹, Suárez Fontaña EM¹, Amor Cambón J¹, Caberta Lema MC¹, Balsa Canto M¹, Vicente Chao R².

1 Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, 2 Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

INTRODUCCIÓN

La radio supone a día de hoy uno de los medios de comunicación más utilizado en el que destaca su accesibilidad para diferentes tipos de públicos. Por este motivo nos aporta una herramienta de calidad para la Educación para la Salud. A través de un medio comunitario local y empleando lenguaje cotidiano se aportan elementos para la modificación de hábitos y el empoderamiento de los pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de nuestra labor en la radio en el que se mide la incidencia en la población a través de los datos que nos aportan las descargas de *podcast*.

RESULTADOS

Tras la emisión de 6 episodios, 3 meses de emisión, se evidencian los siguientes datos de incidencia sobre las descargas digitales: el tamaño descargado de cada episodio es de media 4,63 Gygabytes lo que se corresponde con 3438,24 minutos escuchados. Presumiendo que se escuche el programa completo habría un total de 60 oyentes.

CONCLUSIONES

A la vista de los datos obtenidos podemos concluir que, a pesar de no tener la capacidad de llegar a una amplia audiencia, el programa mantiene una expectación constante y fiel.

La capacidad de ser un espacio atractivo para la divulgación nos hace creer que puede llegar a ser una herramienta útil para intervenciones concretas en grupos específicos de Educación para la Salud.

MEJORANDO EL TRABAJO EN EQUIPO EN HOSPITALIZACIÓN CARDIOLÓGICA: ESTRATEGIAS CONSENSUADAS

Póster 647.

Autores: Quesada Melero A, Mendiluce Greño N, Fernández Iriarte E, Valbuena Condón M, Vázquez Calatayud M.

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra).

INTRODUCCIÓN

El trabajo en equipo en enfermería es clave para garantizar la seguridad de los pacientes cardíacos hospitalizados y la eficiencia en el gasto sanitario. Objetivo: promover un cambio para mejorar el trabajo en equipo entre los profesionales de enfermería que trabajan en la Unidad de Cardiología.

METODOLOGÍA

Investigación-Acción Participativa realizada entre 11/2018 y 06/2020 en una Unidad de Hospitalización de Cardiología. El proceso cíclico e iterativo fue en 4 fases: diagnóstico de situación, propuestas de cambio, diseño e implementación de las propuestas y evaluación. Se presentan las 2 primeras fases del 2.º ciclo. Recogida de datos: (1) cuestionario diseñado en base a la literatura con 14 ítems (del 1-5 puntuación) y 5 preguntas abiertas, y (2) consenso con grupo focal de 6 expertos. Se realizó análisis descriptivo de los datos cuantitativos y análisis de contenido de los datos cualitativos hasta su saturación teórica.

RESULTADOS

La experiencia media de las enfermeras ($n = 19$) fue de 14,3 años (DE: 8,83; 2-32 años). Se recogieron 13 cuestionarios de enfermeras (63%) y 6 de auxiliares (70%). Los ítems mejor valorados fueron el conocimiento que tenían de los pacientes asignados en el turno (puntuación media 4,6) y el conocimiento de los pacientes asignados facilita el trabajo en equipo (puntuación media 4,4). El ítem peor valorado fue la autonomía de la auxiliar para planificar y realizar cuidados (puntuación media 3,5). El análisis de contenido de las preguntas abiertas identificó las principales barreras: falta de tiempo por carga de trabajo, déficit de comunicación durante el turno, falta de autonomía de la auxiliar y dificultad para cambiar la sistemática de trabajo. El grupo de consenso analizó los resultados e idearon estrategias de mejora: 1) la comunicación auxiliares-enfermeras; 2) la formación de auxiliares para un cuidado más integral; 3) sistematización de intervenciones de auxiliares y 4) la organización con las enfermeras para realizar cuidados más específicos.

CONCLUSIONES

El uso de metodologías de consenso permite priorizar y diseñar estrategias de cambio adecuadas al contexto en el que se van a aplicar. La mejora de la comunicación intra-interprofesional, la formación de auxiliares para un cuidado centrado en el paciente y la organización colaborativa de los cuidados durante el turno son las estrategias de cambio a implementar, que serán evaluadas a corto y largo plazo.

VARIABILIDAD EN LA MEDICIÓN DEL TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADO SEGÚN EL TIPO DE CUBETA UTILIZADA

Póster 648.

Autores: Rubio Alcañiz V, Benítez Martín P, Latorre Jiménez JM, Lorenzo García D, Álvarez Vázquez JM, Pérez García E, Rodríguez Benítez T, Calderín Escobio P, Benito Mayoral M.

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

INTRODUCCIÓN

El tiempo de coagulación activado (ACT) es un test point-of-care ampliamente utilizado para ajustar la dosis de heparina en los procedimientos intervencionistas. Conseguir el rango terapéutico es fundamental para evitar la hemorragia o la trombosis. En nuestro laboratorio se cambió el sistema de medición del ACT, pero había dos cubetas diferentes. La cubeta ACT+ que medía los efectos de la heparina con dosis entre 1 y 6 U/ml y la cubeta ACT-LR cuando la dosis en sangre era menor o igual a 2,5 U/ml. Por recomendación del proveedor se empezó a utilizar la cubeta ACT+. Sin embargo, para llegar al rango terapéutico los pacientes requerían dosis inesperadamente altas de heparina.

Nuestro objetivo fue averiguar cuál de las dos cubetas ofrece un resultado de ACT más adecuado para el intervencionismo cardiológico.

METODOLOGÍA

Estudio observacional prospectivo. Durante el mes de mayo de 2020 se analizaron y compararon 71 muestras de sangre correspondientes a 50 pacientes sometidos a cateterismo cardiaco. Se midió el ACT de cada muestra en las 2 cubetas. Se analizaron los resultados mediante la prueba t de Student, el coeficiente de correlación y el análisis Bland-Altman.

RESULTADOS

La media de edad fue de 67 años y el 65% fueron hombres. El 90% de las mediciones correspondieron a la anticoagulación sistémica. La media de las mediciones con la cubeta ACT+ fue de 215 DE 58 segundos y la de la ACT-LR de 293 DE 69 segundos ($p < 0,000001$). El coeficiente de correlación fue positivo ($r = 0,9$). Sin embargo, con el método de Bland-Altman, el sesgo medio entre las dos cubetas fue de -78 DE 30 segundos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión: no se puede utilizar la cubeta ACT+ en procedimientos intervencionistas cardiológicos. Es más adecuada la utilización de la cubeta ACT-LR. Conclusiones: la cubeta ACT-LR fue más sensible y consiguió alcanzar el rango terapéutico de ACT con menores dosis de heparina.

¿HA AFECTADO EL PERÍODO DE ESTADO DE ALARMA A LA ACTIVIDAD DEL CÓDIGO INFARTO EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODINÁMICA?

Póster 649.

Autores: Pinto Plasencia RJ, Martín Hernández MP, Nagele Hernández MC, Lecuona García M, Díaz Hernández N, Hernández Cabrera OL, Sánchez Esteban JJ.

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

INTRODUCCIÓN

El Gobierno de España declaró el estado de alarma el 14 de marzo de 2020 ante la situación de pandemia ocasionada por la enfermedad por coronavirus (COVID-19), dando lugar a un cambio significativo en el sistema sanitario. El objetivo de este estudio es cuantificar este cambio en nuestra unidad, especialmente, analizando el producido en el Código Infarto (intervencionismo en el seno del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST).

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo cuantificando el total de procedimientos realizados en la unidad de Hemodinámica de nuestro centro en el período comprendido entre el inicio del estado de alerta, 14 de marzo de 2020, y el 20 de mayo de 2020, comparándolo con los mismos periodos de tiempo en los dos años que le preceden, 2018 y 2019. Dentro de los datos se incluye la actividad diagnóstica, intervencionismo coronario, intervencionismo estructural y el Código Infarto.

RESULTADOS

En el global de procedimientos realizados los datos arrojan un total de 298 procedimientos en 2018, 342 procedimientos en 2019 y 245 procedimientos en 2020. Esto supone un descenso de procedimientos del 21,63% respecto a 2018 y del 39,59% respecto a 2019. El número de códigos infarto en 2018 en ese período temporal abarca un total de 19, en 2019 de 38 y en 2020 de 36 (ascenso del 5,55% del año 2019 respecto a 2020 y un descenso del 47,23% del año 2018 respecto al 2020). Si se observa el total de los códigos infarto respecto al total de procedimientos realizados en las salas del servicio, se aprecia que en 2018 el Código Infarto supuso el 6,37% del total; en 2019 el 11,11% del total de procedimientos se corresponde al Código Infarto, mientras que en 2020 el 14,65% del total de los procedimientos realizados en la unidad se corresponde al Código Infarto.

CONCLUSIONES

Se observa una disminución importante en la actividad asistencial global del servicio durante el periodo del estado de alarma en España por la COVID-19 en la Unidad de Hemodinámica. Respecto al Código Infarto no se aprecian cambios significativos en números globales de procedimientos. No obstante, se constata que hay un incremento del % que supone el mismo sobre el global de los procedimientos realizados en la unidad. Este estudio puede ser una base para la elaboración de futuras investigaciones relacionadas.

IMPLANTE DE MARCAPASOS SIN CABLES EN PEDIATRÍA

Póster 650.

Autores: Obón Jiménez L, Moll Adrián I, Rey Gómez C, Torner Solà S, Esquirol López MT.

Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La estimulación cardiaca permanente es el único tratamiento efectivo para bradicardias sintomáticas y bloqueos auriculoventriculares. La investigación biomédica y los avances tecnológicos han permitido disponer de dispositivos más pequeños, más duraderos y sofisticados.

El implante de marcapasos sin cables elimina la necesidad de generar un bolsillo subcutáneo o submuscular y las complicaciones derivadas de estos y las asociadas a los electrodos, obteniéndose beneficios similares a la estimulación convencional.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo observacional, comprendido entre los meses de julio de 2018 y enero de 2020, en un hospital monográfico maternoinfantil, donde se incluyen 6 pacientes pediátricos con indicación de estimulación monocameral.

El dispositivo Micra (Medtronic) es un marcapasos diseñado para estimulación bipolar (VVIR) monocameral en el ventrículo derecho, y para ser implantado de forma percutánea a través de un acceso venoso femoral (21F). En los pacientes más pequeños se decidió un abordaje híbrido mediante disección de la vena yugular interna.

El objetivo es conocer la factibilidad del implante de un marcapasos sin cables en población pediátrica.

RESULTADOS

El implante resultó exitoso en los 6 casos que se incluyen en el estudio, 3 de ellos mediante acceso percutáneo femoral, y los tres restantes mediante disección de yugular interna (2 derecha y 1 izquierda).

Las indicaciones de estimulación cardiaca permanente fueron pausas sinusales o asistolias de 10 segundos a 2 minutos registradas mediante holter subcutáneo.

La media de edad fue de 7 años (3 - 14) y peso de 17,2 Kg (13 - 37).

La posición correcta del dispositivo en el ventrículo derecho se comprobó mediante RX de tórax en AP y Lateral y ecocardiografía a las 24h del implante.

El seguimiento durante estos 18 meses ha demostrado estabilidad en parámetros de sensibilidad, captura e impedancia.

Apareció una complicación de disfonía por compresión del nervio recurrente en un paciente con acceso yugular, que recurrió a los 3 meses del implante.

CONCLUSIONES

El implante de marcapasos sin cable en pediatría es factible y ha demostrado ser seguro adaptando la técnica a cada caso.