

# Pósteres Fórum

Viernes, 11 de mayo de 10.00 a 11.00 horas.

**Sala A. PÓSTERES FÓRUM**

## Moderadora:

**Andrea Fabiana Zoni Álvarez.** Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.

## TRAYECTORIA CLÍNICA EN LA ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES Y DE TAQUICARDIAS VENTRICULARES

*Viernes, 11 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala A.*

**Autores:** Cano Valls A; Niebla Bellido M; Matas Avellà M; Ruiz Carol D; Camon Pañella S; Venturas Nieto M.

**Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.**

### INTRODUCCIÓN

En nuestra unidad de arritmias se realizan ablaciones guiadas con sistemas de navegación que dada su complejidad son largas, pueden provocar dolor al paciente o provocar síntomas desagradables. Por lo tanto, en la ablación de venas pulmonares y en la de taquicardias ventriculares sedamos al paciente.

### METODOLOGÍA

Para garantizar un tratamiento seguro y unos cuidados óptimos, antes de empezar con la intervención y al finalizarla debemos seguir las trayectorias clínicas. Hemos desarrollado dos trayectorias clínicas, uno por cada procedimiento ya que los varían requisitos para poder empezar. Es una hoja de recogida de datos que acompaña al paciente desde su ingreso hasta que finaliza la intervención. Consta de 4 partes: 1ª. Información pre-intervención a rellenar por el equipo de enfermería del Hospital de día que realiza su acogida. 2ª. Información pre-intervención a rellenar por el cardiólogo que realiza su acogida. 3ª. Información pre-operatoria sobre la preparación del quirófano y del paciente a rellenar por el equipo de enfermería de la unidad de arritmias. 4ª. Información post-operatoria sobre el paciente para retransmitirla al equipo donde va a ser ingresado.

### RESULTADOS

Gracias a las trayectorias clínicas, se monitorizan parámetros que posteriormente pueden ser utilizados para otros estudios de calidad o de perfeccionamiento de los cuidados.

### CONCLUSIÓN

Este protocolo nos garantiza el buen desarrollo de los procedimientos, nos previene de posibles complicaciones por que deja poco espacio a errores y nos facilita la transmisión de información importante respecto al paciente y sus cuidados.

## SE PRESENTA A PREMIO

## DISEÑO DE UN TRÍPTICO PARA LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD EN UN SERVICIO DE HEMODINÁMICA CARDIACA

*Viernes, 11 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala A.*

**Autores:** Luque Carrasco D<sup>1</sup>; Sánchez Simón I<sup>2</sup>; Pérez Barreto JM<sup>1</sup>; Prieto Alejandro L<sup>1</sup>; Hidalgo Rus MJ<sup>1</sup>; Salvador Alabau I<sup>2</sup>; Torres Ferrer A<sup>1</sup>; Rosa Siles R<sup>2</sup>.

**Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona<sup>1</sup>; Hospital Universitari de Sant Joan de Reus<sup>2</sup>.**

### INTRODUCCIÓN

En la unidad de hemodinámica cardiaca encontramos altos niveles de ansiedad previos al cateterismo cardiaco en los pacientes, al tratarse de un procedimiento invasivo en un órgano vital. En nuestra área pre y post-procedimiento suelen surgir las mismas dudas en la mayoría de los pacientes, y aprovechando el tiempo previo al cateterismo creemos que una buena solución es la creación de un tríptico informativo dando respuestas a estas preguntas.

### METODOLOGÍA

Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre la reducción de la ansiedad antes del cateterismo cardiaco, y recogida en un diario de campo las preguntas más frecuentes que nos hemos encontrado en nuestra experiencia profesional de nuestro servicio. Se consultaron diferentes bases de datos (Cinahl, Cuiden, Pubmed, Google Scholar), acotando la búsqueda a los últimos cinco años. Se utilizaron descriptores en español («ansiedad», «cateterismo», «cardiaco», «corazón», «cateterización»), en inglés («anxiety», «cardiac», «heart», «catheterization», «cateterismo»). El tríptico consta de dos caras; una en la que se informará del procedimiento junto con imágenes aclaratorias y otra en la que resolverán las preguntas más frecuentes.

### RESULTADOS

Tras recibir al paciente, prepararlo para la prueba y explicarle el funcionamiento de la unidad, se le hará entrega del tríptico. Posteriormente, nos aseguraremos que el paciente lo ha entendido correctamente y aclararemos cualquier duda que les pueda surgir. Gracias a la escucha activa, un buen «feedback» y la educación sanitaria previa, conseguiremos la disminución de los niveles de ansiedad de los pacientes.

### CONCLUSIÓN

Por la disminución de la ansiedad en los pacientes, el cateterismo cardiaco se realizará de forma más relajada, con más información y evitando las complicaciones que se derivan de ésta.

## PROTOCOLO DE CURA DE DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR

*Viernes, 11 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala A.*

**Autores:** Sánchez Pablo MR<sup>1</sup>; Hernández Rivas AA<sup>1</sup>; Fernández Iriarte E<sup>2</sup>; Jimeno San Martín L<sup>2</sup>; Conejero Ferrer P<sup>3</sup>.

**Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda<sup>1</sup>; Clínica Universitaria de Navarra<sup>2</sup>; Hospital Universitari i Politècnic La Fe<sup>3</sup>.**

## INTRODUCCIÓN

Los dispositivos de asistencia ventricular (DAV) prolongan la supervivencia y mejoran la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca terminal. Se usan como puente al trasplante, como terapia de destino o como puente a la decisión. En algunos DAV, al abdomen del paciente aboca el driveline, conectándose a un controlador externo. Entre las principales complicaciones de estos pacientes se incluye: infección en la línea de transmisión o driveline.

## METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica actualizada sobre cuidados del cable conductor. Además, se consultó con centros hospitalarios internacionales y nacionales con experiencia en DAV y con el asesoramiento de la casa comercial, se consensuó cómo realizar la cura y el mantenimiento de la asistencia.

## RESULTADOS

Se implementa un Plan de Cuidados (PC) con NANDA, NIC y NOC con los diagnósticos:

00046 Deterioro de la integridad cutánea. Resultados NOC: Integridad tisular. Indicadores: Temperatura tisular en el rango esperado. Piel intacta. Intervenciones NIC: Cuidados de las heridas: Se realiza una cura estéril. Material necesario: paño estéril, gasas estériles, suero fisiológico, Clorhexidina acuosa, apósito tipo foam, tijeras, adhesivo y fijador externo. Vigilancia de la piel. 00004 Riesgo de infección. Resultados NOC: Detección del riesgo. Indicadores: reconoce los signos y síntomas que indican riesgos. Intervenciones NIC: Control de infecciones. Facilitar el aprendizaje. Enseñanza individual.

## CONCLUSIÓN

Se debe vigilar e identificar signos de infección y mantener la piel intacta. Es primordial formar al paciente y familiar sobre signos y síntomas de alarma. La implementación de un protocolo de cuidados estructurado permite un cuidado holístico del paciente, unifica criterios, planifica actividades y mide resultados. El usuario se beneficia de una atención estandarizada y a la vez personalizada. Se plantea realizar un estudio prospectivo y multicéntrico que permita evaluar la efectividad del protocolo a largo plazo.

## LA ENFERMERÍA, PILAR EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

*Viernes, 11 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala A.*

**Autores:** Riveiro Rodríguez C; Naya Leira C; Rodríguez Rodríguez G; Rodríguez Longueira S; Mengual Macenlle R; Blanco Canosa P; Grille Cancela Z; Varela Tome MD; Sabater Sánchez MDC; Crespo Leiro M.

**Hospital Universitario A Coruña. A Coruña.**

## INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es una enfermedad grave, incapacitante y crónica que cursa con descompensaciones durante las cuales el paciente se encuentra severamente afectado. En los periodos estables se muestra inseguro y preocupado. En España se registran más de 80.000 ingresos/año, y la mitad reingresa antes del año por descompensación. El autocuidado y la adherencia al tratamiento son aspectos fundamentales para la evolución favorable de la IC. Las Guías de Práctica Clínica reconocen la educación terapéutica como pilar fundamental en la atención a estos pacientes destacando el papel de la enfermería. La capacitación del paciente es un factor clave debido a

la cronicidad. Es necesario empoderarlo fortaleciendo sus capacidades, y favorecer el desarrollo de las habilidades necesarias para responsabilizarse de su salud. El objetivo es educar al paciente y la familia con la intención de adquirir las habilidades necesarias para la detección precoz de signos y síntomas de descompensación y mejorar su calidad de vida.

## METODOLOGÍA

En la primera visita la enfermera proporciona información verbal y escrita, hace entrega del tríptico donde se explica qué es la IC, síntomas y hábitos de vida recomendados; del cuaderno de monitorización de constantes y peso con instrucciones para cumplimentarlo correctamente; y las fichas de colores correspondientes a los fármacos prescritos, explican para que sirven, efectos que producen y como evitar efectos secundarios. También oferta atención telefónica.

## RESULTADOS

Cuando acuden a revisión detectamos que guardan los materiales entregados, consultan la información e identifican signos y síntomas de alarma, en escasas ocasiones olvidan traer cumplimentado el cuaderno y cuando tienen dudas contactan con nosotros.

## CONCLUSIÓN

La educación individualizada a paciente y familia promueve el autocuidado y facilitar materiales favorece el aprendizaje. Creemos que el siguiente paso es la realización de un estudio para evaluar nivel de conocimiento y grado de cumplimiento.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE PORTADOR DE DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR TIPO HEARTMATE III (R) EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

*Viernes, 11 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala A.*

**Autores:** Lázaro Fernández AM; Ruiz Muñoz M; Rosenfeld Vilalta L; Calvo Barriuso E; Asensio Flores S.

**Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.**

## INTRODUCCIÓN

Los dispositivos de asistencia ventricular (DAV) de larga duración han cambiado el pronóstico de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca terminal, alargando su supervivencia y mejorando su calidad de vida, tanto como puente al trasplante cardíaco como terapia de destino. El papel de la enfermera en el cuidado, educación y soporte de este tipo de pacientes es clave para su pronta recuperación. El objetivo es describir un protocolo para el cuidado de los pacientes portadores de HeartMate III® durante la estancia del paciente en la unidad de hospitalización.

## METODOLOGÍA

En el protocolo se describen diferentes procedimientos y actividades de cara a estandarizar los cuidados a los pacientes portadores de DAV. Relacionados con el «empowerment» del paciente (educación sanitaria para potenciar su autonomía, prácticas con la familia). Requerimientos básicos que debe tener la habitación de hospitalización para garantizar la seguridad del paciente. Cuidados específicos para prevenir las principales complicaciones potenciales. Cuidados encarados a dar soporte emocional al paciente y familia.

## RESULTADOS

Las intervenciones van dirigidas a: Prevención complicaciones potenciales (infección driveline, hemorragia,

trombosis DAV). Educación a paciente y familia del manejo del DAV. Promover autocuidado. Información para el equipo enfermero relacionada con la educación sanitaria que deben dar a los pacientes respecto a adaptación al ejercicio, medicación, etc. Soporte emocional paciente y familia. Ayudar a la adaptación de la nueva situación de salud.

#### CONCLUSIÓN

Gran parte de la estancia en el hospital de este tipo de pacientes reside en la planta de hospitalización, donde se focalizan la mayoría de cuidados que recibe el paciente en relación a su nueva situación de salud. El desarrollo de nuevos protocolos es necesario para asegurar la calidad de los cuidados, minimizar riesgos y unificar criterios para todo el equipo multidisciplinar.

## CONTINUIDAD EN LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES DE INSUFICIENCIA CARDIACA ENTRE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN PRIMARIA

*Viernes, 11 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala A.*

**Autores:** Muñoz Villarreal AB; Cepas Sosa A; Luque López R; Luque Serrano ML.

**Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.**

#### INTRODUCCIÓN

Consideramos fundamental el seguimiento de los pacientes con diagnóstico de IC tras el alta hospitalaria. Desde nuestro servicio hacemos especial hincapié en los pacientes de nuevo diagnóstico y en los que reingresan dentro de un periodo de seis meses. El objetivo es continuar el seguimiento de los pacientes de IC de nuevo diagnóstico y con reingreso de menos de seis meses, por parte de su enfermera de familia.

#### METODOLOGÍA

En la unidad identificamos los pacientes diagnosticados de IC, se les aplica el plan de cuidados correspondiente, asegurando que al alta se marche con su informe de continuidad de cuidados y realizamos un registro de aquellos de nuevo diagnóstico y aquellos con un reingreso menor a seis meses para, al alta, comunicarlos a Atención Primaria con el fin de que realicen su seguimiento a través de visita domiciliaria, consulta telefónica o inclusión en talleres educativos.

#### RESULTADOS

Durante el año 2017 hemos identificado 1011 pacientes con diagnóstico de IC, de los cuales 845 se fueron de alta con plan de cuidados completo y de éstos 84 pacientes fueron de nuevo diagnóstico y 129 reingresos antes de los seis meses, los cuales han sido comunicados a Atención Primaria.

#### CONCLUSIÓN

El paciente de IC tiene que tener un seguimiento adecuado tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria, por lo que la comunicación entre ambas es fundamental siendo también muy importante que la información y educación al paciente sea la misma desde ambos niveles de atención.

## PROTOCOLO PARA LA RETIRADA DE ELECTRODOS EPICÁRDICOS TEMPORALES DE MARCAPASOS TRAS LA CIRUGÍA CARDIACA

*Viernes, 11 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala A.*

**Autores:** Blanco Canosa P; Ríos Arcas AI; García Perez MDC; González Barbeito M; Crespo Leiro MG; Cuenca Castillo JJ.

**Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.**

#### INTRODUCCIÓN

La implantación de electrodos epicárdicos temporales de marcapasos (EETM) se ha empleado en la cirugía cardiaca (CCA) desde 1960. Los electrodos se implantan durante la cirugía (auriculares y ventriculares) y se usan para mejorar la hemodinámica y control de arritmias en el período perioperatorio, a través de la estimulación cardiaca con marcapasos externo. El momento de retirada suele ser en la planta de hospitalización, mediante técnica encaminada a minimizar riesgos de complicación (desgarro y/o derrame epicárdico). El objetivo es la elaboración de un protocolo de retirada de EETM por el personal de enfermería de CCA con «checklist», para minimizar complicaciones y evitar la variabilidad en la práctica clínica.

#### METODOLOGÍA

El grupo de trabajo para la elaboración del protocolo estuvo compuesto por cirujanos cardiacos y enfermeras del servicio de CCA. Tras la revisión bibliográfica y de protocolos previos se definieron los siguientes apartados. Criterios de selección: clínicos: comprobación de parámetros de coagulación (INR<3 y plaquetas >80,0\*10<sup>9</sup>/L); evaluación de electrocardiograma (descartar nuevas alteraciones) y ausencia de derrame pericárdico.

Planificación de actividades de enfermería: verificación de indicación médica en la historia clínica, descripción de técnica de retirada mediante tracción transcutánea y cuidados de enfermería e instrucciones al paciente post-retirada.

#### RESULTADOS

La retirada de EETM es un proceso sencillo y eficaz en pacientes que cumplen los citados criterios de selección.

#### CONCLUSIÓN

La elaboración de un protocolo específico de retirada de EETM post-CCA por el personal de enfermería de CCA garantiza que esta actividad se pueda realizar de forma segura para el paciente.

## LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PROTOCOLO DE TRASLADO EXTRAHOSPITALARIO CON ECMO

*Viernes, 11 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala A.*

**Autores:** Arbonés Arqué D; Rojas García A; Fernández Boronat J; Santos Molina C; Castillo García J; Martín Cerezo X; Domene Nieves de La Vega G; Molina Ramírez E.

**Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.**

#### INTRODUCCIÓN

La oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO), es una terapia hospitalaria en aumento en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, con Insuficiencia Cardiaca grave o de puente a trasplante. El aumento de la utilización de dicha terapia (en hospitales que no les pueden dar salida a dichos pacientes) nos ha llevado a la necesidad de desarrollar un protocolo de traslado y acogida de estos pacientes. La

transferencia de ellos es potencialmente mortal.

### **METODOLOGÍA**

Para poder desarrollar dicho protocolo se ha realizado una revisión bibliográfica, en los buscadores MEDLINE, CORCHANE. Se incluyeron aquellos estudios descriptivos y observacionales en relación a la mortalidad de pacientes con esta terapia y sus traslados realizados en los últimos 7 años.

### **RESULTADOS**

Se obtuvieron un total de 12 artículos. De ellos se extrae que la logística para organizar un traslado de un paciente en ECMO, con las máximas garantías de seguridad para el paciente. Se debe tener en cuenta: Los factores geográficos (dependiendo del centro de origen y de destino se puede precisar ambulancia, helicóptero o avión). El equipamiento necesario: se precisará de un «checklist» para una correcta supervisión del material. El personal debidamente formado, entrenado y familiarizado con el manejo de la ECMO. En función del centro, los miembros de dicho equipo podrán variar. Una buena coordinación entre centros, para preparar la acogida del centro receptor.

### **CONCLUSIÓN**

En nuestro país los datos referentes al traslado de los pacientes con ECMO son escasos. Tras analizar los resultados publicados, así como nuestra propia experiencia, podemos decir que los traslados realizados por equipos debidamente formados y con una buena coordinación extrahospitalaria son claves para que se realicen de manera exitosa. Por todo ello, es necesario disponer de protocolos específicos para minimizar errores ya que según los datos revisados las complicaciones potenciales, derivadas del funcionamiento de la asistencia, son las mismas que nos podemos encontrar en un traslado interhospitalario.