

## Casos Clínicos

Jueves, 10 de mayo de 10.00 a 11.00 horas.

### Sala A. CASOS CLÍNICOS

**Moderadora:**

**Estrella Domínguez Faro.** Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.

### DETERMINACIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL EN AORTA COMO ÚNICO MÉTODO PARA OBTENER UNA TENSIÓN ARTERIAL REAL EN PACIENTE CON ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

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

**Autores:** Ríos Guijosa AB; Amoedo Fernández B; González Suárez S; Herrera Alvarez C; García Vázquez EG; Argibay Pytlik V; García Mosquera V; Guillén Goberna P; Santome Álvarez S; Fernández Barbiera S.

**Centro Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo.**

#### INTRODUCCIÓN

Las cifras de Tensión Arterial (TA), medida de manera invasiva o no, pueden verse amortiguadas si los accesos arteriales periféricos están calcificados y/o presentan oclusiones.

El objetivo es conocer la importancia de una determinación exacta y fiable de TA para un correcto manejo del paciente cardiológico, y determinar la influencia de la arteriopatía periférica severa en la monitorización de TA.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 70 años, fumador, dislipémico e isquemia crónica en MMII. Ingresó por insuficiencia respiratoria aguda,

precisa aminorar por hipotensión refractaria. Durante el ingreso presenta PCR por FV, realizándose RCP. Se solicita cateterismo cardiaco para descartar causa isquémica.

Durante el cateterismo nos encontramos ausencia de pulsos radiales y cubitales en MMSS. Se intenta canalizar ambas arterias humeral y femoral, siendo fallido por oclusión. Se contacta con cirugía vascular y consiguen recanalizar la arteria femoral izquierda, pudiéndose realizar la coronariografía y no encontrándose lesiones significativas. El hallazgo fundamental fue que en Aorta torácica la TA era 224/120 (TA real), mientras que todas las demás mediciones estaban amortiguadas por las oclusiones periféricas.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

En la planificación de cuidados se utilizó NANDA-I.2015-2017. Como diagnóstico principal identificamos «Perfusión tisular periférica ineficaz». NIC: Monitorización de signos vitales; Control de FC y ritmo; Control de oximetría. NOC: Perfusión tisular.

#### REFLEXIÓN

Es posible que la elevación severa de la TA y FV fuera debida a la administración de aminorar, por lo tanto, la arteriopatía periférica es un factor a tener en cuenta para la fiabilidad de la determinación de TA periférica, teniendo implicaciones terapéuticas y pronósticas vitales. A su vez, la monitorización de signos vitales complementarios (FC, SatO<sub>2</sub>, perfusión tisular) es fundamental para la adecuada vigilancia hemodinámica.

## PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN SEGUIMIENTO EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

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

**Autores:** Reina Sánchez M<sup>1</sup>; Martín Barbero MDR<sup>2</sup>; Luque Mazuelos R<sup>1</sup>; Herrainz Mancilla Y<sup>1</sup>.

**Hospital de Valme. Sevilla<sup>1</sup>; Hospital de Valme. Clínica San Agustín. Sevilla<sup>2</sup>.**

#### INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Cardíaca es un problema de salud pública por el alto número de pacientes que la padecen y el elevado costo que suponen. La alta incidencia viene determinada por el envejecimiento de la población y por la mejora del tratamiento de las cardiopatías que consiguen un aumento en la supervivencia de los pacientes. Tiene unas tasas muy altas de reingresos en muchos casos por falta de cumplimiento del régimen terapéutico.

Es fundamental el manejo de estos pacientes por equipos multidisciplinares en las Unidades de Insuficiencia Cardíaca, cuyos objetivos fundamentales son la atención integral, la continuidad asistencial y la coordinación con Atención Primaria. Están centrados en el paciente crónico y diseñados para un seguimiento estructurado de educación para el autocuidado y la adherencia, así como la optimización del tratamiento farmacológico. Estas estrategias reducen las hospitalizaciones y la mortalidad de los pacientes que han recibido el alta hospitalaria.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente que fue atendida en la consulta de Insuficiencia Cardíaca, se realizó la valoración enfermera por necesidades de Virginia Henderson, se valoró la calidad de vida con el test de Minnessota, así como autocuidados y adherencia a fármacos.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se elaboró el plan de cuidados según la taxonomía NANDA, NOC, NIC en el que se detectaron los siguientes diagnósticos:

Intolerancia a la actividad, miedo, obesidad y disposición para mejorar el autocuidado. Tras la implementación del plan de cuidados con respecto al diagnóstico intolerancia a la actividad, la paciente pasó de venir en silla de ruedas a venir caminando; el miedo desapareció; no conseguimos que disminuyera su índice de masa corporal; con respecto a la disposición para mejorar el autocuidado aumentó notablemente todos los indicadores.

#### REFLEXIÓN

La paciente no presentó ninguna complicación durante el tiempo de seguimiento en la consulta y no tuvo ingresos hospitalarios.

## INFLUENCIA FAMILIAR EN LA EVOLUCIÓN DE UN TRASPLANTE CARDIACO INFANTIL

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

**Autores:** Segura Saint-Gerons C; Lara Lara D; Segura Saint-Gerons A; Mengibar Pareja V; Arizondel Prado JM.

**Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.**

#### INTRODUCCIÓN

El trasplante cardíaco infantil se inicia en la década de los 80. La supervivencia global es mayor que en adultos, aunque la dificultad técnica de su realización hace menor la supervivencia inicial.

Los trastornos psicológicos que toda patología crónica se ven incrementados en el paciente trasplantado en su infancia, por sobreprotección y que la mayoría de los niños trasplantados han tenido en algún momento cierto grado de disminución del riego cerebral, estando su coeficiente intelectual disminuido, la capacidad de atención y concentración baja, existiendo dificultades en aceptar su patología, pues en el momento de su realización no eran conscientes.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 16 años trasplantado de corazón a los 5 meses de edad por Síndrome de Corazón Izquierdo Hipoplásico que acude a la consulta de adultos, remitido desde la consulta de trasplante cardíaco infantil, al cumplir 16 años, estando interno en un centro de educación especial, donde era obligado al cumplimiento terapéutico.

Se percibió inadecuada relación con su madre y agresividad con enfermería, siendo muy dificultosa la extracción de muestras sanguíneas, siendo maleducado, poco receptivo, desconfiado y actitud despreciativa.

Posteriormente, detectamos que ante la pésima relación materno-filial, la madre renuncia por vía judicial a la tutela del mismo, haciéndose cargo la abuela materna hasta su fallecimiento. Adoptando en esta etapa una conducta de riesgo, saltándose tomas de medicación, iniciando hábitos tóxicos (alcohol y tabaco), que ha ido creciendo hasta el abandono total de la medicación.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Aunque el personal de enfermería, trató siempre, durante el tiempo de las consultas programadas, de inculcarle hábitos saludables y de adherencia al tratamiento, al presentar el paciente una conducta disruptiva, no se han conseguido los resultados esperados.

#### REFLEXIÓN

El trasplante cardíaco es un tratamiento que requiere una predisposición y participación tanto del paciente como de la familia y del entorno social que le rodea.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON SOSPECHA DE AMILOIDOSIS CARDIACA

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

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

### INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 72 años, con espondilitis anquilopoyética, gammapatía monoclonal de significado incierto tipo IgA-Lambda en seguimiento por hematología. Neoplasia renal derecha con nefrectomía radical derecha e insuficiencia renal crónica. En función del diagnóstico médico de sospecha de amiloidosis cardiaca, nuestro objetivo fue conseguir a través de intervenciones de enfermería mejorar los diagnósticos.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Nuestro paciente ingresa en nuestro hospital presentando disnea de esfuerzo de mes y medio de evolución, edemas con fovea que llega hasta las rodillas y pérdida de peso significativa, presenta signos y síntomas de Insuficiencia Cardiaca de Novo secundaria a infección respiratoria con función conservada y anemia normocítica.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

El método utilizado fue el estudio descriptivo de un plan de cuidados de enfermería individualizado basado en la taxonomía NANDA, acorde a la situación de paciente atendiendo a sus necesidades asistenciales y apoyo emocional.

Se hizo valoración según modelo conceptual de Virginia Henderson, destacándose como necesidades alteradas:

Necesidad de respiración. Necesidad de movilización. Necesidad de comunicación. Se eligieron también como diagnósticos enfermeros: Ansiedad (00146) r/c amenaza de cambio en el estado de salud. Intolerancia a la actividad (00092) r/c disnea de esfuerzo y frecuencia cardiaca anormal.

### REFLEXIÓN

El paciente ingresa con mal estado general, con edemas llamativos, dificultad respiratoria. Comenzamos tratamiento con diuréticos y mejora. Mejoran los diagnósticos, sobre todo el de Intolerancia a la Actividad, pudiendo el paciente pasear por la unidad, con el Diagnóstico de Ansiedad hubo que hacer especial hincapié aunque también mejoró al saber el paciente a que se debían sus síntomas.

SE PRESENTA A PREMIO

## MONITORIZACIÓN DOMICILIARIA EN LAS DETECCIONES PRECOCES DE EVENTOS

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

**Autores:** Aroca Fernández L; Bolufer Vidal A; Heras Herreros S; Balaguer Malfagón JR; Calvo Vidal R; Casaño Olmos V; Peris Domingo E.  
**Hospital de La Ribera. Alzira, Valencia.**

### INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía dilatada suele asociarse a taquiarritmias supraventriculares como la fibrilación auricular. El tratamiento de estos pacientes radica en disminuir las posibilidades de arritmia y en el control de su frecuencia cardiaca, siendo en ocasiones difícil de conseguir. Por ello, el seguimiento continuo de dichos pacientes debería ser imprescindible para evitar que se agrave la miocardiopatía.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 64 años con antecedentes de miocardiopatía dilatada no isquémica con severa disfunción del ventrículo izquierdo y fibrilación auricular crónica. Portador de un desfibrilador implantable monocámara y en seguimiento en la consulta de monitorización domiciliaria.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

El sistema de monitorización domiciliaria nos mostró un primer evento con tres descargas inapropiadas debidas a la fibrilación auricular. La actuación inmediata fue la prescripción farmacológica de digital y la modificación de la configuración de los parámetros del desfibrilador. Una segunda transmisión evidenció un nuevo episodio con dos descargas apropiadas por Torsade de Pointes. Ante nuevos eventos por descargas detectados precozmente, se llevarán a cabo nuevas líneas de actuación.

### REFLEXIÓN

La monitorización domiciliaria es una herramienta de gran eficacia en la detección precoz de descargas apropiadas e inapropiadas así como para la actuación inmediata ante nuevos eventos registrados.

## TAVI EN PACIENTE JOVEN CON OBESIDAD MÓRBIDA

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

**Autores:** Coto Linde R; López Soto AM; Tena Chacón JJ.  
**Hospital Clínico San Carlos. Madrid.**

### INTRODUCCIÓN

La TAVI es el tratamiento de elección para los pacientes con estenosis aórtica severa sintomática, inoperables y con esperanza de vida > 1 año. Las comorbilidades existentes y las particularidades anatómicas pueden condicionar el tratamiento y la necesidad de un abordaje multidisciplinar.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 66 años con obesidad mórbida (160-180 kg), estenosis traqueal y úlceras crónicas en piernas. Presenta estenosis aórtica severa. Se discute en «Heart Team» y se acepta para TAVI.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Describimos un procedimiento muy complejo por la necesidad de realizar traqueostomía previa y presentación quirúrgica de accesos vasculares.

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	Control del riesgo. Integridad tisular.	Manejo de la tecnología.
Disminución del gasto cardiaco.	Efectividad bomba cardiaca.	Cuidados cardiacos. Manejo del marcapasos: temporal. Manejo de la disrritmia.
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca.	Control del riesgo. Perfusión tisular cardiaca.	Cuidados cardiacos. Precauciones cardiacas.
Riesgo de infección.	Control del riesgo. Estado inmune. Preparación antes del procedimiento.	Control de infecciones: intraoperatorio. Precauciones quirúrgicas. Protección contra las infecciones.
Riesgo de lesión postural perioperatoria.	Control del riesgo.	Manejo de presiones. Manejo del peso.
Riesgo de sangrado.	Control del riesgo. Coagulación sanguínea.	Control de hemorragias. Flebotomía: muestra de sangre. Prevención de hemorragia.
Riesgo de <i>shock</i> .	Control del riesgo. Estado cardiopulmonar. Estado circulatorio. Estado respiratorio: permeabilidad, ventilación.	Intubación y estabilización de vías aéreas. Monitorización hemodinámica invasiva. Manejo del <i>shock</i> .
Riesgo de traumatismo vascular.	Control del riesgo. Perfusión tisular periférica.	Cuidados del catéter central insertado periféricamente.

### REFLEXIÓN

La TAVI es un tratamiento eficaz, que puede complementarse con otras técnicas quirúrgicas de apoyo. La preparación de la enfermería es fundamental para acometer procedimientos complejos. La implementación de planes de enfermería puede revertir en la mejora de la atención al paciente.

## ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES. ANGIOPLASTIA DE VENAS PULMONARES

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

**Autores:** Rodríguez Carcelén MD; Iglesias Mier TM; López García T.  
**Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.**

### INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en la población. Puede dar síntomas como palpitaciones, fatiga e incluso Insuficiencia Cardiaca. Se relaciona con un incremento del riesgo de embolias, por lo que la mayoría de los pacientes precisan

tratamiento antitrombótico (antiagregantes o anticoagulantes como el sintrom®).

Entre las estrategias para su tratamiento se encuentra la ablación. Suele reservarse para pacientes en los que la arritmia no se controla a pesar del uso de fármacos o si éstos son mal tolerados. Como complicación de la ablación puede producirse estenosis en las venas pulmonares, dicha estenosis podría tratarse con Angioplastia.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos un caso clínico de una paciente, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de tabaquismo, probable HTA sin tratamiento, no cardiopatía estructural. Con diagnóstico actual de FA paroxística, que tras probar diferentes tratamientos farmacológicos, se decide hacer ablación de venas pulmonares (VVPP). Se realiza ablación con buen resultado. A los seis meses del tratamiento, la enferma consulta por disnea limitante. En TAC se observa estenosis severa de dichas venas. Se propone y realiza angioplastia de VVPP. Durante el ingreso no hay complicaciones, mejoría clínica significativa. Alta a domicilio. TC de control a los tres meses con buen resultado angiográfico.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realizó una valoración de enfermería al ingreso en la unidad según el modelo de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NIC y NOC. Se detectaron los siguientes diagnósticos: 00146. Ansiedad; 02840 Administración de anestesia; 00132 Dolor agudo; 00206 Riesgo de sangrado.

#### REFLEXIÓN

Los procedimientos fueron realizados de manera satisfactoria, sin complicaciones inmediatas en la unidad, y los diagnósticos prácticamente resueltos tras nuestra intervención.

### Sala B. CASOS CLÍNICOS

#### Moderadora:

**Guillermina Ojea Martínez de la Escalera.** Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.

## INTERFERENCIAS ELECTROMAGNÉTICAS EN UNA PACIENTE PORTADORA DE DESFIBRILADOR

*Jueves, 10 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala B.*

**Autores:** Crespo Carazo N; Ojea Martínez de La Escalera G; Lareu Bamba ML; García Campo E.

**Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.**

#### INTRODUCCIÓN

La ausencia de toma a tierra en viviendas unifamiliares antiguas hace que pacientes portadores de desfibriladores estén expuestos a interferencias electromagnéticas al entrar en contacto con los electrodomésticos. El seguimiento remoto de estos pacientes hace que se intervenga tempranamente en la resolución del problema.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 80 años portadora de un desfibrilador con ritmo de base en fibrilación auricular rápida. Ante la imposibilidad de control de la frecuencia con fármacos se realizó ablación del nodo aurículo-ventricular quedando con estimulación-dependiente. A través del seguimiento remoto se observaron episodios de inhibición de la estimulación cardíaca debidos a detección de interferencias electromagnéticas que dieron lugar a pausas ventriculares sintomáticas.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Tras enterarnos que la vivienda no tenía toma a tierra, instruimos a la paciente y familia de la necesidad de hacer la instalación. El electricista tenía que hacer la instalación punto por punto. Tras comunicarnos que ya estaba realizada, seguíamos observando interferencias electromagnéticas en el seguimiento remoto que transmitíamos a la paciente y ésta al electricista para una nueva revisión. Pero no cesaron. Finalmente, con permiso de la paciente y la familia decidimos ir nosotras a su domicilio para hacer una revisión de los puntos culpables de las interferencias. En la revisión encontramos uno que habían pasado por alto y que era el causante de las últimas interferencias.

#### REFLEXIÓN

El seguimiento remoto ha sido eficaz en la detección y resolución del problema, aunque el caso haya requerido una visita presencial domiciliar definitiva.

### SE PRESENTA A PREMIO

## ABLACIÓN DE TAQUICARDIA VENTRICULAR VÍA EPICÁRDICA CON MINIESTERNOTOMÍA

*Jueves, 10 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala B.*

**Autores:** Diago Crisol C; Cano Valls A; Niebla Bellido M; Matas Avellá M; Venturas Nieto M; Jáuregui Garrido B; Berrueto Sánchez A.

**Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona.**

#### INTRODUCCIÓN

La ablación de taquicardia ventricular es una opción terapéutica indicada en pacientes con arritmias ventriculares malignas que no responden al tratamiento antiarrítmico. Se realiza mediante cateterismo vía endocárdica (vena femoral) y/o epicárdica (acceso subxifoideo), según donde se localice el sustrato arritmogénico. El acceso epicárdico puede estar contraindicado tras un acceso previo (ablación, cirugía cardíaca, etc.) por aparición de adherencias. Presentamos un caso de ablación epicárdica mediante miniesternotomía por presencia de adherencias a consecuencia de anteriores ablaciones.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 42 años diagnosticado de displasia arritmogénica de ventrículo derecho, con historia de arritmias a pesar de tratamiento antiarrítmico. En 2007 ingresó por síncope en el contexto de taquicardia ventricular monomórfica sostenida, realizándose ablación (endocárdica) e implante de desfibrilador. En 2009 ingresó para nueva ablación (exitosa) epicárdica por recurrencia arrítmica. En 2016 volvió a presentar recurrencias y se le practicó otra ablación epicárdica, fallida debido a imposibilidad de acceso epicárdico (por adherencias) y aparición de derrame pericárdico. En 2017 presentó taquicardia ventricular incesante y se decidió ablación del sustrato epicárdico mediante miniesternotomía.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Mediante la taxonomía NANDA, NIC, NOC se estableció un plan de cuidados para el paciente, siendo algunos de los diagnósticos de enfermería más importantes: riesgo de ansiedad ante la muerte, deterioro de la movilidad física, deterioro de la ventilación espontánea, riesgo disminución del gasto cardíaco, riesgo de dolor agudo, baja autoestima situacional, riesgo de sangrado, riesgo de infección y riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

**REFLEXIÓN**

El acceso epicárdico mediante miniesternotomía resulta una opción terapéutica eficaz en procedimientos de ablación de sustrato epicárdico con adherencias por procedimientos previos. Dados los antecedentes del paciente, enfermería debe estar preparada para una detección precoz de posibles complicaciones y ofrecer los cuidados adecuados.

## ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE JOVEN QUE RECHAZA IMPLANTE DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

*Jueves, 10 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala B.*

**Autores:** Suárez Fontañá EM; Varela Tomé MD; Sabater Sánchez MC.

**Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.**

**INTRODUCCIÓN**

El desfibrilador automático implantable es una de las principales opciones terapéuticas para pacientes con taquiarritmias ventriculares o con alto riesgo de sufrirlas. Es la terapia de elección para prevenir la muerte súbita.

El implante de estos desfibriladores expone a situaciones de vulnerabilidad física y psicológica que pueden repercutir en la calidad de vida. El objetivo es abordar un plan de cuidados de enfermería para un paciente joven que rechaza el implante.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Hombre de 25 años que llega a la unidad de intermedios con una taquicardia ventricular sostenida. Antecedentes de cardiopatía congénita tipo ventrículo derecho con doble salida y comunicación interventricular corregida quirúrgicamente, portador de stent en rama pulmonar derecha y oclusión de vena cava inferior. Tratamiento con procainamida intravenosa, cardioversión eléctrica externa y ablación con criterios de eficacia. Presentó como complicaciones neumotórax izquierdo. El paciente rechaza el implante de un desfibrilador automático implantable. Se va de alta y a los tres días ingresa por parada cardiorespiratoria. Se hace un estudio electrofisiológico y se implanta un desfibrilador.

**PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS**

Se hace una valoración del paciente y se elabora un plan de cuidados donde el modelo conceptual utilizado es el Virginia Henderson con la taxonomía NANDA NIC NOC. Los principales diagnósticos: temor, ansiedad, conflicto de decisiones, negación, riesgo de infección. Se incide en la prevención de riesgos y complicaciones asociadas al implante.

**REFLEXIÓN**

La intervención de enfermería fue crucial a la hora de disminuir el temor y la ansiedad que presentaba el paciente, que aceptara su situación y la necesidad del implante. Fue fundamental la educación sanitaria, la escucha activa de las necesidades y dudas del paciente y el apoyo psicológico.

**SE PRESENTA A PREMIO**

## APLICACIÓN DEL PAE EN PACIENTE SOMETIDO A ABLACIÓN DE FLUTTER CON NAVEGADOR EN LA SALA DE ELECTROFISIOLOGÍA

*Jueves, 10 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala B.*

**Autores:** Salvador Rodríguez P; Álvarez Vives MJ; Fernández Díaz C; Coria Abel C; Carballido Sánchez MJ; Meira Rodríguez J; Cabarcos Leal MC; Palacios Pool MJ; Guerra Montes D; Ortega Fernández L.  
**Hospital Lucus Augusti. Lugo.**

**INTRODUCCIÓN**

Las técnicas de ablación cardiaca han supuesto un avance en el tratamiento de las arritmias, siendo el tratamiento de primera elección en la mayor parte de ellas. Los avances en este campo, en sistemas de navegación y en catéteres cada vez más sofisticados, se han traducido en tratamientos más cortos y efectivos para el paciente. Enfermería se ha formado para tratar al paciente y detectar sus necesidades durante el desarrollo del procedimiento.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente de 61 años deportista de alta intensidad desde la juventud derivado de la unidad de hospitalización de cardiología que se recibe en la sala de electrofisiología para la realización de ablación de flutter con navegador. Se prepara según protocolo unidad; durante las 5 horas de la intervención surgieron problemas asociados tales como: dolor, ansiedad, disconfort, las cuales se fueron solventando según las necesidades del paciente.

**PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS**

El paciente acude a la sala de electrofisiología donde se elaboró un plan de cuidados según V. Henderson, detectándose una serie de diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA, y se establecieron los criterios de resultados NOC y las intervenciones NIC a realizar durante su estancia en la sala. Los principales diagnósticos de enfermería detectados fueron: (00146) ansiedad, (00214) disconfort, (00132) dolor agudo, (00206) riesgo de sangrado y (00248) riesgo de deterioro de la integridad tisular.

**REFLEXIÓN**

Tras el procedimiento, se logra ablación del istmo cavotricuspideo, enlentecimiento de la longitud de ciclo, pero no se consigue revertir a ritmo sinusal. Durante la estancia sala, el personal de enfermería aplicó el plan de cuidados y detectó los diagnósticos que ayudaron a realizar las intervenciones adecuadas para facilitar y mejorar la atención al paciente durante el procedimiento en la sala de electrofisiología.

## ABLACIÓN POR TORMENTA ELÉCTRICA CON SOPORTE DE ECMO EN PACIENTE EN SHOCK CARDIOGÉNICO

*Jueves, 10 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala B.*

**Autores:** Bao Grávalos L; Duran Casademont L; Olivera Corpas E.  
**Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona.**

**INTRODUCCIÓN**

El *shock* cardiogénico se caracteriza por un estado

de hipoperfusión hística debido a fallo cardiaco. Hemodinámicamente incluye hipotensión persistente con disminución grave del índice cardiaco, todo ello con adecuada precarga. Inicialmente, se realiza un manejo conservador con inotrópicos y vasopresores. En el caso de no ser suficiente se indica la utilización de diferentes dispositivos de asistencia mecánica circulatoria de corta duración, como el balón intra-aórtico de contrapulsación impella, oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO).

La isquemia secundaria a un IAM puede desencadenar una tormenta arrítmica y esta es una urgencia vital. Su mortalidad es elevada, siendo fundamental determinar el tipo de arritmia ventricular y el factor desencadenante para dirigir el tratamiento. La ablación por catéter ha demostrado que es beneficiosa en pacientes con TV recurrente.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 48 años ingresa en nuestro hospital por código IAM. Se realiza cateterismo, que muestra enfermedad coronaria de 3 vasos, colocándose 3 stents. Durante las primeras horas, presento 4 fibrilaciones ventriculares que derivaron en tormenta eléctrica. El paciente se mantuvo hemodinámicamente inestable por shock cardiogénico y requirió la implantación de balón de contrapulsación intra-aórtico. Dada la evolución se comentó el caso con la unidad de arritmias y se decide ablación ventricular bajo apoyo ventricular con ECMO.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Individualizado, continuo y compartido por varias unidades de enfermería. Utilizando el modelo conceptual de Virginia Herderson y taxonomías NANDA, NOC, NIC. Todas las intervenciones han sido dirigidas hacia cuidados cardiacos en situación aguda, así como de apoyo a la familia dada la gravedad de la situación.

#### REFLEXIÓN

La utilización de dispositivos de asistencia mecánica circulatoria de corta duración está cada vez más extendido, debido al apoyo hemodinámico que permite realizar tratamientos complejos, minimizando complicaciones asociadas. La colaboración y coordinación del equipo multidisciplinar permitió en este caso la mejoría del paciente.

## RITMO PROPIO *VERSUS* RUIDO EN PACIENTE MARCAPASOS-DEPENDIENTE

*Jueves, 10 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala B.*

**Autores:** Crespo Carazo N; Lareu Bamba ML; Ojea Martínez de La Escalera G; García Campo E.  
**Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.**

#### INTRODUCCIÓN

Paciente a la que se implantó un marcapasos monocameral VVI por FA lenta. La paciente sufre artrosis de cadera que le hace caminar con muleta en el brazo ipsilateral del dispositivo, provocando presión en la zona de inserción del electrodo.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

En los últimos seguimientos presenciales realizados en la consulta de enfermería, se detectaron episodios de frecuencia ventricular alta en los electrogramas intracavitarios almacenados (EGMI), sin poder determinar qué era ritmo propio y qué ruido. La detección de estos episodios hacía que el marcapasos interpretase todo como ritmo propio y se inhibiese. Hasta hace dos años la paciente

no era marcapasos dependiente, registrándose ritmo propio en los seguimientos, con una estimulación ventricular entre 50%-60%, con una amplitud de onda ventricular suficiente para programar una detección ajustada a la actividad intrínseca y evitar en lo posible la detección de ruido. En las últimas revisiones la paciente no presentaba ritmo propio, era marcapasos dependiente, y sin embargo la estimulación ventricular era del 70%-75%, es decir, 30%-25% de detección de ritmo propio. Refería una sintomatología confusa en relación con mareos.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Ante la sospecha de que la detección fuese todo ruido, se le coloca un Holter de 24 horas que confirmó nuestra sospecha registrando varias pausas ventriculares entre 2 y 3,5 segundos, en ocasiones consecutivas y un porcentaje de complejos estimulados del 99,9%. La paciente fue programada para implantación de nuevo sistema por el lado contralateral para evitar presión en la zona provocada por la muleta. Durante el procedimiento, se retiró el dispositivo antiguo y se objetivó que el aislante del electrodo estaba roto.

#### REFLEXIÓN

Cuando los EGMI almacenados no son aclaratorios, es aconsejable poner un Holter de 24-48 horas para resolver el problema.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASOS TRANSVENOSO TEMPORAL CON CATÉTER DE ESTIMULACIÓN CARDIACA CONDUCTA POR FLUJO PACEL

*Jueves, 10 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala B.*

**Autores:** Durán Casademont L; Olivera Corpas E; Bao Grávalos L.  
**Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.**

#### INTRODUCCIÓN

La estimulación cardiaca temporal transvenosa proporciona a los pacientes con bradiarritmias transitorias o persistentes con compromiso hemodinámico un soporte de frecuencia cardiaca y previene la aparición brusca de un bloqueo auriculoventricular completo sin soporte. Si se indica la estimulación cardiaca permanente se debe programar cuanto antes el implante de un marcapasos definitivo para prevenir el riesgo de infección. Existen múltiples electrocáteteres de estimulación: los preformados y los conducidos por flujo, que presentan un balón inflable en su extremo distal para facilitar su paso hasta el ventrículo derecho. El objetivo es reflejar los cuidados a realizar tras colocación del catéter de estimulación cardiaca PACEL debido a la reciente implantación del dispositivo en nuestro centro.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 91 años con dislipemia que consulta por síncope y bloqueo auriculoventricular de segundo grado con una frecuencia cardiaca de 20-30 lpm. Náuseosa y palidez cutánea. Con perfusión de isoprenalina endovenosa, se coloca marcapasos transvenoso temporal con electrocáteter PACEL en vía femoral. Se implantó marcapasos definitivo VVIR. Requiere sondaje vesical por retención aguda de orina. La paciente fue dada de alta.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

El plan de cuidados incluyó como diagnósticos principales: disminución del gasto cardiaco, riesgo de confusión aguda, riesgo de infección, riesgo de deterioro de la integridad

cutánea y deterioro de la eliminación urinaria, utilizando las taxonomías NANDA, NIC, NOC.

### REFLEXIÓN

La reciente implantación del catéter de estimulación cardiaca conducido por flujo PACEL nos insta a realizar una revisión de la planificación de los cuidados de enfermería. Éstos son similares a los realizados hasta ahora con el electrocatéter convencional preformado, pero cabe destacar que debemos asegurarnos que el balón permanezca desinflado una vez haya sido colocado en el ventrículo derecho.

## Sala C. CASOS CLÍNICOS

### Moderadora:

**Sonia Ucha Tienda.** Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.

## SITUACIÓN DE EMERGENCIA EN UN CASO ECMO V-A. ABORDAJE DE ENFERMERÍA

*Jueves, 10 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala C.*

**Autores:** De Castro Rodríguez P; Muñoz Blanco EM; Rodríguez Misa MI.

**Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.**

### INTRODUCCIÓN

Traslado urgente de una mujer de 22 años desde otra UCI con *shock* cardiogénico. Tras unas horas de mala evolución en nuestra unidad, la paciente pasó a estadio INTERMACS 2, por lo que se inició el protocolo de implantación del ECMO del HAC. La presencia de tormentas arrítmicas que desembocó en PCR obligó a la canulación de la paciente por intensivista y cirujano cardiaco, así como purgado del dispositivo por enfermería y maniobras de reanimación. Desarrollar la destreza y manejo adecuado por enfermería en situaciones de emergencia con implantación del ECMO.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

La paciente presentó PCR los primeros días (tormenta arrítmica). La implantación de ECMO V-A requirió maniobras de RCP específicas. Necesitó colocación de BIAC. Requirió ir a quirófano en dos ocasiones para colocación de drenaje ventricular de descarga. Preciso anticoagulación con la necesidad de control exhaustivo de hemorragias. Debutó con insuficiencia renal que hizo necesario tratamiento con hemofiltro. Se trasladó a hospital de referencia en trasplantes.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Siguiendo los diagnósticos de la NANDA: Eliminación e intercambio. Clase 1: Función urinaria. Clase 4: Función respiratoria. Actividad/Reposo. Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares. Seguridad/Protección. Clase 1: Infección. Clase 2: Lesión física. Clase 6: Termorregulación.

Los indicadores de resultados prioritarios (NOC): Severidad del *shock* cardiogénico. Estado respiratorio, intercambio gaseoso. Manejo anticoagulante. Detección del riesgo. Función renal.

Las intervenciones más factibles (NIC): Manejo del *shock* cardiogénico y arritmia. Ayuda a la ventilación. Prevención hemorragia. Cuidados en la emergencia y reanimación. Cuidados circulatorios, dispositivos de ayuda mecánica. Cuidados de drenajes. Terapia hemofiltración. Transporte dentro y entre instalaciones.

### REFLEXIÓN

La formación teórico-práctica previa de enfermería permitió llevar a cabo los cuidados de forma rápida y eficaz.

## DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA EN MUJER JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

*Jueves, 10 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala C.*

**Autores:** Olivera Corpas E; Bao Grávalos L; Duran Casademont L.  
**Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona.**

### INTRODUCCIÓN

La disección coronaria espontánea (DCE) es una causa infrecuente de síndrome coronario agudo y afecta predominantemente a mujeres sin apenas factores de riesgo cardiovascular. Consiste en la separación de dos de las tres capas de la pared arterial para crear una luz falsa cuya progresión puede deteriorar el flujo y producir isquemia, con formas de presentación que varían desde la elevación de marcadores cardíacos hasta la muerte súbita. Aunque la DCE es una patología poco frecuente, es una causa importante de enfermedad coronaria en mujeres jóvenes. En muchos casos se identifica la causa, sin embargo, más de un 20% de los casos son etiquetados de idiopáticos.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 46 años, con talasemia y sin otros antecedentes relevantes que ingresa por IAM con elevación ST inferior complicado con PCR. La coronariografía muestra disección coronaria espontánea. Buena evolución neurológica por lo que se extuba en las primeras horas. Presenta episodio de fibrilación ventricular con desfibrilación efectiva. Refiere dolores torácicos atribuibles a las maniobras de RCP y molestias epigástricas sin cambios electrocardiográficos. Dada la estabilidad de la lesión coronaria en los estudios realizados, fue dada de alta a los 15 días de ingreso.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Valoración del caso según Virginia Henderson, siendo los principales diagnósticos de enfermería: Perfusión tisular inefectiva. Dolor agudo. Riesgo de intolerancia a la actividad. Patrón respiratorio ineficaz. Resultados esperados (NOC): Efectividad de la bomba. Control del dolor. Conservación de la energía. Estado respiratorio: ventilación. Intervenciones (NIC): Cuidados cardíacos. Manejo del dolor. Ayuda al autocuidado. Manejo de la vía aérea.

### REFLEXIÓN

La disección coronaria espontánea debería ser considerada en mujeres jóvenes sin factores de riesgo cardiovasculares con síndrome coronario agudo. La realización urgente de la coronariografía permite establecer de manera temprana el diagnóstico, así como una actitud terapéutica.

## SHOCK CARDIOGÉNICO Y BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN

*Jueves, 10 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala C.*

**Autores:** Pérez Gómez MV; Garrido Morillo JM.  
**Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.**



## INTRODUCCIÓN

Se presenta un caso clínico de enfermería de cuidados agudos cardiológicos, que muestra el tipo de cuidados de Enfermería que se realiza en esta unidad especializada.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 75 años, con factores de riesgo cardiovascular, sin historia cardiológica previa, que ingresó en la unidad de cuidados agudos cardiológicos con diagnóstico de infarto agudo de miocardio posterior y *shock* cardiogénico.

Mediante ecocardiograma de urgencia se evidenció disfunción ventricular severa e insuficiencia mitral aguda severa. Se realizó cateterismo emergente mostrando enfermedad severa ostial de descendente anterior y circunfleja, equivalente a enfermedad de tronco coronario izquierdo. Se colocó balón de contrapulsación intraaórtico y se avisó a cirugía cardíaca de guardia. Se aplazó la cirugía hasta estabilización hemodinámica. Durante su estancia en la unidad requirió canalización de vía venosa yugular para monitorización de presión venosa central e infusión de fármacos como inotrópicos (dobutamina, noradrenalina), heparina y furosemida. El paciente evolucionó desfavorablemente con hipotensión arterial refractaria, oliguria y disminución del nivel de conciencia. Necesitó intubación orotraqueal y traslado a Unidad de Cuidados Intensivos para cirugía cardíaca urgente.

## PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Ante la inestabilidad de este tipo de paciente fueron necesarios una serie de requisitos por parte de enfermería como actuación inmediata, conocimientos y habilidades en situaciones agudas. El objetivo fue elaborar un plan de cuidados de enfermería según la taxonomía NANDA, NIC, NOC, fijándonos en las posibles complicaciones derivadas del *shock* cardiogénico. Indicadores: Ansiedad, disminución del gasto cardíaco, riesgo de infección, riesgo de sangrado. Intervenciones: Monitorización hemodinámica y respiratoria. Cuidados cardíacos agudos. Preparación y administración de la medicación prescrita.

## REFLEXIÓN

Evidenciar la necesidad de una atención integral al paciente en *shock* cardiogénico caracterizado por su fragilidad clínica y la necesidad de disponer de una enfermería altamente cualificada en la Unidad de Cuidados Agudos Cardiológicos.

SE PRESENTA A PREMIO

## FENÓMENO DE SUCCIÓN EN PACIENTE PORTADOR DE ASISTENCIA VENTRICULAR

Jueves, 10 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala C.

**Autores:** García Rodríguez C; Ortega Condés J; Beltrán Folch L; Castillo Ibáñez A; Rodríguez Martínez A.

**Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.**

## INTRODUCCIÓN

En un paciente crítico cardiológico portador de asistencia ventricular, es primordial un control exhaustivo de la volemia para mantener una correcta perfusión y evitar problemas secundarios como el fenómeno de succión. El objetivo principal de las enfermeras es la detección y la actuación precoz para mantener la estabilidad hemodinámica y garantizar el bienestar del paciente.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente que ingresó por infarto agudo de miocardio en situación de *shock* cardiogénico con lesión severa en tronco común, precisando la realización de angioplastia primaria. Debido a su situación clínica, requirió implante de asistencia biventricular tipo Centrimag–Levitronix. En reiteradas ocasiones, presentó fenómeno de succión con bajo gasto cardíaco, evidenciado por vibración y colapso de las cánulas y variación de los flujos generados por la asistencia.



## PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Las intervenciones principales serán: 4044 Cuidados cardíacos agudos. 4241 Manejo del *shock* cardíaco. 4064 Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico.

Basándonos principalmente en el siguiente diagnóstico «00029 Disminución del gasto cardíaco relacionado con *shock* cardiogénico manifestado por hipotensión y disminución de flujos generados por asistencia ventricular».

## REFLEXIÓN

Para solventar esta complicación, se aumentó el aporte de líquido al paciente y se disminuyeron las revoluciones por

minuto de la asistencia ventricular, relacionando este fenómeno con una gestión ineficaz del balance líquido.

En casos como este, el personal de enfermería adopta un papel fundamental en la detección precoz y manejo inmediato de complicaciones.

## ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA DE LARGA DURACIÓN EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

*Jueves, 10 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala C.*

**Autores:** Soto Gil M; Tintorer Jaso L; Soriano Rodríguez C.  
**Hospital de La Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.**

### INTRODUCCIÓN

En la insuficiencia Cardíaca, la presencia de hipertensión pulmonar conlleva un aumento en la morbi/mortalidad tras el trasplante cardíaco. Los dispositivos de asistencia ventricular izquierda de larga duración, son una alternativa terapéutica para pacientes que no pueden ser trasplantados.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 65 años con Insuficiencia Cardíaca terminal rechazado para trasplante cardíaco por Hipertensión Pulmonar al que se implanta dispositivo de asistencia ventricular izquierda de larga duración como terapia de destino (Heartmate-III). Establecemos un protocolo específico que comprende al personal de enfermería de cirugía cardíaca, unidad de críticos, hospitalización, consultas externas.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Realizamos plan de cuidados individualizado utilizando NANDA-NIC-NOC con objetivo de proporcionar atención continua y personalizada, minimizar riesgos derivados del dispositivo y educar al paciente y familiares a conseguir autonomía y seguridad de sus cuidados.

### REFLEXIÓN

Tras cumplir las habilidades y aptitudes del paciente en cuidado del dispositivo, asegurar el buen funcionamiento y verificar el buen estado de la herida, es alta a domicilio tras 2 meses de estancia.

## MUJER TRASPLANTADA DE CORAZÓN CON EMBARAZO A TÉRMINO

*Jueves, 10 de mayo, 10:00 – 11:00 h. Sala C.*

**Autores:** Pérez Ortega S; Vidorreta Gracia S; Casal Rodríguez J.  
**Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona.**

### INTRODUCCIÓN

En España se realizan alrededor de 250-300 trasplantes cardíacos al año. El 25% de los cuales son mujeres y de éstas el 4,5% en edad fértil (15-44 años). El rechazo del órgano trasplantado es una complicación importante del trasplante cardíaco, incluso bajo terapia inmunosupresora, pero este riesgo no aumenta durante el embarazo. Con una atención multidisciplinaria adecuada, estas mujeres pueden tener embarazos exitosos. En España, se han descrito menos de 5 casos de mujeres trasplantadas de corazón con embarazo exitoso.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 28 años con una Miocarditis aguda fulminante a la edad de 15 años, que precisó asistencia biventricular durante 8 días, hasta que se realizó trasplante cardíaco con éxito. Realiza los controles habituales en la consulta de trasplante, manteniendo una inmunosupresión estable y ausencia de rechazo. Última coronariografía hace 2 años con coronarias sanas. Tras la decisión conjunta del equipo y la paciente de embarazo, la paciente fue controlada estrechamente por cardiólogo, enfermera y ginecólogo-obstetra. Se modificó inmunosupresión: se mantuvo tacrolimus, se sustituyó micofenolato por azatioprina. En la semana 38,6 de gestación, se le practica cesárea electiva sin complicaciones inmediatas ni posteriores.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

La valoración de enfermería se realizó siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon previo al embarazo, destacando como diagnósticos de enfermería más relevantes: conocimientos deficientes, disposición para mejorar el proceso de maternidad, riesgo de alteración de la diada materno / fetal y riesgo de infección. La planificación de los cuidados nos permitió que la paciente llevara a cabo su embarazo a término sin complicaciones ni para ella ni para el feto.

### REFLEXIÓN

El embarazo en pacientes trasplantadas de corazón puede llevarse a cabo minimizando los riesgos si se realiza de manera planeada, y siguiendo un riguroso control de la madre y el feto.