

DELEGACIÓN DE FUNCIONES EN ENFERMERÍA: UNA REALIDAD POSIBLE, EFICAZ Y EFICIENTE

Sábado 19 de octubre, 09:00 - 10:00 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Díaz de Ávila Díaz JP, Curcio Ruigómez A, Del Barco Periañez C, García Huete ME, Calso Pardo A.

Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

INTRODUCCIÓN

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003) representa un marco normativo singular para el desarrollo de un ejercicio profesional colaborativo en un entorno de trabajo interdisciplinar con competencias y actuaciones compartidas. El servicio de cardiología de nuestro hospital ha delegado en el personal de enfermería la realización de la técnica de ecocardiografía, colocación e interpretación de los holter cardiacos, revisión de los marcapasos y DAI y la realización de los ECG de 12 derivaciones (en las TCAE's), a través de un proceso de formación, capacitación y evaluación de las competencias de estos profesionales.

METODOLOGÍA

Mediante un protocolo, aprobado en comisión de dirección, en el que se establecen los requisitos formativos, evaluación tras la formación y la delegación formal de la actividad. En ecocardiografía, las enfermeras realizaron un Máster de Técnico en Ecocardiografía. Esto permite poder realizar en el mismo acto la consulta médica y el ecocardiograma por enfermería. Se han planteado varias formaciones internas, acreditadas, para el resto de las actividades delegadas. En el protocolo se definen cada una de los requisitos formativos, de evaluación y de seguimiento de los resultados.

RESULTADOS

En octubre de 2016 se implementó la delegación en el servicio, implantándose progresivamente ECG por TCAE's, ecocardio por enfermería, revisión de marcapasos y lectura e interpretación de holter de forma autónoma. Comparando los datos de 2017 con 2018, se observa aumento de 6% número total de pacientes, aumento de alta resolución del 92% al 95% y disminución de índice de suc/prim de 3,09 a 3,07. En el centro donde enfermería realiza los ecos, en AR pasamos de un 89% al 96%, disminución de índice de suc/prim de 3,27 a 2,28, disminuyendo sucesivas sobre el total de 77% a 70%. Además se realizan 8.042 ECG en 2017 y 8.644 en 2018, 909 revisiones de marcapasos en 2018 y 1.209 holter en 2017 y 1.233 holter en 2018.

CONCLUSIONES

La nueva actividad no compromete la seguridad de pacientes y resulta eficaz, muy eficiente y permite el desarrollo profesional de la enfermería amparada en un marco legal. El personal médico, puede ser destinado a tareas de mayor complejidad. La actividad aumenta, los costes se mantienen, y la calidad percibida se aumenta por la mayor disponibilidad de los recursos. Se aumenta el grado de satisfacción de los profesionales implicados.

CASOS CLÍNICOS

Jueves, 17 de octubre de 10:45 a 11:45 horas.

Sala Diamante (Hotel Crowne). CASOS CLÍNICOS I

Moderadora:

Elena Escanciano Rodríguez. Carbajal de la Legua, León.

CASO CLÍNICO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA (EVP) PRECOZ POSTOPERATORIA

Jueves, 17 de octubre, 10:45 - 11:45 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Rúa Pérez MC, Papín Rivas MP, Amor Cambón J, Sabater Sánchez M.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN

La endocarditis aguda es una infección del endocardio producida por bacterias y caracterizada por la presencia de vegetaciones o verrugas sobre las válvulas nativas o protésicas. Provoca un gran deterioro funcional y puede resultar mortal. Objetivo: definir el proceso de una endocarditis infecciosa precoz sobre válvula protésica mitral en paciente con múltiples complicaciones quirúrgicas y elaborar un plan de cuidados utilizando el modelo de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 45 años con valvulopatía mitral reumática y recambio valvular mitral por prótesis mecánica y cierre de comunicación interauricular que en el postoperatorio precisó ventilación mecánica no invasiva y marcapasos provisional epicárdico como puente al definitivo; *leak* periprotésico con insuficiencia mitral moderada; neumonía nosocomial; endocarditis precoz sobre válvula protésica; anemia que precisó transfusión y fibrilación auricular paroxística anticoagulada con sintrom. Una vez estabilizada fue trasladada a la unidad de infecciosas para completar tratamiento antibiótico.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Aplicando la taxonomía de la NANDA-NOC-NIC identificamos como principales diagnósticos: ansiedad, intolerancia a la actividad, hipertermia, dolor agudo y deterioro del patrón del sueño. Indicadores: manifestará las dudas que le produce el proceso y pronóstico de la enfermedad, realización de actividades de la vida diaria (AVD) referidas, temperatura corporal dentro de los límites normales, utiliza signos de alerta para pedir ayuda y descansado físicamente. Intervenciones: disminución de la ansiedad, manejo de la energía, tratamiento de la fiebre, manejo del dolor y fomentar el sueño.

REFLEXIÓN

Las infecciones nosocomiales postquirúrgicas y, en particular, la endocarditis precoz sobre válvula protésica son complicaciones que pueden resultar mortales. La taxonomía NANDA-NOC-NIC nos permitió un correcto manejo enfermero. La paciente fue trasladada a la unidad de infecciosas para completar el tratamiento antibiótico sin datos de congestión, con energía para las AVD, afebril, con un patrón de sueño satisfactorio y el dolor bien controlado.

PACIENTE CON SÍNDROME DE AUSTRIAN. Y AHORA, ¿QUÉ HACEMOS?

Jueves, 17 de octubre, 10:45 – 11:45 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Ceballos Gandarillas E¹, Pérez Loza I¹, Losa García L¹, Alconero Camarero AR².

**1 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria);
2 Escuela Universitaria de Enfermería «Casa de Salud Valdecilla»,
Santander (Cantabria).**

INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa es una enfermedad poco frecuente, pese a los progresos en el tratamiento médico-quirúrgico, la mortalidad hospitalaria es alta. Un tipo de endocarditis, es el síndrome de Austrian (neumonía, endocarditis y meningitis neumocócica). Establecer un plan de cuidados para resolver las necesidades de salud reales y potenciales en un paciente diagnosticado de Síndrome de Austrian, siguiendo los pasos del método científico y apoyándonos en la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), así como en la Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC) para delimitar objetivos e intervenciones enfermeras.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 68 años diagnosticada de síndrome de Austrian, con lesiones cutáneas en los miembros inferiores de mala evolución. Ingresó en una unidad de cuidados de críticos cardiológicos con gran inestabilidad hemodinámica, sedoanalgesia y con ventilación mecánica por insuficiencia respiratoria y disminución del nivel de conciencia.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realizó una valoración por sistemas. Destacamos la presencia de las lesiones cutáneas tratadas de forma local por el equipo de enfermería. Diagnósticos enfermeros en la familia: (00146) Ansiedad r/c conocimientos deficientes m/p incertidumbre y confusión en la familia, NOC 0906 Toma de decisiones. NIC 5606 Enseñanza individual, 5230 Mejorar el afrontamiento. (00136) Duelo r/c la anticipación de la pérdida de una persona significativa m/p búsqueda del significado de la pérdida y sufrimiento. NOC 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia. NIC 7140 Apoyo a la familia. 5240 Asesoramiento. 4920 Escucha activa.

REFLEXIÓN

La paciente es sometida a recambio de válvula mitral tras 10 días de tratamiento antibiótico. La evolución de las lesiones cutáneas fue favorable tras los cuidados por parte del equipo de enfermería siguiendo el protocolo de la unidad. La enseñanza individual y mejorar el afrontamiento en la familia obtuvieron los siguientes PDR: Identifica información relevante de 1 a 4 en la escala Likert; Escoger entre varias alternativas 2 a 4. La escucha activa, el asesoramiento y el apoyo por parte de los profesionales consiguieron los siguientes PDR: controla los problemas familiares de 1 a 3, implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones de 2 a 3, y expresan abiertamente sentimientos y emociones de 2 a 4.

«VALVE IN VALVE» MITRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jueves, 17 de octubre, 10:45 – 11:45 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Parellada Vendrell M, Prat Masana M, Pérez Ortega S.
Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El implante de válvula mitral transcáteter ha surgido como una de las nuevas herramientas terapéuticas en el intervencionismo estructural. Es una alternativa para los pacientes con insuficiencia mitral primaria severa con riesgo quirúrgico alto. El objetivo es elaborar un plan de cuidados enfermero destinado a una paciente que se somete a este tipo de procedimiento siendo el primer caso en nuestro centro.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 75 años independiente para actividades básicas de la vida diaria. Antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, recambio valvular mitral biológico por cardiopatía valvular reumática en 2016. Ausencia de sintomatología clínica hasta inicio de 2019. Ingresó en la unidad de cuidados cardiológicos agudos derivada de consulta externa por disnea moderada, tos seca nocturna, ortopnea, edemas bimalears, sin dolor torácico ni fiebre pero con antecedentes de extracción dentaria reciente. La ecocardiografía muestra insuficiencia mitral masiva. Una vez descartada etiología infecciosa, no siendo tributaria a cirugía por alto riesgo quirúrgico, se realiza «valve in valve» mitral percutáneo con buen resultado final. En el post-procedimiento se detecta descenso de hemoglobina con hipotensión bien tolerada precisando transfusión (hematoma profundo en muslo derecho) y deterioro función renal manteniendo diuresis.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

La valoración enfermera se realiza mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon. Siguiendo la taxonomía NANDA-NIC-NOC, los diagnósticos, resultados e intervenciones más relevantes son: NANDA 00026 Exceso de volumen de líquidos. NOC 0601 Equilibrio hídrico. NIC 4120 Manejo de líquidos. NANDA 00032 Patrón respiratorio ineficaz. NOC 0403 Estado respiratorio: ventilación. NIC 3350 Monitorización respiratoria. NANDA 00205 Riesgo de Shock. NOC 0802 Signos vitales. NIC 4044 Cuidados Cardiacos Agudos.

REFLEXIÓN

La restricción de líquidos consiguió un balance hídrico negativo que contribuyó a la depleción, mejorando los síntomas respiratorios y permitiendo llegar al implante en mejores condiciones. La monitorización de los signos vitales (previo y posterior al procedimiento) colaboró en la detección precoz y resolución de complicaciones. La paciente fue dada de alta a domicilio a los 7 días del implante.

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS PREVIOS A LA RETIRADA DE SOPORTE CIRCULATORIO EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO TERMINAL

Jueves, 17 de octubre, 10:45 – 11:45 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Moreno Tena AI, Sánchez Martín C, Lajara Giménez MA, López Iglesias N.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años cada vez se realiza más el valor del cuidado humanizado por parte de los profesionales de enfermería, sobre todo en las áreas de cuidados intensivos, donde está constantemente aumentando la complejidad por terapias innovadoras e invasivas. Los avances científicos y tecnológicos han permitido una mayor esperanza de vida en los pacientes, pero esto secuestra una parte del tiempo dedicado al paciente y, a veces, podemos olvidar la parte humana de los cuidados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 64 años que ingresa en *shock* cardiogénico, al que se realiza coronariografía urgente e implantación de balón de contrapulsación intraaórtico. Persiste con disfunción ventricular severa, por lo que se coloca dispositivo de oxigenación por membrana extracorpórea y se inicia estudio pre-trasplante, el cual se desestima por hallazgo de carcinoma pulmonar y hepático. Tras comunicárselo al paciente y la familia, se decide realizar limitación del esfuerzo terapéutico. El paciente verbaliza la voluntad de contraer matrimonio con su pareja actual antes retirar el dispositivo.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se ha realizado la valoración de enfermería según las necesidades de Virginia Henderson con un plan de cuidados siguiendo la taxonomía de la NANDA, así como los NIC y NOC, destacando: 00214 Discomfort r/c síntomas relacionados con la enfermedad m/p incapacidad para relajarse. 1605 Control del dolor: Administración analgesia y sedación prescrita; Evaluación efectividad sedación/analgesia. 00066 Sufrimiento espiritual r/c muerte propia m/p ausencia de esperanza: 1606 Participación decisiones sobre asistencia sanitaria: Apoyo en la toma de decisiones; Facilitar cumplimiento voluntades (unirse en matrimonio con pareja actual). 00205 Riesgo de *shock* r/c bajo gasto e hipotensión. 0802 Signos vitales: Monitorización de signos vitales; Identificación de riesgos.

REFLEXIÓN

En los primeros momentos los cuidados enfermeros han estado destinados a la recuperación del paciente. Debido a la evolución del caso, se centran en la atención psicológica, espiritual, social del paciente y la familia, buscando los recursos necesarios para que se realice la boda en la UCI, y cumplir sus últimas voluntades, así como proporcionar la máxima calidad de vida hasta el final.

SHABÚ Y SU IMPACTO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Jueves, 17 de octubre, 10:45 - 11:45 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Saura Araguas J, Serrano Cabañero A, Sosa Tirado M, Roldán Grao I, Yus Mondejar L, Venturas Nieto M, Ajenjo Reyero P, Risco Patiño L, Villanueva Soto S.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El clorhidrato de metanfetamina, conocida como *shabú* o cristal, es una droga emergente en Europa asociada principalmente a la comunidad filipina. Su principal vía de consumo es fumada. Actúa a nivel del sistema nervioso central provocando un incremento de energía y del estado de alerta y euforia. El abuso crónico se relaciona con complicaciones cardiovasculares (hipertensión maligna, disección de aorta, infarto de

miocardio, hipertensión pulmonar, arritmias malignas por prolongación del intervalo QT y miocardiopatía), que son con frecuencia la segunda causa de muerte. El objetivo es realizar un plan de cuidados dirigido al paciente consumidor de *shabú*.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente natural de Filipinas residente en España con problemática social. Antecedentes patológicos de fumador, consumidor de *shabú* desde hace 10 años, enolismo, diabetes mellitus tipo II, insuficiencia renal crónica, miocardiopatía dilatada no isquémica, trastorno delirante persistente en seguimiento por Centro de Salud Mental de Adultos. Acude a urgencias por cuadro de disnea, ortopnea y empeoramiento de la clase funcional (II-III) de dos días de evolución, además presenta edemas en extremidades inferiores y distensión abdominal. No refiere dolor torácico, ni palpitaciones, ni mareo o síncope. Se orienta como insuficiencia cardiaca descompensada en contexto de miocardiopatía dilatada.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

0078 Gestión ineficaz de la propia salud. Prevención del consumo de sustancias tóxicas. Facilitar la autorresponsabilidad. 00146 Ansiedad. Disminución de la ansiedad. Aumentar el afrontamiento. 00126 Conocimientos deficientes. Prevención del consumo de sustancias nocivas. Enseñanza: proceso de enfermedad, precauciones cardiacas. 00079 Incumplimiento del tratamiento. Asesoramiento. Modificación de la conducta.

REFLEXIÓN

Hoy en día, las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las causas de muerte más frecuente en los países desarrollados. Por este motivo, se considera imprescindible el conocimiento de las manifestaciones clínicas y el impacto social que provoca. Como profesionales de enfermería, tenemos una visión holística de la persona, que nos debe mantener alerta, para detectar este tipo de situaciones y planificar los cuidados para promover la salud, realizando prevención primaria o secundaria.

CASO CLÍNICO: HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE UN TUMOR CARDIACO EN ADOLESCENTE

Jueves, 17 de octubre, 10:45 - 11:45 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Alba Saá F, Pacios Pacios MA.

Hospital Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

Acudir a una consulta médica programada, y en ella recibir la información de que requiere ingreso hospitalario para la realización de pruebas complementarias ante la sospecha diagnóstica de una patología cardiaca grave, puede suponer un estado de ansiedad e impotencia. Nuestro objetivo es establecer un plan de cuidados de enfermería para disminuir la ansiedad e impotencia de una paciente y de su entorno familiar tras el diagnóstico de una patología cardiaca grave.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 15 años con palpitaciones y disnea de mínimos esfuerzos que es remitida por su médico de Atención Primaria para su valoración por el servicio de cardiología. Tras realización de ecografía cardiaca

transtorácica se observa la presencia de una masa intraventricular, debiendo ingresar para tratamiento. El diagnóstico anatomopatológico es sarcoma pleomórfico, por lo que la paciente es derivada de forma urgente a un centro de referencia nacional para cirugía cardíaca. Posteriormente a la intervención presenta bloqueo auriculoventricular completo, y se le implanta un marcapasos definitivo. Las complicaciones persisten y debe ser trasladada de nuevo al centro de referencia en espera de trasplante cardíaco.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realizó una valoración de enfermería según el modelo conceptual de Virginia Henderson, y se utilizó la taxonomía NANDA, NOC Y NIC para resolución del caso clínico. El diagnóstico principal fue ansiedad e impotencia, y las intervenciones de enfermería se basaron en la humanización de los cuidados.

REFLEXIÓN

Los continuos cambios en el estado físico de la paciente, y la aparición de nuevos diagnósticos y complicaciones cada vez más comprometedoras de su salud, obligaron a modificar continuamente sus líneas de tratamiento, ocasionándole a ella y a su entorno familiar ansiedad e impotencia. Podemos poner al alcance de los pacientes todos los medios técnicos y científicos disponibles, pero si no somos capaces de humanizar los cuidados que ofrecemos, habrá una parte de nuestra labor asistencial que no se desarrollará plenamente, y unas necesidades de los pacientes que no estarán cubiertas.

de este trabajo es presentar las intervenciones enfermeras realizadas para mejorar la adherencia al tratamiento en un paciente con IC.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 71 años, derivado tras ingreso hospitalario. Miocardiopatía dilatada, HTA, DM, EPOC. Se realizó valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, EHFSBS 53. Consciente, orientado, independiente para las AVD. CF II de la NYHA. Se realiza conciliación de la medicación y se detectan errores en la toma de medicación. Mala adherencia al régimen terapéutico: no hace dieta hiposódica ni realiza ejercicio. Vive solo.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Intervenciones enfermeras. Enseñanza medicamentos prescritos: mediante un calendario de adherencia personalizado. Reunión multidisciplinar sobre cuidados: se incluye al paciente en vía clínica de paciente complejo. Enseñanza proceso de la enfermedad: se realiza educación sanitaria sobre dieta y actividad física a la que acude la hija. Seguimiento telefónico: consulta por 2 episodios de descompensación. El paciente decide ir a vivir con hija, conoce la medicación y toma correctamente el tratamiento. Durante el periodo de seguimiento, no precisa atención en urgencias ni reingreso hospitalario.

REFLEXIÓN

La no adherencia al régimen terapéutico es una de las principales causas de reingreso hospitalario. Para mejorar la adherencia terapéutica el paciente debe adquirir un papel activo en el proceso de gestión de su enfermedad.

Viernes, 18 de octubre de 8:30 a 09:30 horas.

Sala Diamante (Hotel Crowne). CASOS CLÍNICOS II

Moderador:

José Miguel Rivera Caravaca. Murcia.

EVITAR LA HOSPITALIZACIÓN RECURRENTE TRABAJANDO LA DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Viernes, 18 de octubre, 08:30 – 09:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Cruzado Álvarez C, Benítez Ruíz F, Mezcuca Robles M.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN

La falta de la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) es un problema frecuente que compromete la efectividad del mismo y se traduce en peores resultados en salud. La OMS define la adherencia terapéutica como «el grado en que la conducta de un paciente, en relación a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario». El objetivo

INSUFICIENCIA CARDIACA TRAS UN LINFOMA. CASO CLÍNICO

Viernes, 18 de octubre, 08:30 – 09:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Ramos González-Serna A, Mateos García MD, Martín Barrera R, Luque Mazuelos R.

Hospital Universitario Valme, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

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

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 56 que ingresa en Cardiología desde consulta de hematología. Juicio clínico 1.º episodio de insuficiencia cardíaca 2.º a cardiotoxicidad con antraciclinas. Antecedentes: Hipertensión arterial, dislipemia mixta, ateromatosis aortailíaca asintomática, linfoma difuso diagnosticado en 2018.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Tras valoración enfermera, de calidad de vida con el test de Minnessota, autocuidados y adherencia a fármacos, se elaboró plan de cuidados. Las intervenciones enfermeras aplicadas fueron adecuadas para la resolución de los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración surgidos. La paciente fue dada de alta y siguió revisiones por la unidad de insuficiencia cardíaca.

REFLEXIÓN

Es necesario intervenir antes, durante y después del tratamiento oncológico para prevenir o disminuir el impacto de la cardiotoxicidad. Las enfermeras dentro del equipo multidisciplinar del proyecto cardio-onco-hematología colaboran en la identificación y control de factores de riesgo cardiovascular, revisión de potenciales interacciones medicamentosas, educación sanitaria sobre hábitos de vida cardiosaludables y en mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN INTERVENCIONISMO ESTRUCTURAL COMPLEJO: TRATAMIENTO COMBINADO VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTÁNEA (VMP) Y CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA (CPOI) CON TROMBO EN SU INTERIOR

Viernes, 18 de octubre, 08:30 – 09:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Martínez Crespo J, Torres Saura F, Benito Agüera I, Costa Victorio FJ, Romero Vazquién M, Belda Cutillas JA, Arroyo Úcar E, González Ródenas L, Amores González N, García Serrano MC.

Hospital General Universitario de Vinalopó, Elche (Alicante).

INTRODUCCIÓN

La indicación de VMP para el tratamiento de la estenosis mitral sintomática (EMS) se mantiene en pacientes con trombo en el interior de la OI, cuando el paciente rechaza el tratamiento quirúrgico. Presentamos un caso donde realizamos un abordaje integral por vía percutánea: protección carotídea, VPM y CPOI para disminuir el riesgo embólico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente hipertenso, con fibrilación auricular permanente, exfumador desde 2016, con EMS y VMP hace 8 años. Recientemente reaparece clínica derivada de su valvulopatía y se plantea nueva VMP, pero en el estudio de imagen aparece trombo en OI. Tras 3 meses de ACO en rango alto (INR>3) este persiste. Se recomienda cirugía que el paciente rechaza. Por lo que se plantea abordaje percutáneo en tres etapas: 1) colocación de dispositivo de protección carotídea (SENTINEL®) por vía radial derecha; 2) VMP con balón INOUE de 28; y 3) implante de dispositivo LAMBRE® por permitir la liberación de este fuera de la OI, y de esta forma evitar remover el trombo presente.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Los cuidados van dirigidos a la preparación previa al procedimiento (consentimiento informado, ayuno, alergias, anticoagulación y función renal), a la preparación anestésica (administración de medicación ansiolítica y anestésica, intubación orotraqueal y sondaje vesical) y a la vigilancia hemodinámica durante el procedimiento (monitorización cardíaca, saturación de oxígeno, presión arterial invasiva, control del tiempo de coagulación activada, diuresis horaria) y vigilancia neurológica mediante índice bispectral (BIS), así como a preservar la asepsia del campo y material quirúrgico. El indicador de resultado principal será la estabilidad hemodinámica del paciente durante el procedimiento, especialmente en los momentos críticos del mismo, tales como en la punción transeptal, y en el posicionamiento y liberación del dispositivo.

REFLEXIÓN

Se cierra con éxito la OI, preservando la estabilidad hemodinámica del paciente durante todo el procedimiento y logrando evitar la migración del trombo en el momento del implante. El paciente es extubado en la sala de hemodinámica sin presentar focalidad neurológica (responde órdenes, moviliza extremidades y habla sin dificultad), y evoluciona favorablemente en la unidad de recuperación post-anestésica.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA A UN PACIENTE CON DISECCIÓN AÓRTICA

Viernes, 18 de octubre, 08:30 – 09:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Casadella Almar I, Ruiz Sierra M, Palau Durán M, Estébanez Montoya E, Sánchez Zálvez P.

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. La clínica más frecuente es dolor torácico severo súbito, desgarrante, pulsátil e irradiado hacia el cuello y la mandíbula junto con los cambios en el electrocardiograma. El objetivo es reflejar un plan de cuidados de enfermería personalizado al paciente que presenta una DA diagnosticada en hemodinámica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, insuficiencia renal crónica, neoplasia vesical, cardiopatía isquémica con stents convencionales, insuficiencia aórtica degenerativa moderada y portador de marcapasos. El paciente llega a la unidad de hemodinámica derivado del centro de salud primaria orientado como código Infarto Agudo de Miocardio (IAM). Durante el intervencionismo, se visualiza una falsa luz en aorta ascendente al intentar inyectar contraste en la coronaria izquierda. Hemodinámicamente el usuario se encuentra inestable con fluctuaciones de tensión arterial, sin llegar a precisar drogas vasoactivas. Se realiza ecocardiograma y tomografía computarizada urgente que evidencian DA tipo A y *flap intimal*. En consecuencia, se decide traslado inminente al hospital de referencia para cirugía cardíaca emergente.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se elabora la valoración del paciente según el modelo de Virginia Henderson. Se diseña un plan de cuidados individualizado con la taxonomía NANDA-NIC-NOC. El diagnóstico principal es ansiedad r/c la gravedad de la enfermedad m/p la verbalización de la preocupación de la situación. Siendo el resultado esperado (NOC) autocontrol de la ansiedad con las intervenciones (NIC) de escucha activa, apoyo emocional y disminución de la ansiedad.

REFLEXIÓN

Destacamos la importancia de las intervenciones de enfermería para favorecer la buena evolución clínica del paciente. La planificación de cuidados y la coordinación multidisciplinar, permitieron anticiparse a las posibles complicaciones y empeoramiento del estado del usuario.

ABORDAJE INTERDISCIPLINAR -ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA- DE UN PACIENTE JOVEN CON ANEURISMA DE AORTA Y MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA. CASO CLÍNICO

Viernes, 18 de octubre, 08:30 – 09:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Talavera Sáez A, Lizcano Álvarez A, Alonso Blanco C, Martínez Piédrola R, Velasco Furlong L, Peñacoba Puente C, Sánchez Herrera P, Gómez Gómez L, García Bravo C, Saleh El Kabar M.

Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón (Madrid).

INTRODUCCIÓN

El abordaje del paciente cardiovascular debe enmarcarse en un modelo proactivo y centrado en la persona; la intervención interdisciplinar resulta interesante para la consecución de los autocuidados y la adherencia al plan. Este trabajo tiene por objetivo describir como la actuación conjunta de la Enfermería y la Fisioterapia mejora la calidad de vida del paciente, además de resaltar la importancia de las indicaciones precisas y holísticas del plan terapéutico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta a un varón de 52 años diagnosticado de miocardiopatía hipertrófica y aneurisma de aorta con FEVI normal, sin más antecedentes de interés.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Durante 8 semanas, se aborda el diagnóstico de Estilo de vida sedentario r/c carencia de recursos (información, destreza), obtenido a través de la valoración de los patrones de M. Gordon y aplicando el modelo área a los problemas hallados: sobrepeso, ansiedad, déficit de actividades recreativas. Se plantea la etiqueta NOC «Conocimiento: actividad prescrita» con los indicadores: restricciones prescritas de actividad, estrategias para el aumento gradual de la actividad prescrita, métodos para controlar la frecuencia cardíaca, realización adecuada de la actividad prescrita. Se traduce bajo la etiqueta NIC «Fomento del ejercicio» el entrenamiento quincenal, en el que participa fisioterapia. El trabajo aeróbico se realiza a intervalos regulares modificando intensidad, se comprueba la tolerancia al mismo mediante puntuación de Borg, frecuencia cardíaca y tensión arterial. De manera paralela, se realizan consultas individuales de enfermería para abordar diferentes temas. Las intervenciones se realizaron sin incidencias, destaca la motivación del paciente que favoreció la adherencia al plan. Los indicadores NOC alcanzaron su puntuación esperada (5), además el IMC disminuyó en 2,7 puntos y la frecuencia cardíaca descendió a valores cercanos a 50 lpm.

REFLEXIÓN

Es importante la indicación adecuada y precisa de las actividades que el paciente puede realizar tras un diagnóstico médico; la prohibición absoluta de ocupaciones satisfactorias, sin el ofrecimiento de alternativas, puede perjudicar su calidad de vida. Las intervenciones integrales para la adquisición de conocimientos y habilidades dirigidas al autocuidado y empoderamiento son importantes, siendo idóneo aunar competencias con las de otros profesionales para conseguir los objetivos de una manera efectiva.

PARO CARDIORRESPIRATORIO REFRACTARIO EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN: COLOCACIÓN *IN SITU* DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA CENTRAL

Viernes, 18 de octubre, 08:30 – 09:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Querol Vallés E, Venturas Nieto M, Prats Barrera J.
Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

En los pacientes sometidos a cirugía cardíaca que presentan parada cardiorrespiratoria (PCR) refractaria a reanimación avanzada, la colocación de un dispositivo de membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) mejora la supervivencia y disminuye los daños neurológicos. El objetivo es crear un plan de cuidados para resolver las necesidades y complicaciones a lo largo del proceso asistencial de un paciente postoperado complejo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón de 48 años con valvulopatía aórtica congénita que ingresa para sustitución de válvula aórtica electiva. A las 48 horas se traslada a la sala de cirugía cardiovascular. Al 4.º día presenta, de forma súbita, una PCR refractaria a soporte vital avanzado requiriendo la colocación de ECMO. Tras 7 días con ECMO es trasplantado con éxito.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

La valoración enfermera se realiza siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon en diferentes fases del proceso asistencial. Se elabora un plan de cuidados en cada fase siguiendo la metodología NANDA-NIC-NOC. La valoración realizada al tercer día muestra como diagnósticos enfermeros más relevantes el dolor agudo, estreñimiento y náuseas. Durante la inserción de ECMO en la sala cardiovascular se resuelven los problemas de colaboración derivados de la colocación del dispositivo en un espacio no habitual, gracias al equipo multidisciplinar de cirugía, anestesia, enfermería y perfusionistas. Mientras se mantiene con ECMO, una nueva valoración destaca los diagnósticos enfermeros de disminución del gasto cardíaco, riesgo de *shock* y deterioro de la movilidad física. Las actividades planificadas permiten un control del estado clínico del paciente, del dispositivo de ECMO y el mantenimiento íntegro de piel y mucosas. El día 40, en la sala de cardiología, la valoración enfermera muestra los diagnósticos de intolerancia a la actividad relacionada con la miopatía del paciente crítico e insomnio.

REFLEXIÓN

Mediante la rehabilitación y gracias al esfuerzo y a la actitud positiva del paciente, éste fue progresando satisfactoriamente. La valoración enfermera debe realizarse de forma continua y, siempre que exista un cambio brusco en el estado de paciente, para poder adecuar las actividades a sus necesidades y ofrecer unos cuidados continuados de calidad durante su proceso asistencial.