

Enfermería en Cardiología

Publicación científica de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

Esquema del Programa del 35.º Congreso Nacional de la AEEC "Avanzando hacia la autonomía"

MIÉRCOLES 7 de mayo

Cursos de Formación

	Sala A	Sala B	Sala C	Sala D
16:00-20:00 h	Educación para la salud en cardiología: métodos y contenidos específicos	Ecocardiografía: técnica e interpretación de resultados aplicada a casos clínicos	Habilidades de comunicación y trabajo en equipo: <i>Coaching</i>	Cómo elaborar artículos científicos
20:00 h	Inauguración Oficial			
21:00 h	Cóctel de Bienvenida			

JUEVES 8 de mayo

	Sala A	Sala B	Sala C	Sala D
09:00-10:00 h	COMUNICACIONES LIBRES			
10:00-11:00 h	CONFERENCIA INAUGURAL			
11:00-11:30 h	Pausa Café			
11:30-12:30 h	COMUNICACIONES LIBRES			
12:30-13:30 h	PÓSTER FÓRUM			
13:30-14:00 h	FORO DE GRUPOS DE TRABAJO*			
14:00-16:00 h	Almuerzo de Trabajo			
16:00-17:30	MESA REDONDA: Enfercardio-Actualidad: adaptar la práctica enfermera a las nuevas evidencias científicas			
17:30-18:30	CASOS CLÍNICOS		PÓSTER FÓRUM	

VIERNES 9 de mayo

	Sala A	Sala B	Sala C	Sala D
09:00-10:00 h	COMUNICACIONES LIBRES			
10:00-11:30	MESA REDONDA: Cuidados de enfermería a pacientes en situaciones de riesgo, y atención a la familia			
11:30-12:00 h	Pausa Café			
12:0-13:30 h	ASAMBLEA GENERAL DE LA AEEC			
14:00-16:00 h	Almuerzo de Trabajo			
16:00-17:30 h	MESA REDONDA: Presentación de proyectos liderados por enfermería			
17:30-18:30 h	CONFERENCIA DE CLAUSURA			
18:15 h	ENTREGA DE PREMIOS Y ACTO DE CLAUSURA			
21:30 h	Cena de clausura			

Enferm Cardiol. 2014; Año XXI (61)
1.º cuatrimestre

*FOROS GRUPOS DE TRABAJO
Sala A - Hemodinámica
Sala B - Electrofisiología y Estimulación Cardíaca
Sala C - Prevención y Rehabilitación Cardíaca

Sala D - Insuficiencia Cardíaca y Trasplante
Sala E - Cirugía Cardíaca
Sala F - Imagen Cardíaca y Técnicas no Invasivas
Sala G - Cuidados Críticos Cardiovasculares
Sala G - Europeo

Versión electrónica en:
<http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/index.htm>



Asociación Española de
Enfermería en Cardiología

Enfermería en Cardiología

Publicación científica de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

SUMARIO

- 3 Editorial
- 4 Presidenta de la AEEC
- 5 Directora del Comité Científico de la AEEC
- 6 Noticias de la AEEC
- 7 Resúmenes de las comunicaciones presentadas en el 35.º Congreso:
 - 7 Comunicaciones libres. Jueves 8 de mayo (Sala A) 9.00 a 10.00 h
Referencias CLA01-CLA05
 - 9 Comunicaciones libres. Jueves 8 de mayo (Sala B) 9.00 a 10.00 h
Referencias CLB01-CLB05
 - 10 Comunicaciones libres. Jueves 8 de mayo (Sala C) 9.00 a 10.00 h
Referencias CLC01-CLC05
 - 12 Comunicaciones libres. Jueves 8 de mayo (Sala A) 11.30 a 12.30 h
Referencias CLA06-CLA10
 - 14 Comunicaciones libres. Jueves 8 de mayo (Sala B) 11.30 a 12.30 h
Referencias CLB06-CLB10
 - 15 Comunicaciones libres. Jueves 8 de mayo (Sala C) 11.30 a 12.30 h
Referencias CLC06-CLC10
 - 15 Comunicaciones libres. Viernes 9 de mayo (Sala A) 9.00 a 10.00 h
Referencias CLA11-CLA15
 - 16 Comunicaciones libres. Viernes 9 de mayo (Sala B) 9.00 a 10.00 h
Referencias CLB11-CLB15
 - 17 Comunicaciones libres. Viernes 9 de mayo (Sala C) 9.00 a 10.00 h
Referencias CLC11-CLC15
 - 21 Casos clínicos. Jueves 8 de mayo (Sala A) 17.30 a 18.30 h
Referencias CCA01-CCA10
 - 24 Casos clínicos. Jueves 8 de mayo (Sala B) 17.30 a 18.30 h
Referencias CCB01-CCB10
 - 27 Comunicaciones póster fórum. Jueves 8 de mayo (Sala A) 12.30 a 13.30 h
Referencias PFA01-PFA08
 - 29 Comunicaciones póster fórum. Jueves 8 de mayo (Sala B) 12.30 a 13.30 h
Referencias PFB01-PFB08
 - 22 Comunicaciones póster fórum. Jueves 8 de mayo (Sala C) 12.30 a 13.30 h
Referencias PFC01-PFC08
 - 32 Comunicaciones póster fórum. Jueves 8 de mayo (Sala C) 17.30 a 18.30 h
Referencias PFC09-PFC15
 - 37 Comunicaciones póster
Referencias PÓSTER 001- PÓSTER 104
- 61 Índice de autores

DIRECTOR

Rafael Mesa Rico

REDACTOR JEFE

Javier García Niebla

CORRECTORA DE INGLÉS

M.ª Dolores Martín Santamaría

MAQUETADOR

Jorge Ambrona Martínez

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEEC

Presidenta de Honor

M.ª José Zabala Osés

Presidenta Saliente

M.ª Amparo Peiró Andrés

Presidenta

M.ª Luz Capote Toledo

Vicepresidenta

Mercedes Rodríguez Morales

Secretaría

M.ª José Morales Vicente

Vicesecretaría

Rebeca García de La Calle

Tesorera

Vanessa A. García Mosquera

Vocal Grupo Cirugía Cardíaca

Asunción Giménez Mateo

Vocal Grupo Cuidados Críticos Cardiovasculares

M.ª Teresa Arias Fernández

Vocal Grupo Electrofisiología y Marcapasos

M.ª del Pilar Cabrerizo Sanz

Vocal Grupo Europeo

Alberto Luis Fernández Oliver

Vocal Grupo Hemodinámica

Vera Rodríguez García-Abad

Vocal Grupo Imagen y Pruebas no invasivas

Carlos -Santos Molina Mazón

Vocal Grupo Insuficiencia Cardíaca

Magda Nebot Margalef

Vocal Grupo Prevención y Rehabilitación Cardíaca

Pascual M. García Hernández

Director de la Página WEB

Javier García Niebla

Director de la Revista

Rafael Mesa Rico

Directora de Formación Continuada

Conchi Santolaria Aísa

Vocal Congreso de Murcia

Concha Fernández Redondo

COMITÉ CIENTÍFICO DE LA AEEC

Directora

Carmen Bermejo Merino

Subdirectora

Juana Oyanguren Artola

Vocales

Blanca Esther Aguayo Esgueva

Idoia Beistegui Alejandre

Carmen Naya Leira

Susana Rubio Martín

Vocal Congreso Murcia

Solanger Hernández Méndez

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN AEEC

C/ Nuestra Señora de Guadalupe, 5-7

28028 Madrid (España)

Tel. 917 242 375- FAX: 917 242 371

Secretaría: Laura Maroto Torres

secre@enfermeriaencardiologia.com

Coordinación Editorial: Alicia González Oliver

revista2@enfermeriaencardiologia.com

Versión electrónica ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

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

Desde la dirección de la revista *Enfermería en Cardiología* me gustaría darles la bienvenida al 35.º Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología "Avanzando hacia la autonomía", que este año celebramos en la espléndida ciudad de Murcia. Un Congreso que tenemos el lujo de poder celebrar gracias a la gran labor realizada por el Comité Organizador, encabezado por Concepción Fernández, que ha estado trabajando de manera incansable a lo largo de este último año para que todo salga a la perfección y sea del máximo agrado de todos los participantes.

Por otro lado, hemos de agradecer el gran trabajo que se ha llevado a cabo desde el Comité Científico para que en este 35.º Congreso se puedan presentar las últimas novedades que permitan progresar a la enfermería cardiológica de nuestro país, destacando tanto la valoración de los trabajos presentados como la organización del programa científico que hace que nuestra especialidad se encuentre a la vanguardia de los países más avanzados de nuestro entorno.

En otro orden de cosas, durante este congreso se van a producir algunas despedidas muy significativas en nuestra asociación. Por un lado, llega al final de su mandato nuestra actual presidenta **M.ª Luz Capote**, a la que queremos demostrar la mayor gratitud por la labor realizada a lo largo de estos dos últimos años en los que ha situado a la enfermería cardiológica en los niveles más altos de desarrollo científico y siempre tratando de liderar un proyecto en el que la enfermería desarrolle plenamente sus competencias profesionales. Por otro lado, despedimos también a nuestra Presidenta Saliente, **Amparo Peiró**, que durante todos los años que ha prestado sus servicios en los diferentes ámbitos de la asociación siempre ha tratado de situar a la enfermería cardiológica española en los órganos internacionales más diversos y estar presentes en los distintos foros de decisión a nivel mundial. Otra de las despedidas es la de la Vocal de Hemodinámica, **Vera Rodríguez**, que con su trabajo a lo largo de estos últimos años ha demostrado saber liderar un proyecto en el que la enfermería en hemodinámica se sitúe en un lugar privilegiado para conseguir su acreditación profesional. Y por último, despedir a **Rebeca García** que realizó un gran trabajo a lo largo de este último año como Vicesecretaria de la asociación. Al mismo tiempo, queremos dar la bienvenida a la nueva Presidenta de la AEEC, **Mercedes Rodríguez**, y la animamos a que siga desarrollando sus proyectos ya iniciados en su anterior etapa como vicepresidenta.

Nosotros desde la Revista seguimos trabajando en nuestra labor de divulgación científica, y dentro de las novedades que estamos introduciendo a lo largo de los últimos meses, os presentamos en este número monográfico la inclusión de todos los resúmenes que han sido aceptados como presentación de los trabajos científicos en nuestro congreso, trabajos que van desde comunicaciones orales, casos clínicos, póster fórum y póster, y que tratan de reflejar el destacado nivel científico que tiene la enfermería cardiológica española.

Esperando que disfrutéis de la lectura de los avances científicos del 35.º Congreso de Enfermería en Cardiología y de la ciudad de Murcia, recibid un cordial saludo.

Rafael Mesa
Director

ISSN: 1575-4146

Depósito Legal: M-10090-2014

Tirada 1.300 ejemplares.

Impreso en España por: Impremta Palàcios - info@imprentapalacios.com • SUECA (Valencia)

© Copyright 2014 Asociación Española de Enfermería en Cardiología.

Publicación cuatrimestral (3 números al año)

Presidenta de la AEEC

Queridos asociados:

Aprovecho este espacio para expresar mi enorme gratitud a todos los que forman y han formado parte de la Junta Directiva y Comité Científico de la AEEC durante el periodo en el que he sido presidenta, así como a todos los asociados que de una forma u otra me han prestado su apoyo incondicional.

Quiero con estas palabras animar a todos los profesionales de enfermería que trabajan en el área de cardiología. Ya sabemos que la especialidad en la que nos han incluido, médico-quirúrgica, no es lo que habíamos soñado cuando se nos prometió desde la administración que íbamos a tener nuestra propia especialidad; pero debemos sobreponernos a este horizonte tan poco alentador, para ello tenemos que estar presentes en el organigrama de la administración sanitaria, enfermeras con capacidad de liderazgo para contribuir desde su realidad y conocimiento al desarrollo de las competencias profesionales.

Por último solo quiero invitaros a que asistáis al XXXV Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología "*Avanzando hacia la autonomía*", en la ciudad de Murcia, donde podremos conocernos y compartir experiencias sistematizadas que potencien el desarrollo profesional y científico de la enfermería.

Gracias

M.ª Luz Capote Toledo
Presidenta de la AEEC

Esta revista está incluida en los índices bibliográficos:

Enfermería

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

Medicina

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

Difusión Científica

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

Directora del Comité Científico

estimados compañeros:

El programa científico del 35.º Congreso Nacional de la AEEC trata de reflexionar sobre la práctica clínica enfermera, incluir las novedades científicas encaminadas a dar respuesta a las necesidades de cuidados de los enfermos, de las familias y de los usuarios del sistema de salud en general y promover así un servicio específico y de calidad a la sociedad actual.

Por ello, desde el Comité Científico hemos considerado que los objetivos del congreso debían abarcar las diferentes áreas y competencias de la enfermería: de la educación a la investigación; de la prevención a la atención de enfermos críticos; del enfermo a su familia, como referente a apoyar y de apoyo en los problemas de salud; de las últimas novedades técnicas aplicadas al sistema cardiovascular al factor humano; así como las habilidades de comunicación; el trabajo en equipo inter y multidisciplinar y una adecuada interacción. Esto constituye un reto y a su vez una necesidad para llevar a cabo un ejercicio profesional satisfactorio y de calidad.

Con los cuatro cursos planteados queremos cubrir: el área de investigación. Cómo estimular la investigación, cómo realizar un artículo científico, y cómo publicarlo. El área clínica cardiovascular. Hacer un repaso de las patologías cardíacas a través de una técnica diagnóstica, el ecocardiograma, aplicada a casos clínicos concretos. El área educativa. Como competencia por excelencia de enfermería y herramienta imprescindible para promover entre los usuarios la autonomía, el autocuidado y la mejora del pronóstico de su enfermedad. Habilidades de comunicación. Fundamentalmente la relación y trabajo en equipo. En el ejercicio de la profesión sanitaria, el objeto básico de nuestro trabajo son personas; por lo que interactuar entre todo el grupo sanitario de forma adecuada se convierte, junto con la competencia técnica, en algo fundamental a la hora de llevar a cabo un ejercicio profesional satisfactorio y de calidad.

Como objetivos específicos de las mesas redondas nos hemos propuesto: avanzar en conocimientos mediante la revisión de guías de práctica clínica. Generar cultura en el uso de dichas guías. Ser un marco de difusión de proyectos de investigación innovadores, liderados por enfermería. Promover la difusión de proyectos de investigación e innovación en enfermería. Difundir las novedades y avances tecnológicos de la atención sanitaria. Comprender las emociones de las familias de los pacientes en situación de riesgo vital, para aportar los cuidados y ayuda necesaria. Progresar en los conocimientos, a través de la reflexión de nuestras experiencias en la práctica clínica.

Respecto a la participación en el congreso, en primer lugar felicitar a los congresistas por su implicación. Este año se han recibido 201 resúmenes, un número de trabajos muy superior a ediciones anteriores.

Desde el Comité Científico hemos pretendido fomentar la participación de todos, ya que entendemos que un congreso es un foro muy importante para difundir conocimientos.

También ha aumentado la participación de estudiantes.

Por comunidades, destaca la anfitriona, Murcia, con cerca del 50 % de los trabajos enviados. ¡Felicidades, Murcia!, estáis demostrando que organizar un congreso es sobre todo una apuesta por la puesta al día de la ciencia.

Han sido necesarios algunos cambios, disminuyendo, por problemas de tiempo, el número de comunicaciones orales, pasándolas a pósters fórum, para dar así la posibilidad a más autores de mostrar su trabajo.

Recibid un cordial saludo

Carmen Bermejo
Directora del Comité Científico

iHasta el 12 de junio de 2014 continúa abierto el plazo para enviar la SOLICITUD DE ACREDITACIÓN EN HEMODINÁMICA DE LA AEEC!

Toda la información en la web: www.enfermeriaencardiologia.com/grupos/hemodinamica/perfil/index.htm

Durante el desarrollo del 35.º Congreso Nacional de la AEEC en el Hotel Nelva de Murcia:

📍 **Se reunirán los FOROS de los GRUPOS DE TRABAJO el jueves 8 de mayo de 13:30-14:00 horas**, en las siguientes salas:

- Sala A - Hemodinámica
- Sala B - Electrofisiología y estimulación cardiaca
- Sala C - Prevención y rehabilitación cardiaca
- Sala D - Insuficiencia cardiaca y trasplante
- Sala E - Cirugía cardiaca
- Sala F - Imagen cardiaca y técnicas no invasivas
- Sala G - Cuidados críticos cardiovasculares

📍 **Se celebrarán VOTACIONES** por medio de urnas para la renovación de cargos de la Junta Directiva de la AEEC y para la modificación o no del art. 71-2 de los Estatutos, el **viernes 9 de mayo de 9:00 a 11:30 horas**

📍 **La ASAMBLEA GENERAL DE SOCIOS DE LA AEEC 2014** tendrá lugar el **viernes 9 de mayo de 12:00 a 13:30 horas**.

📍 **La ENTREGA de los PREMIOS** a los mejores trabajos originales publicados en los años XIX y XX de la REVISTA ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA tendrá lugar durante el acto de entrega de los premios del congreso el **viernes 9 de mayo a las 18:15 horas en la Sala A**

La Filial Gallega de la AEEC estrena nuevos representantes a partir del año 2014:

- Eva María Sánchez Hernández.
(Coordinadora y Portavoz)
Hemodinámica. CHUVI, Vigo
Eva.Maria.Sanchez.Hernandez@sergas.es
- Inés Lago Celada
Hemodinámica. CHUVI, VIGO
ines.lago.celada@gmail.com
- Josefina Amor Cambón
Unidad hospitalización intermedios cardiología
CHOU A Coruña
finycam@yahoo.es
- Amadeo Paredes Rodríguez
Unidad coronaria. CHUS. Santiago
amadeoparedes@hotmail.es

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

BASES GENERALES

1. Pueden optar a estos premios todos los profesionales enfermeros (españoles o extranjeros), a excepción de los miembros que componen el Jurado.

2. La participación puede ser tanto a título individual como colectivamente, pero al menos, uno de los autores del trabajo deberá ser miembro de pleno derecho de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC).

3. Los trabajos que se presenten, que deberán ser originales inéditos y estar escritos en lengua castellana, podrán versar sobre cualquier área de conocimiento en donde se desempeñe la enfermería en cardiología. Deberán cumplir las normas de publicación de nuestra revista.

4. Los premios tendrán un carácter anual y en esta Decimocuarta Edición, se considerarán dentro del plazo establecido, todos aquellos trabajos que hayan sido publicados en los números 61, 62 y 63 correspondientes al año XXI de nuestra publicación: ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA.

5. Los premios se fallarán por un Jurado compuesto al efecto, por los siguientes miembros: Dirección de la revista Enfermería en Cardiología, Presidenta de la Asociación o en quien delegue, Presidenta del Comité Científico o en quien delegue y una enfermera/o experta/o, cuya identidad se dará a conocer después de la concesión de los Premios por parte del Jurado.

6. El fallo del Jurado se hará público en el XXXVI Congreso Nacional de la AEEC.

7. El fallo del Jurado será inapelable, pudiendo dejar desiertos los premios convocados si se considera por parte de los miembros, que los trabajos presentados no reúnen la calidad científica suficiente para ser merecedores de los mismos.

8. Las dotaciones económicas de los premios se han establecido en: un primer premio dotado con una cuantía de 700 euros y un segundo premio de 400 euros. La entrega de los mismos tendrá lugar en la sede del XXXVI Congreso Nacional de la AEEC.

9. No podrán optar a premio aquellos trabajos publicados en la revista, que ya hayan sido premiados en el Congreso Nacional de la AEEC, ni aquellos otros en los que consten como autor o participe algún miembro del Jurado.

10. La participación y presentación de los trabajos al certamen, implica necesariamente la aceptación de las presentes bases que lo rigen.



Horarios y Moderadores de las Comunicaciones

JUEVES 8 de mayo			
	SALA A	SALA B	SALA C
09:00-10:00 h COMUNICACIONES LIBRES Moderador	CLA01-CLA05 Isabel Hernández Hernández Hospital Reina Sofía	CLB01-CLB05 Miriam Quintana Giner Hospital Virgen de La Arrixaca	CLC01-CLC05 Rosario Gracia Ródenas Hospital Virgen de La Arrixaca
11:30-12:30 h COMUNICACIONES LIBRES Moderador	CLA06-CLA10 Jesús Leal Llopis Hospital Morales Meseguer	CLB06-CLB10 Encarna Martínez Sánchez Hospital Morales Meseguer	CLC06-CLC10 M. ^a José Camacho Ríos Hospital Reina Sofía
12:30-13:30 h PÓSTERS FÓRUM	PFA01-PFA08	PFB01-PFB08	PFC01-PFC08
17:30-18:30 h CASOS CLÍNICOS PÓSTERS FÓRUM	CCA01-CCA10	CCB01-CCB10	PFC09-PFC15
VIERNES 9 de mayo			
	SALA A	SALA B	SALA C
09:00-10:00 h COMUNICACIONES LIBRES Moderador	CLA11-CLA15 David Soto Fernández Hospital Santa Lucía	CLB11-CLB15 Miguel Ángel Sanz Peñalver Hospital Rafael Méndez	CLC11-CLC15 Juan Antonio López García Hospital Comarcal del Noroeste

CLAVE DE LAS REFERENCIAS

CL: Comunicación Libre, CC: Caso Clínico, PF: Póster Fórum

A: Sala A, B: Sala B, C: Sala C

Los dos dígitos indican el orden de exposición en cada sala

(Ejemplo: CLC10 es la décima comunicación libre que se presentará en la Sala C)

El número de la referencia de los pósters indica el número de panel de la exposición

NOC (Nursing Outcomes Classification). Paralelamente la enfermera de la UIC impartió sesiones de ES.

RESULTADOS

Hubo un 75% varones con media de 62±12 años. Se dividieron en 2 grupos: A) 27 pacientes con bajo nivel cultural y B) 43 pacientes que tenían como mínimo estudios primarios. Basalmente existían diferencias significativas en cuanto a conocimientos básicos de la enfermedad y fármacos (16% grupo vs 51% grupo B, $p<0,05$). Otra persona era responsable del tratamiento en el 52% del grupo A, vs el 16% del grupo B ($p<0,01$). Respecto al cumplimiento terapéutico, el 84% del grupo A lo realizaba correctamente frente al 91% grupo B. Tras 6 meses de seguimiento y recibir las mismas sesiones de ES no se encontraron diferencias significativas sobre el conocimiento de la enfermedad y medicación. El grupo A redujo del 52% al 32% la responsabilidad sobre otra persona del tratamiento ($p<0,05$) mejorando el cumplimiento terapéutico en ambos grupos. La tasa de reingresos en UIC fue similar: 16% grupo A vs 15% grupo B.

CONCLUSIÓN

La ES en pacientes de bajo nivel cultural con IC consigue que, pese a conocer inicialmente poco la enfermedad y la medicación, se hagan responsables de su tratamiento, mejoren el conocimiento de la enfermedad y el cumplimiento.

COMUNICACIONES LIBRES. JUEVES 8, 9.00-10.00 h

OPTA A PREMIO

CLA01 INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA IMPARTIDA POR ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores: López Moyano G; Recuerda Casado C; Durán Torralbo C; Cortez Quiroga GA; Rus Mansilla C; Toledano Casado F; Delgado Moreno M; García Sánchez CI; Rustarazo Franco Y
Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La educación sanitaria (ES) en la unidad de insuficiencia cardiaca (UIC) es fundamental para promover el autocuidado y mejorar los resultados clínicos. Analizar el impacto de la ES en el conocimiento de la enfermedad, manejo farmacológico y cumplimiento terapéutico en pacientes con bajo nivel cultural.

MATERIAL Y MÉTODO

Seleccionamos aleatoriamente 70 de los 104 pacientes de la UIC. En el plan estandarizado de cuidados se recogió inicialmente el nivel cultural del paciente, monitorizando trimestralmente el conocimiento de la enfermedad, la medicación y quién la administraba mediante los

CLA02 COSTES GENERALES DE INFUSIÓN HIERRO SACAROSA VS CARBOXIMALTOSA EN UNA POBLACIÓN CON DÉFICIT DE HIERRO E INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores: Pérez Martínez MT; Gracia Ródenas MR; Fernández Redondo MC; Hernández Alcázar I; Pastor Pérez F; Garrido Bravo IP; Pascual Figal DA
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Uno de los objetivos planteados en las unidades de insuficiencia cardiaca (IC) es aportar calidad de vida teniendo en cuenta las comorbilidades de los pacientes que pueden ocasionar empeoramiento clínico. Entre los problemas más comunes asociados, encontramos el déficit de hierro (Fe), por tanto, la necesidad de fármacos endovenosos para la reposición de hierro sérico, suponen un gasto añadido (asistencial, personal y social) que en ocasiones no es tomado como se debiera. Comparar los costes ocasionados por el tratamiento endovenoso de Fe sacarosa convencional administrado en una población de pacientes con IC, frente al supuesto de usar Fe carboximaltosa en estos mismos sujetos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo observacional. Se examinaron los gastos directos e indirectos de pacientes seguidos en la unidad de IC, que presentaban carencia de Fe a los que se les pautó tratamiento intravenoso, entre los meses de junio de 2008 y septiembre de 2012.

RESULTADOS

Se estudiaron 69 pacientes (68±11 años, 61% hombres). Etiología: isquémica (35%), valvular (35%), idiopática (13%), otros (17%). Causas de anemia: IC (48%), pérdidas digestivas (25%), insuficiencia renal (17%), hemólisis (7%), fármacos (3%). Dosis administradas entre 400 y 2400 mg. Con el Fe sacarosa: visitas no médicas=390 (5,6±2,1 visitas/paciente), 19 permisos laborales pedidos y con Fe carboximaltosa en las mismas circunstancias: visitas no médicas=112, (1,6±0,5 visita/paciente), material sanitario empleado y el tiempo de enfermería fue un 97,5% y un 92% menor respectivamente.

CONCLUSIONES

Con estos resultados, se plantea una solución para poder administrar el tiempo de enfermería de forma eficaz, pudiendo este ser reconducido hacia otras actividades. Este es un concepto interesante, teniendo en cuenta el ratio enfermera/paciente que hay en la actualidad, así como se comprueba que, ciertos fármacos a priori más caros, no lo son tanto desde un enfoque más global, proporcionando ahorro para el sistema y ventajas en el caso de pacientes frágiles.

COMUNICACIONES LIBRES. JUEVES 8, 9.00-10.00 h**CLA03 VALORACIÓN DE LA INFORMACIÓN DADA POR PACIENTES EXPERTOS EN LOS TALLERES DE INSUFICIENCIA CARDIACA Y ENFERMEDADES CORONARIAS A PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN EVENTO CORONARIO**

Autores: Delgado Pacheco J
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

INTRODUCCIÓN

Es necesario reconocer las limitaciones de los servicios sanitarios para atender y mejorar la salud física y psicosocial de las personas enfermas. En este sentido las asociaciones de pacientes pueden considerarse como un excelente sistema de apoyo social y juegan un papel fundamental en la promoción de la salud y en el estatus psicosocial de sus miembros. Las intervenciones educativas realizadas por pacientes cardiopatas expertos, constituyen un valioso recurso para facilitar la socialización de estas personas, mejorar su autoestima y propiciar aptitudes para la participación, el compromiso de su propio cuidado, y de esta manera conseguir una mejoría en su calidad de vida.

OBJETIVO

Conocer el grado de satisfacción y conocimiento que aportan los talleres de insuficiencia cardiaca y enfermedades coronarias, impartidos por pacientes expertos y que han padecido enfermedad cardiaca, a pacientes que han sido dados de alta hospitalaria y que han sufrido un evento coronario o son diagnosticados de insuficiencia cardiaca.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo con variables cuantitativas y cualitativas extraídas de las encuestas realizadas a 48 pacientes que asistieron a talleres en los que se les daba información sobre hábitos de vida, adherencia al tratamiento, manejo del dolor, alimentación saludable, etc. A su vez se valoró el desarrollo de la actividad y la labor realizada por parte del profesorado.

RESULTADOS

Después del análisis de los datos se constató una alta valoración de la información dada por los pacientes expertos. Cabe destacar con especial relevancia el lenguaje empleado por parte del profesorado.

DISCUSIÓN

La comunicación dada por pacientes expertos pertenecientes a asociaciones de pacientes cardiacos es recibida de una forma muy acertada, hablando el mismo lenguaje y, sobre todo, la trasmisión de que no se encuentran solos ante la enfermedad.

CLA04 RELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y LA SOBRECARGA DE SUS CUIDADORES

Autores: Timonet Andreu EM¹; Mesa Rico R¹; Canca Sánchez JC¹; Rodríguez Alarcón P¹; Toré Meléndez F¹; Ortega Rueda AN^{1,2}; Hernández Cuenca P¹; González Castillo F¹; Gámez Molina M^{1,2}; García González S¹; Martínez García FJ¹; Cardoso Sánchez C¹; Fernández Oliver A²

1 Complejo Hospital Costa Del Sol. Marbella
2 Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los problemas de salud más serios a los que se enfrentan los servicios de salud. La progresión de la insuficiencia cardiaca implica una importante reducción de la calidad de vida, con un deterioro funcional progresivo y múltiples reingresos. Se han desarrollado múltiples iniciativas y modelos de intervención para intentar mejorar los resultados clínicos y de calidad de vida de este tipo de pacientes. El propósito de este estudio es describir el perfil de pacientes con IC y de sus cuidadores, relacionando el estado de salud de ambos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal de corte analítico. La población de estudio la constituían pacientes ingresados por IC con cuidador principal identificado.

RESULTADOS

El perfil de cuidador es de mujer con unos 50 años, que cuida de un paciente con una edad media de 70 años y del que suele ser su hija o su pareja. Las mujeres con IC presentaron más dependencia que los hombres con diferencia significativa en el índice de Barthel (p=0,01) de 22,77 puntos. Las hijas o esposas de pacientes con niveles de dependencia elevados tienen mayor sobrecarga y reflejan una salud mental deteriorada (p=0,02). Se observó una relación significativa moderada e inversa entre la CVRS mental del paciente y el índice de esfuerzo del cuidador: r=-0,453; p<0,0001. El nivel de depresión de los cuidadores mostró una correlación inversa con el componente mental de la calidad de vida r=0,362; p<0,0001.

CONCLUSIONES

Los pacientes con IC corresponden al perfil habitual aunque con menor nivel sociocultural. Los cuidadores de pacientes con Insuficiencia Cardiaca responden al perfil habitual de cuidadores, aunque con una media de edad menor. Las hijas o esposas de pacientes con niveles de dependencia elevados o mayor clase funcional tienen mayor sobrecarga.

CLA05 UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA AL ALTA DE URGENCIAS DISMINUYE LOS INGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA A CORTO PLAZO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Autores: Fuenzalida Inostroza C; Ferro Ricart I; Siches Cuadra C; Ambrós Ribó N; Coll-Vinent Puig B
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La fibrilación auricular (FA) es frecuente en urgencias y tiene una alta morbimortalidad. Una intervención educativa de enfermería puede favorecer el autocuidado de los pacientes y mejorar su pronóstico. Conocer si una intervención educativa de enfermería al alta de urgencias en pacientes con FA puede aumentar el grado de conocimiento sobre la arritmia y su tratamiento y disminuir ingresos y complicaciones asociadas a FA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio clínico de intervención, prospectivo, aleatorizado, ciego y controlado en pacientes con FA dados de alta de urgencias. Periodo:

un año. Aleatorización en dos grupos: 1) Intervención: instrucción sobre FA, tratamiento, síntomas de alarma y control del pulso, y entrega de tríptico informativo individualizado, y 2) Control. A los 30 días y a los 3 meses, seguimiento telefónico y revisión del historial clínico a los dos grupos para evaluar el conocimiento de la arritmia, la existencia de complicaciones y la tasa de readmisiones.

RESULTADOS

Se incluyeron 240 pacientes, 116 intervención y 124 control. Edad 76 ± 11 años, 138 (58%) mujeres. A los 30 días, los pacientes del grupo de intervención conocían más las precauciones del tratamiento ($p = 0,028$) y signos de alarma de la FA ($p = 0,023$), ingresaron menos por insuficiencia cardíaca ($p = 0,023$), y presentaron menos complicaciones a los 30 días y a los 3 meses (sin diferencias significativas). De los pacientes con un primer episodio de FA, los de intervención presentaron menos consultas a urgencias a los 30 días ($p = 0,045$) y 3 meses ($p = 0,022$), y menos ingresos totales a los 3 meses ($p = 0,019$).

CONCLUSIÓN

Una intervención de enfermería al alta de urgencias aumenta el conocimiento sobre FA y disminuye los reingresos por insuficiencia cardíaca a corto plazo. Los pacientes con un nuevo diagnóstico de FA son los más beneficiados.

COMUNICACIONES LIBRES. JUEVES 8, 9.00-10.00 h (SALA B)

CLB01 ESTUDIO EXPERIMENTAL: RELEVANCIA DE LA PREPARACIÓN DE LA PIEL EN LA TRANSMISIÓN DE LA SEÑAL DE ELECTROCARDIOGRAFÍA MEDIDA POR IMPEDANCIA BIOELÉCTRICA

Autores: Sánchez Chillón FJ; Zaragoza García I; De la Vera Arias E; Carrasco Rodríguez- Rey LF; Santervas Sánchez R; Serrano Mateos C; Medina Carrillo V

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La impedancia de la piel resulta primordial en el registro de calidad del electrocardiograma (ECG). La inadecuada preparación de la piel, actuación frecuentemente olvidada, genera "ruido del ECG", altera el registro de línea de base, dificulta la evaluación del paciente, provocando falsas alarmas y aumentando costes por reemplazo de electrodos. El objetivo del estudio trata de comparar la variación de la impedancia bioeléctrica "electrodo-piel" mediante cuatro diferentes métodos de preparación de la piel.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio experimental aleatorizado realizado en voluntarios sanos. Se colocan 3 electrodos de ECG en hombro derecho, izquierdo y región abdominal izquierda según protocolo. Se realizaron 2 mediciones de impedancia (EIM 105 PREP-CHECK) sin preparar la piel: tras colocar electrodos y a los 60 minutos. Después del cambio de electrodos e intervención aleatorizada sobre la piel: 1-Abrasión de la capa córnea de la piel (3MRed-Dot Trace Prep), 2-Lavado+abrasión, 3-Limpieza con alcohol-clorexidina, 4-Lavado de preparación, se realizan 2 nuevas mediciones. Se utilizaron programas SPSS17.0.2 y Epidat 3.1. Empleando test de Wilcoxon y Mann Whitney.

RESULTADOS

Se analizaron 92 intervenciones, 1101 medidas de impedancia. Presentan reducción con todas las intervenciones ($p < 0,05$), siendo en total de -71,9% tras la colocación y de -62,7% a la hora. La intervención 2-Lavado+abrasión presenta mayor disminución de impedancia, sin diferencias significativas con la 1. El resto de análisis presenta diferencias, resultando la intervención 3-Alcohol-clorexidina la que menos disminuye la impedancia.

CONCLUSIONES

Es altamente recomendable preparar la piel antes de adherir los electrodos. Aunque el método de referencia es la abrasión, cualquier otro desciende en gran medida la impedancia. En enfermos críticos, con riesgo de infecciones o reacciones cutáneas, se aconseja el lavado de preparación frente a la abrasión debido al beneficio-riesgo.

CLB02 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR ENFERMERAS EXPERTAS EN TERAPIA INTRAVENOSA EN LA CANALIZACIÓN DE LÍNEAS MEDIAS Y CATÉTERES CENTRALES DE ACCESO PERIFÉRICO (PICC)

Autores: Cristóbal Domínguez E; Fernández Rey A B; Ruiz de Ocenda Sanz E
Hospital Universitario de Álava- Santiago

INTRODUCCIÓN

El uso de dispositivos de acceso venoso (DAV) está asociado con altas tasas de complicaciones. Las Guías de Práctica Clínica recomiendan, para una práctica segura y eficaz, la selección del DAV más adecuado según el tipo y duración del tratamiento y dificultad de acceso venoso. En las últimas décadas, las líneas medias (LM) y el catéter venoso central de acceso periférico (PICC) se presentan como una alternativa segura para la administración de terapias irritantes y/o en pacientes con difícil acceso venoso.

OBJETIVO

Evaluar la actividad desarrollada y resultados obtenidos por enfermeras expertas en terapia intravenosa en la canalización de LM y PICC siguiendo la técnica micro Seldinger y aplicando el protocolo Bacteriemia Zero.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo a todos los pacientes hospitalizados a los que se les insertó una LM o PICC desde julio de 2013 hasta la actualidad. Se utilizó un cuestionario elaborado *ad hoc* para el registro de variables.

RESULTADOS

Se han insertado 133 catéteres (112 LM y 21 PICC) a 114 pacientes. El 57,89% fueron hombres con edad media de 62,21 años ($DE=13,58$). El 85,7% de los PICC se insertaron con motivo de terapias irritantes. El 29,46% de las LM por dificultad de acceso venoso. El éxito en la inserción fue del 95,48%. La duración media de cada DAV fue de 29 días ($DE=39,32$; $Máx=155$; $Mín=1$) para los PICC y 17,21 días ($DE=16,11$; $Máx=88$; $Mín=0$) para las LM. El 76,74% de los catéteres se retiraron por completarse el tratamiento. Únicamente tres pacientes sufrieron complicaciones. Dos trombosis y una infiltración. La incidencia global de complicaciones ha sido de 0,12/100 días de catéter.

CONCLUSIONES

Según los resultados, las LM y PICC suponen una alternativa segura y eficaz para la administración de terapias intravenosas a medio y largo plazo. Se requieren estudios experimentales para conocer su verdadera efectividad.

CLB03 CALIDAD PERCIBIDA EN EL ÁREA DEL CORAZÓN

Autores: Alcahad Cortés C; Simarro Garrigós C; Martínez Puertas MD; García Navarro I; Cantos Gutiérrez C; Romero González A; Marín-Barnuevo Fabo C
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN

En el área funcional de enfermería de cardiología, pretendemos implantar un sistema de control de calidad percibida, válido, sencillo, y útil, para detectar necesidades insatisfechas y áreas de mejora. Elegimos el cuestionario SERVQHOS, adaptado y validado, que analiza las dimensiones objetiva y subjetiva de la calidad.

OBJETIVOS

Determinar calidad percibida. Detectar áreas de mejora. Relacionar el grado de satisfacción de los pacientes con características sociodemográficas. Detectar y analizar factores que contribuyen insatisfacción.

METODOLOGÍA

Pilotaje: estudio descriptivo, transversal. La encuesta fue depositada al alta, de forma anónima y voluntaria, en los buzones habilitados. Variables: 19 ítems SERVQHOS: escala Liker del 1 al 5: 1 "mucho peor de lo que esperaba" y 5 "mucho mejor de lo que esperaba". Sexo y edad. Unidad clínica. Análisis de los datos: programa estadístico SPSS 15. Media, para variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. Puntuación media de calidad subjetiva y objetiva, media de éstas, obteniéndose así la satisfacción global de cada paciente. Pacientes satisfechos: puntuación global > 3 .

RESULTADOS

De los 100 cuestionarios, respondieron 68 pacientes. El 55 % eran hombres con una media de edad 67 años (21-93). Respondieron todas las preguntas 57 pacientes. Pacientes insatisfechos: 5%. Dan la menor puntuación a calidad objetiva: puntualidad, señalización intra y extrahospitalaria, tiempos de espera e información. Comentarios libres anexados al cuestionario: cuatro felicitaciones, una queja de la limpieza de las habitaciones y una sugerencia sobre poder hablar más frecuentemente con el cardiólogo responsable.

CONCLUSIONES

La forma de distribuir y recoger la encuesta nos parece adecuada, y el porcentaje de respuesta es suficiente para tener en cuenta los resultados del pilotaje. Los porcentajes de pacientes satisfechos e insatisfechos coinciden con los de otros estudios similares, así como las áreas de mejora detectadas: confort, tiempos e información.

COMUNICACIONES LIBRES. JUEVES 8, 9.00-10.00 h (SALA B)

OPTA A PREMIO

CLB04 ¿SON LOS CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA UNA ALTERNATIVA PARA LOS PACIENTES DE CARDIOLOGÍA?

Autores: Ruiz García MJ; Rodríguez Carcelén MD; López García T; Torres Sánchez EM

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El uso de aminas y las complicaciones asociadas a estas en pacientes cardiológicos nos llevó a considerar alternativas a la vía venosa periférica, como son los catéteres centrales de inserción periférica (PICC). Tras una primera etapa de formación y utilización de estos catéteres en cardiología, se amplió su uso a otras especialidades. Conocer el proceso de implantación de los PICCs en cardiología y otros servicios de nuestro hospital. Describir la población beneficiada con esta técnica. Evaluar la aparición de complicaciones en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo desde febrero de 2012. Población: 183 pacientes (varones 57,92 %, edad media 64,2) con catéteres PICC insertados desde esa fecha. Criterios de inclusión: pacientes en los que el PICC resulta de primera elección para la infusión de fármacos no aptos por vía venosa periférica. Recogida de datos con variables sociodemográficas, clínicas y de características del catéter: localización, perfusiones, complicaciones, duración, y motivo de retirada, realizada durante todo el tiempo que el catéter permaneció insertado.

RESULTADOS

Diagnósticos: síndrome coronario agudo 8,57%; insuficiencia cardiaca 20 % quirúrgicos 69,14 %. Vena elegida: 78 % basilica; 16,09 % cefálica. Perfusiones: nutrición parenteral 52,12 %; aminas 20 %; antibioterapia 16,97 %; otros 10,9 % Mantenimiento: sin complicaciones 66,6 %; totales 33,3 %. Dificultad extracción de sangre: 18,9 %; flebitis 6,06 %; sangrado 3,78 %; infección 1%. Media de duración 10 días (rango: 1- 52).

CONCLUSIONES

La creación de un equipo de enfermería especializado en PICC en nuestro centro, ha permitido extender su uso a otros servicios distintos de cardiología, con necesidad de diversos tratamientos intravenosos. La tasa de complicaciones ha sido baja y continúa en descenso a medida que aumenta la experiencia del equipo de enfermería.

CLB05 ESTADO DE LA INFORMACIÓN SOBRE MEDICACIÓN INTRAHOSPITALARIA EN UNIDAD DE CARDIONEUMOLOGÍA

Autores: García Ibáñez J; Rabadán Anta MT; Palacios Muñoz P; Sánchez Sánchez R; Jiménez González F; Rubio González P; Huéscar Roda J

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN

Los estudios nacionales ENEAS y EMOPEM sobre eventos adversos intrahospitalarios, señalan principales los errores cometidos a causa de la medicación, bien en algún paso del circuito de su uso o bien en la información ofrecida sobre esta. Evaluamos en una unidad hospitalaria la información farmacológica dada.

OBJETIVO

Detectar oportunidades de mejora, que aumenten la calidad de la información y la prevención de eventos adversos en el circuito del medicamento hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica de escala validada, adaptación mediante validación con 13 pacientes, con test-retest. Aplicativo de farmacia Savac® para comprobación del conocimiento referido por el usuario. Realización de 60 encuestas en una unidad de cardioneumología en un hospital de nivel II, entre el 25 de febrero y el 21 de marzo de 2013, eliminados 6 (10%) por criterios de exclusión. Variables cualitativas presentadas mediante frecuencia y porcentaje. Cuantitativas mediante media + DE.

RESULTADOS

En 45 casos (83,3%) se realiza encuesta al paciente y en 9 (16,7%) al cuidador principal. Perfil de los encuestados (n: 54): 61,1% varones, edad media 67,51, 76% ingresado por cardiología. 23 de los encuestados (42,6 %) refiere conocer el tratamiento intrahospitalario. Se comprueba que estos 23 pacientes solo conocen al menos un tercio de la medicación recibida, y solo 9 la conoce toda. El 48,1% revisa la medicación cuando se le administra. Porcentaje semejante consulta si duda. Da la información el médico en 6 casos, la enfermera en 2, ambos en 9, y en 5 no consta el informador. El 89% tomaba medicación crónica, el 56,3% recibe información sobre qué hacer con ella durante el ingreso. El 63% está satisfecho con la información recibida, similar porcentaje desearía más.

CONCLUSIONES

Solo el 16% conoce la medicación hospitalaria, mayoritariamente informados por el médico. Menos de la mitad la revisa y consulta si duda. La mayoría tiene tratamiento crónico, a uno de cada dos le explicamos qué hacer con ella.

COMUNICACIONES LIBRES. JUEVES 8, 9.00-10.00 h (SALA C)

CLC01 SEGURIDAD Y EFICACIA DE LAS ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISPOSITIVOS DE CIERRE FEMORAL TRAS CATETERISMO CARDIACO. RESULTADOS PRELIMINARES

Autores: Gómez Fernández M; Paredes Rodríguez A; Córdova Martínez MDC; Míguez Piñeiro A; Fandiño Pampín MI; Rodríguez Rodríguez M; Gil Canabal P; Torreiro Pampín ML; Cereijo Silva EG; Lago Quintero JR; Castromán Souto MJ

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Existe gran variabilidad en tiempos de reposo y cuidados del acceso con dispositivo de cierre vascular (DCV) tras cateterismo cardiaco. Aunque hay estudios de deambulación precoz, no hay evidencia contrastada de las actuaciones de enfermería tras DCV. Analizar la seguridad y eficacia de un nuevo protocolo de actuaciones de enfermería tras cateterismo cardiaco con DCV.

MATERIAL Y MÉTODO

Del 16 de septiembre al 31 de diciembre de 2013 se realizó estudio prospectivo, consecutivo, longitudinal, comparativo, aleatorizado, ciego simple, con un total de 61 pacientes. Se incluyeron los que firmaron el consentimiento y se excluyeron procedimientos urgentes, inestabilidad hemodinámica, imposibilidad de seguimiento. Se asignó con aleatorización simple, protocolo A establecido en nuestra unidad o protocolo B con actuaciones actualizadas según revisión en tiempos de deambulación, cuidados del acceso y manejo de complicaciones vasculares. Se pasó escala analógica-visual validada para dolor y confort en tiempos previamente establecidos. Se valoró a las 24 horas y a la semana por un evaluador ciego. Se registraron las variables a estudio en SPSS v.20.0 y el análisis estadístico se realizó test T-Student, test exacto de Fisher y prueba Chi².

RESULTADOS

Se excluyeron 26 y se aleatorizaron 35, 18 (A) y 16 (B). La edad media fue 75,4 + 12,8, 42,8% mujeres, 22,8% DM, 65,5% HTA, 57,2% DLP, 2,9% tabaquismo. Los DCV fueron 23 Angio-Seal®, 7 Exoseal®, 1 StarClose®, 4 ProGlide®. Las muestras fueron homogéneas. No hubo diferencias en complicaciones; 11,1%(A) frente a 5,9% (B) ($p=0,5$). Hubo significancia estadística en mayor confort percibido (B); a las 2 horas ($p=0,02$), 4 horas ($p=0,003$), tras la deambulación ($p=0,009$) y a las 24 horas ($p=0,001$). No hubo diferencias en el dolor, si tendencia estadística (pequeño tamaño muestral) en la necesidad de analgesia en el protocolo A ($p=0,06$).

CONCLUSIÓN

El protocolo a estudio es seguro y eficaz, lo cual repercute en la mejora del confort del paciente.

COMUNICACIONES LIBRES. JUEVES 8, 9.00-10.00 h (SALA C)**CLC02 ASOCIACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES QUE SE LES IMPLANTA UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO**

Autores: Sánchez Lozano Y¹; Mateo Corchero MD¹; Alarcón Navarro MT¹; González Díaz ME¹; Davos Jiménez -Bazo RM¹; Alonso Jiménez S¹; Rodríguez Martín B²

1 Complejo Hospitalario de Toledo
2 Universidad de Castilla la Mancha

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El propósito de nuestro trabajo es analizar la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes a los que se les indica la implantación de un desfibrilador automático implantable (DAI), así como comparar la calidad de vida de estos pacientes con la de la población general ajustada por sexo y edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal de pacientes consecutivos que acudieron para el implante de un desfibrilador en un servicio de cardiología. Utilizamos el cuestionario SF-36 para analizar la calidad de vida preimplante y un cuestionario de elaboración propia para recoger las variables sociodemográficas y la historia clínica.

RESULTADOS

102 pacientes mostraron diferencias por sexo, en la comorbilidad, 81% de las mujeres presentaban ausencia de comorbilidad frente al 42,9% de hombres. El 44% de las mujeres vivían sin pareja frente al 22% de los hombres. Por último, el 49% de los hombres eran jubilados frente al 24,2% de las mujeres. La CVRS se sitúa por debajo de los valores de referencia poblacionales. Hay una correlación ($p < 0,05$) entre la edad y seis de las dimensiones del cuestionario; FF $r = -0,218$; VT $r = -0,277$; RF $r = -0,204$; D $r = -0,204$; FS $r = -0,282$. Las variables predictivas fueron el sexo, la comorbilidad, y la jubilación.

CONCLUSIONES

Los pacientes que acuden a implantarse un DAI tienen peor CVRS que la población general asociándose las peores puntuaciones con el sexo femenino, la comorbilidad y la jubilación. Los hallazgos de este estudio deben tenerse en cuenta para el diseño y puesta en marcha de estrategias de afrontamiento que mejoren la adaptación del paciente al desfibrilador automático implantable y eviten la aparición de efectos adversos y tras el implante.

CLC03 EFICACIA DE UN CONTROL DE CALIDAD EN LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES VASCULARES TRAS LA REALIZACIÓN DE UN CATETERISMO CARDIACO

Autores: Garcimartín Cerezo P; González Muñoz P; Maull Lafuente E; Encinas Jiménez S; Pueyo Pont MJ; Sánchez Santiago D; Simó Vilaplana M; Bartolomé Fernández Y

Hospital del Mar. Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Un control de calidad permite identificar complicaciones y diseñar

estrategias para disminuir la incidencia de estas. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia de las intervenciones diseñadas para disminuir la incidencia de complicaciones vasculares en pacientes sometidos a coronariografía y angioplastia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional y prospectivo que incluyó 3.250 pacientes, divididos en tres periodos que se corresponden con las diferentes intervenciones que se realizaron para disminuir la incidencia de complicaciones: sesiones informativas y modificación de sistemas y tiempos de hemostasia. La muestra incluyó a todos los pacientes, excepto aquellos que fueron dados de alta antes de la visita de la enfermera de hemodinámica. Los datos recogidos fueron: sexo, unidad de hospitalización, tipo de procedimiento, acceso vascular, método de la hemostasia, y complicaciones vasculares. Las complicaciones vasculares se dividieron en inmediatas (de 0 a 3 horas después del procedimiento) y tardía (de 3 a 24 horas después del procedimiento). El análisis estadístico se realizó con Chi² y correlación Kappa, la significación estadística fue 5% ($p < 0,05$). Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 21.0.

RESULTADOS

Se realizaron más coronariografías e intervencionismo a hombres durante los tres periodos (69,9%, 69,7% y 70,2%). El número de casos de angioplastia aumenta progresivamente en los tres periodos 45,5%, 44,6%, y 50%. El acceso radial fue la principal elección en los tres periodos: 54,2%, 70% y 92% ($p < 0,05$). La tasa de complicaciones vasculares inmediatas se redujo en cada periodo: 4,7%, 5,7% y 2,3% ($p < 0,05$), así como las tardías: 15,5%, 5,5% y 3,5% ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

La mayoría de las estrategias diseñadas para reducir la incidencia de complicaciones han sido eficaces, aunque las tasas elevadas de utilización del acceso radial es el factor que más ha contribuido, junto con una mayor utilización de los métodos de compresión convencional en detrimento de los dispositivos mecánicos.

CLC04 EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES OCTOGENARIOS Y NONAGENARIOS TRATADOS CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Autores: Villa Vázquez C; Hurtado Martínez J; Rodríguez Martín-Gil B; Avilés Albizu JM; Gracia Ródenas MR; López Ruiz M; Pérez Martínez MT; Fernández Redondo MC; Valdés Chávarri M

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

En la población anciana existen pocos datos que nos informen sobre los resultados de la angioplastia primaria para tratar el infarto agudo de miocardio con elevación del ST. Se trata de analizar el índice de mortalidad de los pacientes mayores de 80 años sometidos a angioplastia primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un seguimiento clínico y telefónico por parte de enfermería, de los pacientes al mes, a los 6 meses y al año de la realización de la angioplastia primaria.

RESULTADOS

Se reclutaron 3.782 pacientes de forma prospectiva entre mayo de 2000 y mayo de 2011, de los cuales 325 eran mayores de 80 años. El seguimiento clínico tuvo una media de $1,61 \pm 1,75$ años. La media de edad fue 84,2 años, varones (56,92%). El factor de riesgo cardiovascular más prevalente fue la hipertensión (62,46%) seguido por la diabetes mellitus (28%). Un 8,3% de los pacientes tenían antecedentes de cardiopatía isquémica y habían sido previamente revascularizados. Un 9,85% ingresaron en situación de shock cardiogénico. La mayoría presentaban enfermedad multivazo (53,23%). Se realizó angioplastia e implante de stent en un 81,5% de los casos; y en el 76,22% con stent convencional. La mortalidad global fue de 19,7% a los 30 días y de un 20,69% al año. Se identificaron como predictores de mortalidad a los 30 días la presencia de shock cardiogénico ($p < 0,001$) y el número de vasos afectados ($p = 0,047$). La edad no resultó ser un predictor independiente de mortalidad a los 30 días (OR: 1,014, IC95% [0,934-1,101] $p = 0,74$) ni al año de seguimiento (OR 1,07 IC95% [0,982-1,166] $p = 0,122$), así como tampoco lo fue el sexo ($p = 0,525$).

CONCLUSIONES

En los pacientes mayores de 80 años remitidos a angioplastia primaria por IAMCEST, la edad no se identificó como predictor independiente de mortalidad a corto plazo.

COMUNICACIONES LIBRES. JUEVES 8, 9.00-10.00 h. (SALA C)

OPTA A PREMIO

CLC05 USO DE LA GUÍA DE PRESIÓN EN EL LABORATORIO DE HEMODINÁMICA

Autores: Vázquez Cutillas CL; Beneyto Armengot L; Torres Cruzado N; Morán Muñoz MJ; Miralles Arqués S; López Palop R; Frutos García A; Carrillo Sáez P; Cordero Fort A; Agudo Quílez P
Hospital Universitario San Juan de Alicante

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La decisión de revascularización coronaria se basa principalmente en la imagen angiográfica y la clínica del paciente. En ocasiones estos datos no son suficientes para decidir el tratamiento de una lesión cuyo beneficio puede resultar dudoso. La guía de presión es un instrumento que permite conocer, en el laboratorio de hemodinámica, la repercusión funcional de una lesión pudiendo tomar decisiones *in situ* sin aplazamientos ni nuevas cateterizaciones. La integración de esta técnica en el laboratorio de hemodinámica permite su realización eficaz como parte de la actividad intervencionista diaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional unicéntrico, que incluye consecutivamente todos los pacientes con estenosis coronarias angiográficamente moderadas (estenosis visual por diámetro entre 40-70%) estudiadas mediante guía de presión entre el 1-1-2006 y el 31-05-2011. Se explica la técnica, interpretación y resultados.

RESULTADOS

Se estudiaron 784 lesiones en 683 pacientes. Edad media: 68,03±10,6 años; 72,2% varones, 74,7% hipertensión, 54,3% dislipemia, 40,3% diabetes, 47,6% de tabaquismo y 21,7% de infarto antiguo. Indicación de coronariografía: 59,2% SCASEST; 24,9% angina estable; 7,6% SCACEST; 6,1% otra. Vaso estudiado: 57,4% descendente anterior; 21% coronaria derecha; 19,8% circunfleja; 1,8% otros. El 49,8% de los pacientes presentaban lesiones severas en vasos distintos del estudiado mediante FFR que fueron tratadas en un 29,9% de los pacientes. Se observó un FFR>0,75 en 602 (76,3%) de las lesiones estudiadas (528 pacientes, 77,3%). No se realizó angioplastia en alguna de las lesiones estudiadas en el 70,1% de los pacientes.

CONCLUSIONES

La integración del FFR en la práctica clínica habitual es factible y segura. La valoración funcional de lesiones moderadas mediante guía intracoronaria permite evitar el intervencionismo coronario en más del 70% de estas lesiones moderadas angiográficamente estudiadas.

COMUNICACIONES LIBRES. JUEVES 8, 11.30-12.30 h. (SALA A)

CLA06 ESTUDIO DE INTERVENCIÓN SOBRE ESTILOS DE VIDA EN UNA POBLACIÓN LABORAL DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR: 24 MESES DE SEGUIMIENTO. RESULTADOS PRELIMINARES

Autores: Calvo Bonacho E; Fernández Meseguer A; Cabrera Sierra M; Alarcón Reina S; Zamora Ramírez MA; Díez Alonso LA; Muñoz García S; Rabanal Alonso RB
IBERMUTUAMUR

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La enfermedad cardiovascular causa un elevado número de casos de discapacidad. Se estima que en las próximas décadas la pérdida total de años de vida por discapacidad aumentará de 85 millones en 1990 a 150 millones en 2020, causa somática más importante de pérdida de productividad. Uno de las funciones del enfermero de salud laboral, es actuar en prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Mejorar el nivel de prevención en medicina del trabajo, demostrando que las recomendaciones de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular son alcanzables y sostenibles.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico controlado aleatorizado multicéntrico y prospectivo. Un total de 376 trabajadores de alto riesgo cardiovascular que asistieron a los reconocimientos médicos rutinarios, fueron asignados al azar en tres grupos dos de intervención (presencial (P) n=82 y telefónica (T) n=68) (intervenciones en 1.er, 4.º y 8.º mes), incidiendo en el conocimiento del riesgo, cambios en estilo de vida y adherencia a ellos y uno control (C) n=113 con el cuidado habitual (intervención anual). Se realizaron cuestionarios estructurados, exámenes físicos y parámetros bioquímicos en todos los casos. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de la Comunidad de Madrid.

RESULTADOS

No se observaron diferencias en cuanto edad, sexo u ocupación entre los grupos P, T, y C ($p = 0,943$, $p = 0,063$ y $p = 0,802$, respectivamente). Se observaron diferencias significativas en cuanto a la mejoría del SCORE, P, T y C: 23 (34,3%), 9 (17,3%) y 14 (20,6%), respectivamente ($p = 0,012$). Siendo el grupo presencial donde menos se prescribió tratamiento antihipertensivo, hipolipemiente, antidiabético.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que existe asociación entre el tipo de intervención y la mejora del SCORE, siendo la presencial más efectiva. La información escrita sobre riesgo cardiovascular entregada constituyó una herramienta para lograr estos objetivos.

OPTA A PREMIO

CLA07 RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO DE LAS CIFRAS OBJETIVO Y EL GRADO DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS

Autores: Martínez Navarro MA¹; Martínez Navarro A¹; Navarro Oliver AF¹; Rivas Báez JA¹; Lidón Cerezuela MB¹; Ruiz Merino G²; Lorenzo Robles M¹; Viguera Lorente MD¹; Hernández Lapaz F¹; Nicolás Viguera AB³; Leal Hernández M¹; Abellán Alemán J¹

1 Servicio Murciano de Salud. Universidad de Murcia

Universidad Católica San Antonio

2 FFIS Murcia

3 Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Analizar el nivel de conocimiento teórico de los objetivos de control de los factores de riesgo cardiovascular en la población diabética tipo 2 estudiada. Comprobar si existe relación entre dicho nivel de conocimiento y un mejor control metabólico de la enfermedad que padecen.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional transversal descriptivo, mediante encuesta de 20 ítems, donde se incluyen variables, como edad, sexo, años de evolución de la diabetes, conocimiento de otros factores de riesgo cardiovascular, si conoce el valor numérico de los objetivos de control de su enfermedad y el valor real que presenta de esos parámetros. La muestra objeto de estudio está compuesta por 45 diabéticos tipo 2 pertenecientes al Centro de Atención Primaria Murcia-San Andrés.

RESULTADOS

Respecto a la glucemia basal, el 39% de los controlados conocen la cifra objetivo de glucemia. El 61% de los no controlados conoce dicha cifra objetivo ($p < 0,05$), por lo que el conocimiento de la cifra objetivo se asocia a un peor control. Lo mismo ocurre con la hemoglobina glicosilada (conoce la cifra objetivo el 42,9% de los controlados frente al 57,1% de los no controlados, $p < 0,05$) y con el LDL colesterol (conoce la cifra objetivo el 37,8% de los controlados frente al 62,2% de los no controlados, $p < 0,05$). No se puede realizar dicho análisis con el índice de masa corporal, puesto que nadie conocía cuál es el valor límite de la normalidad.

CONCLUSIONES

Se aprecia una relación inversa entre el conocimiento de los factores de riesgo y el mejor control de la diabetes y demás factores de riesgo. Esto podría deberse a que a los pacientes mal controlados se les insiste una y otra vez sobre sus objetivos de control por lo que acaban memorizándolos pero no observan las medidas higiénico dietéticas y farmacológicas.

COMUNICACIONES LIBRES. JUEVES 8, 11.30-12.30 h. (SALA A)

CLA08 DIETA MEDITERRÁNEA COMO HERRAMIENTA DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Autores: Veliz Martínez A; Romero Aniorte AI; Quintana Giner M; Orenes Piñero E; Gracia Ródenas R; Manzano Fernández S; Tello Montoliú A; Marín F; Fernández Redondo MC; Valdés Chávarri M

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La dieta mediterránea reduce el riesgo de infarto de miocardio, ictus y enfermedad arterial periférica. Ha mostrado ser efectiva en prevención primaria y secundaria. En el paciente coronario el cambio de estilo de vida es fundamental en el manejo de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), basándose en gran parte en una dieta equilibrada, como es la dieta mediterránea, y en un aumento de ejercicio. Evaluar el incremento de la adherencia a la dieta mediterránea en una consulta de enfermería de prevención secundaria y su contribución al control de los FRCV en pacientes con síndrome coronario agudo.

MATERIAL Y MÉTODO

Los pacientes se dividen en una cohorte prospectiva sometida a programa educativo (1) y una cohorte histórica con seguimiento convencional (2). Se realizó exploración física, analítica y cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea.

RESULTADOS

En una muestra de 191 pacientes (86,2% hombres; 60,14±9,7 años), 130 pacientes con seguimiento de enfermería (1) y 66 con seguimiento convencional (2), el 58,5 % eran hipertensos, 65,4% dislipémicos, 36,2% diabéticos, 36,2% fumadores y 23,8% exfumadores de más de 5 años. Se observó un incremento en la adherencia a la dieta mediterránea (37,5% vs 59,4%; p<0,001) en el grupo 1 tras 6 meses de seguimiento, favoreciendo una pérdida media de peso a los 6 meses de más de 3 kg (79,5±16,8 kg vs 76,4±22,8 kg). Además, se observa un descenso en los valores de colesterol total (147,0±33,2 mg/dl vs 159,0±34,4 mg/dl; p=0,029) y colesterol LDL (72,4±28 mg/dl vs 83,7± 34,0 mg/dl; p=0,028) en el grupo 1 respecto del grupo 2 tras el seguimiento. Ambos grupos presentan un buen control de cifras tensionales.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados sugieren que enfermería debe implementar la adherencia a la dieta mediterránea para facilitar el control de los FRCV. Además, el carácter variado y sabroso de esta favorece que estos cambios puedan ser mantenidos a largo plazo.

CLA09 EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Autores: Quintana Giner M; Romero Aniorte AI; Orenes Piñero E; Tello Montoliú A; Hernández Romero D; Veliz Martínez A; Manzano Fernández S; Gracia Ródenas MDR; Jover García E; Valdés Chávarri M; Marín F; Fernández Redondo MC

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La Sociedad Europea de Cardiología recomienda cribar sistemáticamente, en los familiares de primer grado de cualquier paciente afectado por enfermedad cardiovascular, la prevalencia familiar de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) más importantes. Sin embargo esta recomendación no se sigue adecuadamente. Evaluar la prevalencia de los FRCV modificables y estimación del riesgo cardiovascular en los familiares de primer grado de pacientes con cardiopatía isquémica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se registraron los antecedentes médicos y se realizó exploración física, analítica y valoración mediante SCORE adaptado a la población española.

RESULTADOS

Muestra de 69 familiares, (30% hombres, 42,9±15,9 años), el 17,4% hipertensos, el 5,8% dislipémicos, el 13% diabéticos y el 11,6% fumadores, según reconocían los propios sujetos. En la estimación de la población de riesgo, según las guías europeas de prevención cardiovascular, el 73,8%, pertenecía a una población de bajo riesgo, el 20% a una de moderado riesgo y el 6,2% a una de alto riesgo. Tras la evaluación de los FRCV destacamos que el 64,5% presentó cifras de colesterol total superiores a los niveles recomendados. En cuanto a las cifras de colesterol LDL-colesterol, el 47,8% presentó niveles mayores de los recomendados en función de su riesgo cardiovascular, por lo que un alto porcentaje de sujetos desconocía que su perfil lipídico se encontraba por encima de los rangos de normalidad. El 18,8% presentó cifras de TA elevada, datos que coincidieron con los referidos por los sujetos. Por otro lado, el 60,4%, presentó sobrepeso/obesidad, más concretamente el 41,2% sobrepeso y el 11,8% obesidad tipo I, el 5,9% tipo II y el 1,5 % tipo III.

CONCLUSIONES

Nuestro análisis sugiere que la estimación del riesgo cardiovascular en familiares por el personal de enfermería puede resultar de gran utilidad en la detección y control de los FRCV, con el objetivo de reducir el riesgo de estos sujetos de padecer una enfermedad cardiovascular.

CLA10 CALIDAD EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA MEJORA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

Autores: Gallego Ortiz A1; Rizos Lara ML1; Magdaleno Castaño M1; López Carrillo S1; López Marín E1; González Martínez JM2

1 Residencia para mayores Rodríguez Penalva. Huéscar. Granada

2 Residencia para mayores San Jaime - Fundación Fernández de las Heras y Santas Mártires. Huéscar. Granada

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las enfermedades cardiovasculares comprenden patologías del corazón y vasos, entre las que destacan la cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares, siendo un grupo de riesgo las personas de edad avanzada. Este trabajo se desarrolla en personas institucionalizadas con edades comprendidas entre 49 y 94 años, con patologías asociadas como esquizofrenia, Alzheimer, Parkinson y presentando factores de riesgo, principalmente hipertensión arterial, diabetes y obesidad y otros como: colesterol, tabaco y/o sedentarismo. Evaluar la efectividad de los cuidados de enfermería incluidos dentro de un programa de actividades para modificar los estilos de vida y mejorar la incidencia de los principales factores de riesgo cardiovasculares. Demostrar la importancia del papel de enfermería en la educación y su acción sobre los factores de riesgo: control de peso, actividad física.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo previo y otro descriptivo a los 6 meses de implantación de las actividades sobre la mejora de los factores de riesgo. Es un ciclo de mejora sobre los factores de riesgo cardiovascular en población institucionalizada.

RESULTADOS

Al inicio del estudio se detecta que: el 55,1% de los residentes presenta cifras de tensión arterial superiores a 160/90 mmHg. El 28%, presenta diabetes con glucemias basales superiores a 120mg/dl. El 27,6%, tiene un índice de masa corporal superior a 25. Tras implantar un programa de actividades durante 6 meses, hallamos que: el 37,7% de los residentes con hipertensión arterial mejora sus cifras. El 11,6% de diabéticos diagnosticados mejora sus cifras. El 14,5 % de los pacientes con obesidad ha disminuido su índice de masa corporal.

CONCLUSIONES

Se ha conseguido que los niveles de índice de masa corporal, hipertensión arterial y diabetes disminuyan en un 13,1%, 17,4% y 16,4%, respectivamente, al fomentar el ejercicio físico e implantación y control de dieta personalizada según sus necesidades.

COMUNICACIONES LIBRES. JUEVES 8, 11.30-12.30 h (SALA B)

CLB06 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA INFORMACIÓN FARMACOLÓGICA EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Autores: Pons Salas F; Rabadán Anta T; Torres Martínez I; Cañete Moreno B; Garries Becchi E; Climent Coronado L; Martínez López N; Boluda Aparicio A; Sánchez Sánchez EP

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La falta de información al paciente, sobre su medicación intrahospitalaria, constituye uno de los mayores errores de medicación con consecuencias graves. Valoramos la información dada a pacientes ingresados en un hospital de nivel II, implementamos intervenciones y medimos su eficiencia. Implicar al equipo multidisciplinar en la seguridad farmacológica. Aumentar la información al paciente. Incrementar la seguridad en el circuito del medicamento hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO

Ciclo de mejora sobre la desinformación del paciente cardioneumológico, y prevención de eventos adversos por la administración doble de medicación en el hospital, mediante encuesta *ad hoc*, desde febrero de 2013 a febrero de 2014, siendo la muestra final de 54 pacientes en la primera evaluación y 46 en la segunda. Los criterios seleccionados fueron elaborados por la supervisora de la unidad, servicio de farmacia y unidad de seguridad del paciente.

RESULTADOS

Los resultados de las dos evaluaciones son similares, se distingue el porcentaje de pacientes que se sienten informados (del 56,3% al 69,6%), la satisfacción (del 63% al 85%) y el deseo de recibir más información (del 65% al 43%). Tras la primera evaluación se implantan las siguientes medidas. Sesión formativa con médicos y enfermería adscrita a la unidad y farmacia. Realización de algoritmo de gestión de medicación domiciliar en paciente hospitalizado. Custodia de medicación crónica no dispensada por el hospital.

CONCLUSIONES

Dada la edad media de nuestros pacientes (67 años) y la media de medicación recibida (11), no es posible el conocimiento del tratamiento intrahospitalario. A mayor satisfacción menos necesidad de aumentar la información. La gestión enfermera de la medicación crónica no sustituida por el hospital, dentro del tratamiento intrahospitalario, no se corresponde con la información percibida por el paciente. Es decir, a muchos pacientes que dijeron no haber sido informados, sí se les había recogido esta medicación.

CLB07 EVALUACIÓN DEL INCUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIPLAQUETARIO TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO. IMPORTANCIA DEL HORARIO DE PRESCRIPCIÓN

Autores: Quintana Giner M; Manzano Fernández S; Romero Aniorte A; Flores Blanco PJ; Veliz Martínez A; Gracia Ródenas MR; Orenes Piñero E; Hernández Romero D; Jover García E; Marín F; Valdés Chávarri M; Fernández Redondo MC
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La falta de adherencia al tratamiento antiplaquetario tras un síndrome coronario (SCA) se asocia a trombosis de *stent* y muerte. El horario de prescripción de estos fármacos puede estar relacionado con el grado de adherencia y consiguientemente con el pronóstico de estos pacientes. Enfermería tiene un papel relevante en la identificación precoz de posibles obstáculos al cumplimiento terapéutico y en el incremento de este. Evaluar los horarios con mayor número de olvidos de medicación antiplaquetaria y la concordancia entre preferencias horarias para evitar dichos olvidos y prescripción médica en pacientes tras SCA.

MATERIAL Y MÉTODO

Encuesta transversal (3-6 meses del SCA) registrando horario, olvidos y preferencia horaria.

RESULTADOS

Incluimos 85 pacientes (87% varones, edad 62±12 años) con

SCA sometidos a implante de *stent*. El horario de prescripción de antiplaquetarios más frecuente fue la comida (98%). El 19% (n=16) declaró que el horario de prescripción influye en la adherencia al tratamiento y los pacientes refieren más olvidos en la comida (69%). El 17% (n=14) de los pacientes afirmó olvidar al menos una dosis de antiplaquetarios durante el mes previo. De éstos, el 57% (n=8) refirió presentar olvidos porque el horario de prescripción no era el de su preferencia. El 100% (n=8) de las prescripciones en los pacientes que afirmaron tener olvidos y preferencias horarias, se realizaron en horarios en los que los pacientes referían más errores.

CONCLUSIONES

Los pacientes con SCA presentan preferencias horarias para evitar olvidos de medicación. Paradójicamente, la comida es el momento del día en el que los pacientes refieren más olvidos, y a su vez es el horario en el que los médicos prescriben frecuentemente los antiplaquetarios. Se necesitan más estudios para evaluar si la identificación de este tipo de discordancias en las consultas de prevención cardiovascular dirigidas por enfermería puede mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico.

CLB08 EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SANGRADO Y TROMBOEMBÓLICO DEL PACIENTE CON ANTICOAGULACIÓN ORAL POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Autores: Romero Aniorte A; Quintana Giner M; Orenes Piñero E; Veliz Martínez A; Hernández Romero D; Tello Montoliú A; Manzano Fernández S; Gracia Ródenas MDR; Jover García E; Valdés Chávarri M; Marín F
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La prevención de la enfermedad tromboembólica es la prioridad en el manejo de los pacientes con fibrilación auricular (FA), siendo los fármacos anticoagulantes orales (ACO) el tratamiento de elección. Diversos estudios recomiendan un mayor control de factores de riesgo modificables que afecten al riesgo de sangrado en estos pacientes. El personal de enfermería debe estar implicado en el seguimiento y revisión de dichos pacientes. Evaluar el riesgo de sangrado y de tromboembolismo en pacientes con FA en tratamiento con ACOs.

MATERIAL Y MÉTODO

Escala de riesgo HAS-BLED y CHA2DS2-VASc en pacientes tratados con ACOs, al menos durante 3 meses, que acuden a la consulta de atención al paciente poshospitalización dirigida por enfermería.

RESULTADOS

Se incluyeron 106 pacientes con FA (49% mujeres, 72,1±11,4 años), de los cuales el 56,6% presentó un alto riesgo de sangrado (HAS-BLED≥3), mientras que el 88,7% presentó un alto riesgo tromboembólico (CHA2DS2-VASc≥2). Además, el 17% tenía antecedentes de ictus, por lo que nuestra cohorte está formada por pacientes de muy alto riesgo. Respecto a los principales factores modificables que aumentan el riesgo de complicaciones hemorrágicas, detectados mediante la escala HAS-BLED, destacamos que 57 pacientes (53,8%) tomaba antiagregantes/AINES. Por otro lado, 14 pacientes (13,2%) presentaron cifras de HTA descontrolada (TAS≥160mmHg) y 24 pacientes (27%) presentaron INR lábil, lo cual no solo aumenta las complicaciones hemorrágicas, precisa un estrecho seguimiento y evaluación tal y como se recomienda en la última actualización de la guía europea sobre FA. Además podrían ser candidatos al cambio a nuevos ACOs.

CONCLUSIONES

Nuestro análisis sugiere que la evaluación del riesgo de sangrado en este tipo de pacientes por el personal de enfermería, permite detectar y adoptar las medidas correctoras necesarias para reducir las complicaciones hemorrágicas y mejorar el pronóstico de estos pacientes.

CLB09 AUMENTO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO TRAS LA INSTAURACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA EN PUERTA DE URGENCIAS

Autores: Bonel Torres G; Pérez Viguera P; Martín Retuerto B; García González J; García Ramírez R; Galicia Pujol S.
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La consulta por dolor torácico representa en nuestro hospital, el 5-20% de los pacientes que acuden a urgencias. La bibliografía consultada recomienda un tiempo inferior a 10 minutos para realización de electrocardiograma. Conocer tiempo transcurrido entre triaje y primer electrocardiograma; realizar ciclo de mejora y comprobar efectividad.

METODOLOGÍA

Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo. Ámbito: servicio de urgencias de hospital nivel II, referencia de 250.000 habitantes, con 90.000 consultas anuales en urgencias. Se realizó en tres fases: primera fase: revisión de 217 historias clínicas con dolor torácico en enero de 2.011. Segunda fase: periodo de entrenamiento del personal sanitario, con un protocolo de actuación mejorado, que consistió en clasificar a los pacientes con dolor torácico no traumático con un nivel naranja (nivel 2) como mínimo. Tercera fase: se revisaron 603 historias clínicas de octubre a diciembre de 2011 para averiguar la efectividad. Análisis estadístico con SPSS versión 15.0. Medidas de tendencia central, y para la comparación de medias se empleo la t de Student.

RESULTADOS

En la primera fase se analizaron 217 casos. Los datos del tiempo entre el triaje y ECG, fue de 54,7±35 minutos (mediana de 27 minutos). Únicamente al 19,8% de los pacientes se le realizó el electrocardiograma en los primeros diez minutos. En la segunda fase, tras el ciclo de mejora, se objetivó que la media del tiempo triaje-ECG fue de 12,9 minutos; realizándose en los primeros 10 minutos el 62,1% de los electrocardiogramas, siendo estadísticamente significativo ($p < 0,0001$).

CONCLUSIONES

El ciclo de mejora implantado ha disminuido el tiempo de realización de un electrocardiograma tras el triaje en pacientes con dolor torácico, aumentando la calidad asistencial y la conciencia entre el personal sanitario.

CLB10 ACTITUD FRENTE A LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA Y SU APLICACIÓN ENTRE LOS ENFERMEROS DEL ÁREA DE CARDIOLOGÍA DE NUESTRO HOSPITAL

Autores: Gracia Ródenas MR; Romero Aniorte AI; Quintana Giner M; Manzano Fernández S; Pérez Martínez MT; Fernández Redondo MC; Pascual Figal DA
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La prevalencia e incidencia de las enfermedades cardiovasculares va en aumento, situación que lleva implícita una continua ampliación del conocimiento de esta patología. Para ello, el enfermero debe estar entrenado en la búsqueda de la mejor y más reciente evidencia científica así como participar de ella. Uno de los problemas más comunes descritos en la bibliografía es la actitud y la falta de implicación del personal de enfermería frente a la práctica basada en la evidencia. Se trata de conocer la actitud frente a EBE y su aplicación por el personal de enfermería de cardiología de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal, mediante cuestionario (EBNAQ) al personal de enfermería del área de cardiología de nuestro hospital.

RESULTADOS

La muestra estudiada fue de 57 personas. Tasa de respuesta del 42% (24). Se asignaron grupos de edad. Por sexos, 17 mujeres (71%). Cuestionario EBNAQ, presenta una actitud positiva en el conjunto de preguntas un 47%, no se posiciona un 24%, y con actitud negativa, un 29%, de los 15 ítems estudiados frente a la PBE, las mayores coincidencias afirmaban: agrado al encontrar evidencias que apoyen la práctica (20 respuestas), reconocen la importancia para la práctica (20 respuestas), veían la unificación de criterios (20 respuestas). Actitud negativa frente el sacrificio del tiempo libre (16 respuestas). Cursos sobre enfermería basada en la evidencia: el 42% no ha realizado ninguno. Un 50% lo considera útil durante 50% de las actividades que realizan.

CONCLUSIONES

Si bien destaca la baja participación en cursos en los últimos 24 meses denotando baja implicación/preocupación por la PBE, los

enfermeros valoran positivamente este movimiento, son los que tienen más años de experiencia, los que lo ven innecesario o no prioritario en la práctica. Enfermería debe trabajar basada en la evidencia, pues una utilización juiciosa de la mejor evidencia disponible favorece la efectividad y la eficiencia.

COMUNICACIONES LIBRES. JUEVES 8, 11.30-12.30 h (SALA C)

CLC06 ESTUDIO DE PREDICTORES DE COMPLICACIONES TRAS CATETERISMO CARDIACO POR ACCESO CUBITAL

Autores: Gómez Fernández M; Seoane Bello M; Cereijo Silva EG; Paredes Rodríguez A; Lago Quinteiro JR; Iglesias Santomé JA; Bóveda Álvarez R; Reino Maceiras MV

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Desde que el acceso radial se ha establecido como vía habitual para la realización del cateterismo cardiaco, la arteria cubital se ha iniciado como vía de reserva en imposibilidad de punción radial. Por sus características anatómicas, las intervenciones enfermeras difieren de la vía radial, siendo necesarias técnicas de compresión más eficientes y mayor vigilancia de posibles complicaciones. Analizar las variables relacionadas con la aparición de complicaciones en el acceso cubital.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo observacional del 1 mayo de 2012 al 30 abril de 2013 con un total de 55 pacientes con acceso cubital para la realización de cateterismo cardiaco. Los datos se obtuvieron de la base de nuestra unidad (Medivector). Se retiró el introductor radial en el laboratorio y se usó el dispositivo de hemostasia a criterio del enfermero instrumentista. Los tiempos de hemostasia establecidos fueron 1 hora en diagnósticos y 2 horas en intervencionismos.

RESULTADOS

El 47% fueron mujeres, edad media 69 (42-84), 77% HTA, 77% DM, 61% fumadores, 88% DLP. Fueron cubital derecha 90%, vía de elección 57%, 7% se usó introductor 5F, 35% ICP, 91% AAS, 82% clopidogrel y 96% HBPM. Hubo 7 accesos fallidos (14,5%), en los 48 restantes, se utilizaron 15 Tr-Band y 33 D-Stat. Hubo 8 hematomas, todos mayores, (14%) y todos con el uso de D-Stat, siendo esta la única variable relacionada con la aparición de complicaciones ($p=0,000$).

CONCLUSIONES

En el contexto anteriormente descrito, el uso de TR-Band en el acceso cubital, sería el método de elección de hemostasia por su seguridad y eficacia. No encontramos diferencias en otras variables clínicas. Aunque los resultados son relevantes, la limitación es la elección del dispositivo a criterio del instrumentista. Por ello, valoramos realizar estudio prospectivo aleatorizado, y analizar la recomendación de un dispositivo hemostático en la vía cubital.

CLC07 NIVELES DE REFERENCIA DE RADIACIÓN EN ANGIOPLASTIA PRIMARIA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Autores: Fonce de la Ossa N; Botana Arranz B; Jurado Román A Álvarez Sánchez MI; Aguado Sánchez MS; Fernández Herranz AI Montero Álvarez M; Rodríguez García I; Rabadán Pérez M; Ortiz Blanco I; Álvarez Pérez M
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Existe gran variabilidad en la dosis de radiación en pacientes en cardiología intervencionista según complejidad, habilidad del operador y características del equipo y del procedimiento. La regulación europea recomienda el establecimiento de niveles de referencia de exposición a radiación en intervencionismo. Existen pocos datos publicados en España relativos a los NR en relación al ICP. Recomendamos considerar este factor según el tipo de ICP. Propondremos unos NR de exposición a radiación en las ICP primarias desde la experiencia de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo de 219 pacientes consecutivos con SCACEST sometidos a ICP primaria desde julio de 2012 a junio de 2013. Análisis de PDA, TF, PDA/min y la duración total de los procedimientos. Consideramos el tercer cuartil como valor de referencia del nivel de exposición.

RESULTADOS

La edad media fue de $62,5 \pm 13,8$ años; el 74,4% de los pacientes eran varones. El IMC medio fue $27,6 \pm 4,7$ kg m² (26,5% obesos y 43,1% sobrepeso). El 21,8% requirieron un segundo procedimiento. La mediana de PDA fue 64,93 Gyxc_m2 (3-341,1) para procedimientos con una mediana de duración y TF de 50 minutos (7-190) y 9,45 minutos (1,2-59,4) respectivamente. La mediana de PDA/min fue de 6,67 Gyxc_m2 (0,87-98,8). El tercer cuartil de PDA, PDA/min, TF y duración del procedimiento fue 88 Gyxc_m2, 9,31 Gyxc_m2, 15,08 minutos y 60 minutos respectivamente.

CONCLUSIONES

Los NR de radiación en las ICP primarias podrían ser 88 Gyxc_m2 de PDA y 9,31 Gyxc_m2 de PDA/min. Los NR de TF y duración del procedimiento podrían ser 15,08 minutos y una hora respectivamente. Estudios multicéntricos deberían realizarse definiendo con mayor precisión los NR de exposición a radiación en los distintos tipos de procedimientos en intervencionismo en función de su complejidad.

COMUNICACIONES LIBRES. JUEVES 8, 11.30-12.30 h (SALA C)**CLC08 TCI Y TÉCNICAS DE REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA**

Autores: Navarro Fernández MR; López Gilabert S
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La enfermedad coronaria de tronco izquierdo (TCI) entraña mal pronóstico y requiere revascularización, siendo indicación clásica de cirugía. Actualmente, la revascularización percutánea se considera una alternativa razonable tratándose de lesiones en *ostium* y porción central. La afectación distal y de bifurcación, es uno de los puntos débiles de la revascularización percutánea por ser más exigente desde el punto de vista técnico. Describir tratamiento percutáneo de enfermedad del TCI en paciente con elevado riesgo para la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO

Mediante formulario *ad hoc* para registro de variables, se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en 40 pacientes con lesiones severas en TCI en el último semestre de 2013.

RESULTADOS

No existieron diferencias significativas entre sexos, la edad osciló entre 44 y 89, media 74,4 años. Los FRC muestran un porcentaje de HTA 81,5%, DM 75%, DLP 60% y hábito tabáquico 27,5%. La indicación más frecuente fue la angina estable 70%, angina inestable 20%, *shock* cardiogénico 7,5% e IC 2,5%. El 82,5% fue rechazado por cirugía y el 17,5% en ámbito urgente de los cuales el 80% fueron tratados con *stents* farmacoactivos. El 20% fue en TCI protegido. En el 25% se realizó técnica de aterotomía rotacional. Localización de la lesión, *ostium* 30%, tercio medio 22,5% y distal 47,5%. Complicaciones, 2 disecciones, 1 perforación, 1 hematoma en MSD y 2 PCR (1 superada). Éxito en un 92,5%, con un índice de mortalidad del 2,5% periprocedimiento y el resto fallido.

CONCLUSIONES

Aunque en la actualidad la cirugía es la primera opción, en centros especializados el tratamiento percutáneo de lesiones en el tronco es una buena alternativa con gran porcentaje de éxito, es una técnica consolidada pero en continuo desarrollo para conseguir resultados 100% satisfactorios, gracias en parte a la evolución de los materiales, dispositivos y preparación del personal.

CLC09 LEAK MITRAL, UNA ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA

Autores: López Gilabert S; Navarro Fernández M
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La insuficiencia mitral periprotésica secundaria a fugas perivalvulares es una complicación de la cirugía de reemplazo valvular. La mayoría de las veces, estas son pequeñas y no tienen consecuencias clínicas, pero en ocasiones producen complicaciones graves que van desde cuadros anémicos por hemólisis hasta fallo cardiaco por insuficiencia cardiaca. El tratamiento de elección hasta ahora es una nueva cirugía, pero aun hay grupos de pacientes no candidatos por riesgo quirúrgico elevado en los que el cierre percutáneo puede ser una alternativa. Valorar la eficacia del cierre percutáneo del *leak mitral* llevado a cabo en el servicio de cardiología intervencionista de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de las intervenciones realizadas desde 2010 hasta diciembre de 2013. Los sujetos de estudio fueron sometidos a cirugía valvular mitral cuyo resultado no fue del todo satisfactorio quedando con fuga periprotésica, descartados para nueva cirugía y cuya situación hemodinámica se consideraba inestable por hemólisis o IC. Se empleó nuestro programa (Medivector).

RESULTADOS

Se analizaron 17 intervenciones en 13 pacientes, 8 (61%) hombres. Edad media 64,46 años (mín 41, máx 71). En 13 casos se realizó una técnica retrógrada. En 2 pacientes, el procedimiento se tuvo que repetir por fallo en el abordaje del *leak* y en otro se tuvo que realizar en tres ocasiones. La indicación más frecuente fue IC no controlable médicamente (80%) y hemólisis (20%). En el 83% de los pacientes el procedimiento fue eficaz. 4 casos complicados: 2 por IC posprocedimiento, 1 trasfusión sanguínea posprocedimiento. 1 embolización del dispositivo.

CONCLUSIONES

En los pacientes con fuga periprotésica mitral no subsidiarios de cirugía, el cierre percutáneo de dehiscencias resulta una buena alternativa por el alto porcentaje de éxito. Aunque el dispositivo en la mayoría de las intervenciones no cierra por completo el defecto valvular, produce una disminución significativa de la IM.

OPTA A PREMIO**CLC10 UTILIZACIÓN DE TERAPIAS DE PRESIÓN NEGATIVA COMO PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE ESTERNOTOMÍA MEDIA**

Autora: García Pérez MDC
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las infecciones de herida tras intervención quirúrgica constituyen la causa de infección nosocomial más frecuente en pacientes posoperados, y suponen un importante aumento tanto de la morbilidad como del gasto sanitario por proceso. Analizar el factor protector de las curas con terapias de presión negativizadas de forma preventiva en las heridas de intervenciones de cirugía cardiaca con alto riesgo de infección.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo aleatorizado de casos y controles, definiendo los casos como aquellos pacientes en los que se emplea un sistema de vacío desechable y los controles aquellos con cura con apósito convencional. La tasa de infección en ambos grupos se ha comparado mediante análisis con Chi².

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 180 pacientes intervenidos de cirugía cardiaca con alto riesgo de infección de herida según las escalas de STS y Euroscore. Todos los pacientes fueron sometidos a intervención de revascularización miocárdica de forma aislada o combinada y con utilización de una o dos arterias mamarias. Del total de pacientes incluidos, 93 fueron tratados con sistema de vacío. Se identificaron un total de 19 infecciones (6 en el grupo de casos (6,5%) y 13 en el grupo de controles (13,7%), p=0,1), de las cuales 4 fueron mediastinitis (0 casos y 4 controles (4,3%), p=0,045).

CONCLUSIONES

La terapia de presión negativa utilizada en el posoperatorio de cirugía cardiaca parece reducir el riesgo de infecciones profundas con mal pronóstico, lo que lleva a la reducción del tiempo de ingreso y del gasto hospitalario.

COMUNICACIONES LIBRES. VIERNES 9, 9.00-10.00 h (SALA A)

CLA11 DETECTAR PRECOZMENTE LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN REHABILITACIÓN CARDIACA

Autores: Barreñada Copete E; Campuzano Ruiz R; Sola Galarza I; Jiménez Valladolid I; Domínguez Paniagua J; López Navas MJ; Guerra Polo JM; Valle Martín B; Flórez García M; Botas Rodríguez J

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El 40% de los pacientes con cardiopatía isquémica presentan disfunción sexual (DS). Los programas de rehabilitación cardiaca (PRC) pretenden un abordaje multidisciplinar, combinando ejercicio y cambios de hábitos de vida. Consiguen reducir un 30% la morbimortalidad y tienen nivel de evidencia 1A. El tratamiento de la DS es prioritario en el desarrollo de dichos programas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo del papel de enfermería en la detección precoz de la disfunción sexual en pacientes incluidos en un PRC tras un SCA. Al ingreso en el PRC todos los pacientes tienen una primera entrevista con enfermería y completan el cuestionario IEF-5 sobre DS. La enfermera distribuye, recoge las encuestas y las remite al urólogo de la unidad. Si se detecta patología por anamnesis o encuesta, el cardiólogo inicia tratamiento sustitutivo y enfermería coordina una consulta posterior de andrología para seguimiento. Además se coordina con urología una charla grupal educativa bimensual sobre DS.

RESULTADOS

Se han incluido 59 pacientes tras SCA desde el 1 de marzo de 2013 al 30 de enero de 2014. El 91% varones con edad media 54 años. Hay un 41% hipertensos, 24% diabéticos, 56% dislipémicos, el 92% fumadores o exfumadores, y 80% con sobrepeso u obesidad. El 12% han sido diagnosticados de DS. Se ha iniciado tratamiento con inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPD5), en todos ellos por cardiología al mes del IAM y han sido remitidos a consulta de andrología para titulación de dosis o mayor estudio. Ninguno ha tenido complicaciones cardiológicas.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la DS es prioritario en el desarrollo de un PRC. El papel de la enfermera de la unidad para la detección inicial, y como coordinadora entre cardiología y urología es fundamental. Ello consigue que el inicio del tratamiento sustitutivo con IPD5 sea mucho más precoz, dirigido y eficaz.

CLA12 IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ABANDONO DEL TABACO EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Autores: Barreñada Copete E; Sevanne Vega J; Steen B; Campuzano Ruiz R; López Navas MJ; Domínguez Paniagua J; Guerra Polo JM; Rodrigo Cuadrado M; Mendiola Martínez A; Garrote Beato E; Rodríguez Rodríguez JM; De Higes E; Ramos A; Valle Martín B; Flórez García MT; Botas Rodríguez J

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los programas de rehabilitación cardiaca (PRC) tras un episodio de síndrome coronario agudo han demostrado ser eficaces a la hora de reducir los eventos y la morbimortalidad. La 2.ª fase del PRC dura dos meses, la realiza un equipo multidisciplinar que incluye enfermera, fisioterapeuta, cardiólogo y rehabilitador. Combina sesiones de entrenamiento físico con charlas sobre psicología, factores de riesgo, hábitos alimentarios, tabaquismo y actividad sexual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo del papel de enfermería en la deshabituación del tabaco en los pacientes incluidos en un PRC tras un SCA del 1 de marzo al 15 de noviembre de 2013. En la 1.ª visita, se recogen los datos antropométricos, variables fisiológicas, encuesta sobre alimentación y calidad de vida, se realiza historia de tabaquismo (activo/ exfumador/no fumador), consumo (cigarrillos/día y años/paquete). Se les da consejo antitabaco y, en caso de consumo activo, se les remite a la consulta antitabaco de neumología que además imparten charlas cada 8 semanas.

RESULTADOS

Se han incluido 52 pacientes (90,4% varones), edad media 53,1

años, fumadores 80,8%, exfumadores 11,5%, no fumadores 7,7%, consumo 41 años/p. De los fumadores un 93% dejó de fumar: al ser valorados por enfermería de RC ya el 92,3% había dejado de fumar (el 66,7 %, el día del SCA); el 7,7 % restante lo dejó durante el PRC con consejos específicos de enfermería y soporte de la consulta de tabaquismo. A las charlas asistieron el 98% de los pacientes. Al cierre del registro solo 3 pacientes recayeron.

CONCLUSIÓN

El consejo multidisciplinar antitabaco consigue una tasa muy elevada de abandono durante el ingreso por SCA. Los PRC son claramente eficaces en el abandono del tabaco tras un evento cardiaco (indicación clase 1A). El consejo antitabaco durante el programa es fundamental. Enfermería, por su relación con los pacientes y coordinación entre especialistas, puede favorecer el proceso de deshabituación tabáquica.

CLA13 EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Autores: Laveda López P; Pérez Blanco A; García Marín JM; De la Torre Merelles B; Herrero Pérez A

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Analizar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo (SCA).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio longitudinal descriptivo y prospectivo de todos los pacientes que han ingresado en nuestra unidad de cardiología con diagnóstico de SCA. Para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud hemos utilizado el cuestionario Mac New QLMI-2, específico para evaluar CVRS con SCA. También se han recogido variables sociodemográficas, factores de riesgo y otros diagnósticos. El cuestionario se aplicó al ingreso del paciente y tras un mes de alta en domicilio. La recogida de datos fue realizada por dos enfermeras previamente entrenadas durante los meses de febrero y mayo de 2013. Los datos fueron codificados y analizados con el programa estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se han incluido 35 pacientes de los que el 77,1% eran hombres. El 66,12% tenían la edad comprendida entre los 48 y 67 años. EL 75% de pacientes presentaba síndrome coronario agudo y el 25% otras patologías coronarias. Entre los factores de riesgo más prevalentes están la HTA (80%), la dislipemia (57,1%) y la diabetes (42,9%). La CVRS al ingreso fue de 136,29 y al mes del alta de 140,11, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). La dimensión física pasó de 47,51 a 49,57 ($p < 0,001$), la dimensión emocional pasó de 50,14 a 53,11 ($p < 0,001$) y la dimensión social empeoró pasando de 38,63 a 37,43 ($p < 0,001$). El 54,3% de los pacientes mejoró su CVRS tras el ingreso y los que presentaron una mayor diferencia fueron los pacientes entre 38 y 47 años y que habían sido diagnósticos de angina inestable.

CONCLUSIONES

Los pacientes que sufren SCA mejoran su calidad de vida relacionada con la salud al mes de ingreso hospitalario.

COMUNICACIONES LIBRES. VIERNES 9, 9.00-10.00 h (SALA A)

CLA14 PRESCRIPCIÓN ENFERMERA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Autores: Hernández Castelló MC¹; Iniesta Sánchez J²
1 Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia
2 Área de Salud VII Murcia Este

INTRODUCCIÓN

Hay evidencias suficientes sobre la relación entre actividad física, salud y esperanza de vida. Una vida activa redundaría en una mejora de calidad de vida además de valorarse como una medida costo-

eficaz. Se analiza la prescripción enfermera de actividad física desde el punto de vista competencial y sus contenidos formales, así como su presencia en la enfermedad cardiovascular mediante el estudio en una unidad cardiológica que ha servido de punto de partida para el desarrollo de la prescripción enfermera de actividad física.

OBJETIVOS

Analizar la prescripción enfermera de actividad física en la enfermedad cardiovascular desde el punto de vista competencial. Identificar el prescriptor de actividad física en la población muestral. Describir la prescripción de actividad física en la población muestral.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal a una población de 118 pacientes, ingresados con diagnóstico de cardiopatía isquémica en cualquiera de sus formas clínicas con los Códigos Internacionales Enfermedades entre 410.00 y 414.90. La recogida de datos se realizó durante el proceso de alta hospitalaria mediante entrevista *ad hoc* estructurada. Se realizó análisis descriptivo, presentándose en frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, media y desviación para las cuantitativas.

RESULTADOS

Edad media 59,61 años, 76,3% hombres. El 66,1% refieren haber sido informados sobre los beneficios de la actividad física, en el 23% la información procede de la enfermera. En el 93,5% no se formaliza por escrito e incluye solo frecuencia 42,9% y duración 44,9%. El 39,8% no tiene ningún seguimiento sobre la adherencia a la recomendación.

CONCLUSIONES

La enfermera posee competencias y herramientas eficaces para liderar la intervención en pro de una vida activa. La enfermera destaca débilmente como protagonista en el papel de informador principal sobre los beneficios de la actividad física. La prescripción de actividad física queda como una mera recomendación, sin soporte ni pautas concretas que la definan.

CLA15 VALORACIÓN DE RESULTADOS DE UN PROGRAMA REHABILITACIÓN CARDIACA A TRAVÉS DEL TEST 6 MINUTOS DE MARCHA

Autores: Domínguez Paniagua J; Barreñada Copete E; Campuzano Ruiz R; López Navas MJ; Valle Martín B; Guerra Polo J; Flórez García MT; Botas Rodríguez J

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Los programas de rehabilitación cardiaca tras un episodio de síndrome coronario agudo han demostrado su eficacia reduciendo la morbimortalidad en un 30%. La segunda fase de estos programas, estimada en dos meses de duración en nuestro centro, se realiza por un equipo multidisciplinar que incluye enfermera, fisioterapeuta, cardiólogo y rehabilitador. Combina sesiones de entrenamiento físico con charlas informativas sobre aspectos psicológicos, factores de riesgo, nutrición, tabaquismo y sexualidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo y descriptivo realizado de marzo a noviembre de 2013 que compara dos mediciones mediante el test de los 6 minutos de marcha, practicadas al inicio y final del programa de rehabilitación cardiaca entre pacientes con cardiopatía isquémica. Siguiendo recomendaciones de la American Thoracic Society (2002) se toman constantes vitales antes y tras dos minutos de terminar las pruebas (tensión arterial, pulso, saturación y disnea según escala Borg), así como registros de pulso y saturación durante cada minuto de la misma.

RESULTADOS

Son incluidos 46 pacientes (91,3% varones) con una edad media de 52,6 años (25-72), que han sufrido un síndrome coronario agudo reciente. La variación entre tomas del test, indica que tras la segunda fase del programa de rehabilitación cardiaca incrementa 75 metros (15,7%) la distancia media recorrida; ascienden 1,7 pulsaciones de media (83,6-85,3), aumenta un 0,4 puntos la saturación promediada (95,1%-95,5%), y mejora la recuperación del pulso 4,1 latidos de media (20,6-24,7) tras 2 minutos de reposo. Sin cambios en la disnea.

CONCLUSIÓN

Un programa de rehabilitación cardiaca hospitalario con tres sesiones semanales de entrenamiento físico durante 8 semanas, incrementa la capacidad funcional de los pacientes y optimiza su

funcionalidad cardiorrespiratoria confirmada ergométricamente y corroborada con sensibilidad a través de los datos recogidos por el test de 6 minutos de marcha (distancia recorrida, pulso medio, saturación y cronotropismo).

COMUNICACIONES LIBRES. VIERNES 9, 9.00-10.00 h (SALA B)

OPTA A PREMIO

CLB11 PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES Y FAMILIARES ACERCA DE LA POLÍTICA DE VISITAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Autores: Martín Pérez S; Rubio Marco E; Vázquez Calatayud M; Lizárraga Ursúa Y; Labiano Pérez-Seoane C; Bazanovi M; Andueza Alegría I
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La percepción de profesionales y familiares sobre la política de visitas es esencial para cubrir las necesidades de las personas implicadas. Conocer la percepción de la política de visitas vigente desde distintas perspectivas. Comparar la percepción de las familias y del personal.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo prospectivo. Muestreo de conveniencia. Cuestionario diseñado para conocer la percepción sobre la política de visitas con 22 ítems (1-totalmente en desacuerdo, 4-totalmente de acuerdo). Este cuestionario adaptado se distribuyó a los familiares que accedieron a participar.

RESULTADOS

Se recogieron 29 cuestionarios de familiares y 44 de profesionales: 47,7% médicos; 36,4% enfermeras; 13,6% auxiliares y; 2,3% personal de limpieza (100% tasa de respuesta). El 100% de los familiares refirieron haber sido informados sobre el horario de visitas, su adecuación, sugiriendo su adaptación al estado del paciente. Un 20,45% de los profesionales señaló que la enfermera es quien debe valorar la ampliación del horario; 15,9% los médicos y 29,54% ambos profesionales. El 84,88% conoce la política actual y el horario existente les parece adecuado. El ítem mejor valorado tanto por familiares como por profesionales fue «la presencia de la familia proporciona apoyo emocional» (X=3,4 y 3,9 respectivamente). Seguidamente para los familiares, «incrementa el deseo de vivir del paciente» (X=3,7) y para profesionales, «la visita proporciona mayor información a la familia (...)» (X=3,4). Existe discordancia entre la percepción enfermeras y médicos de «la presencia de la familia dificulta el descanso del paciente» $t=0,860(p=0,002)$ y «la visita interrumpe/pospone los cuidados de enfermería» $t=1,095(p<0,001)$. También, entre la percepción enfermeras y familiares en «la presencia de la familia ayuda a proporcionar el apoyo emocional requerido» $t=0,738(p=0,001)$.

CONCLUSIONES

La percepción de los familiares y de los profesionales sobre la política de visitas es positiva. Ha habido concordancia entre los ítems más positivos percibidos por el familiar y el personal. La flexibilidad para adaptarse a las necesidades del paciente ha sido el aspecto que se ha priorizado como área de mejora.

COMUNICACIONES LIBRES. VIERNES 9, 9.00-10.00 h (SALA A)

OPTA A PREMIO

CLB12 TIEMPOS DE ACTUACIÓN EN LA HIPOTERMIA TERAPÉUTICA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA RECUPERADA

Autores: Freixedes Ordoyo C; Parellada Vendrell M; Romeu Mirabete N; García Alfaya S; Grau Navarro E; Prieto Robles C; Abril Gea D; Botifoll Campos MDC; Ferreras Durán C
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

INTRODUCCIÓN

La hipotermia terapéutica es una práctica clínica recomendada en la cadena de supervivencia tras parada cardiaca recuperada, dado su efecto neuroprotector.

OBJETIVO

Analizar el cumplimiento de los tiempos de inicio de hipotermia, logro de temperatura objetivo y factores asociados a su demora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional en pacientes que, tras parada cardiaca recuperada, fueron sometidos a hipotermia terapéutica (33%) en la unidad coronaria de un hospital de tercer nivel entre los años 2010 y 2013.

RESULTADOS

Se incluyeron 43 pacientes (57+12 años). El 93% eran paradas cardiacas extrahospitalarias, el 86% fibrilación ventricular como primer ritmo y el 77,5% secundarias a síndrome coronario agudo con elevación ST. Iniciaron hipotermia en las primeras 6 horas 39 pacientes (90,7%), media 187 minutos (50-335) desde recuperación circulación espontánea. Se alcanzó la temperatura en las primeras 4 horas desde inicio de hipotermia en 34 (79,1%), media 132 minutos (0-240). Tras recuperar circulación espontánea 19 pacientes (44,2%), media 261 minutos (120-360), consiguieron temperatura objetivo en menos de 6 horas. Los pacientes con reanimación prolongada (>45 minutos) tuvieron menor porcentaje en el cumplimiento del tiempo inicio hipotermia-temperatura objetivo (2,9% vs. 44,5%; $p<0,01$). Los sometidos a angioplastia tuvieron un porcentaje mayor en el cumplimiento del tiempo desde recuperación circulación espontánea-temperatura objetivo (82,4% vs 50%; $p=0,05$). No se encontraron diferencias significativas entre los posibles factores de demora y los intervalos de tiempo estudiados. Sin embargo, la temperatura de ingreso fue significativamente menor en los pacientes que alcanzaron la temperatura objetivo en menos de 6 horas (34,4°C vs 35,3°C; $p<0,01$).

CONCLUSIONES

Los resultados muestran la precocidad en el inicio de la terapia y en el logro de la temperatura objetivo. Aunque el cumplimiento del tiempo global es menor de lo esperado, consideramos que coordinar y estandarizar los protocolos en los diferentes niveles y equipos asistenciales mejoraría los tiempos.

Perforación intestinal (30 %), insuficiencia renal aguda (20%), signos hemorrágicos (30%). Los signos y síntomas más destacados por su potencial gravedad fueron: disminución diuresis (68 %), alteración de la tolerancia a la alimentación (68 %), distensión abdominal (48 %) signos de sangrado (36 %).

CONCLUSIONES

Los signos y síntomas requieren atención continuada y especializada por parte de enfermería, realizando una importante labor de vigilancia y registro. Su registro y seguimiento ayudan a detectar precozmente las posibles complicaciones. Como área de mejora, detectamos que algunos signos y síntomas son de difícil registro por su valor subjetivo, siendo aconsejable avanzar en la elaboración de escalas de algunos registros.

CLB14 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA GRAVEDAD DE PACIENTES EN CUIDADOS CRÍTICOS CON MOTIVO DE INGRESO CARDIOVASCULAR CON RESPECTO AL RESTO DE PROCESOS

Autores: Rodríguez Mondéjar JJ¹; Iñiesta Sánchez J¹; Cano Reyes A¹; Mellado Gutiérrez M¹; Paredes Pérez FJ¹; Bermejo Jiménez R¹; Gómez Blaya F¹; Rodríguez Martínez A²; Armero Sánchez MC¹; Navarro Sanz L¹; Martínez Guerrero M¹; López Alacid FJ¹; Navarro Lozano R¹; Pedreño Vera A¹; Sánchez Zamora MJ¹; Lasheras Galacho JG¹; Pérez Olmos A¹; Herrera Romero T¹

1 Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

2 Atención Primaria de Salud

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

En los cuidados críticos se presta atención a pacientes muy diversos y con enfermedades diferentes que tienen como nexo común el nivel de monitorización o la gravedad que pone en riesgo la vida del mismo. El objetivo de este estudio es analizar y comparar el índice de gravedad de los pacientes que ingresaron en un servicio de medicina intensiva por motivo cardiocirculatorio en relación con el resto de causas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal. Temporalidad: diciembre de 2012 a diciembre de 2013. Lugar: unidad de cuidados intensivos (UCI) polivalente de 12. Desarrollo: Se realizó registro ad hoc de datos sociodemográficos y variables relacionados con motivo ingreso, índices de gravedad Apache II, SAPS II, SAPS III, SOFA para todos. Y Crusade y TIMI en los del grupo cardiaco. Pronóstico de mortalidad, estancia en UCI y otros datos. Procesamiento estadístico con programa SPSS-Statist de IBM v.20, con media y desviación estándar para variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las cualitativas. Test de la X^2 aceptando significación si $p<0,05$.

RESULTADOS

Motivo cardiocirculatorio: 349 casos, edad 67,3, DE 14,8 (17-92), varones 65,5%. Apache II 11,1 DE 7,7(0-45). SAPII 27,2 DE 13,6 (0-86).SAPS III 45,8 DE 13,6 (3-95). SOFA 2,2 DE 4,9 (0-44). Crusade 30,4 DE 20 (1-87). Pronóstico mortalidad 18,6% DE 18,9(0-84). TIMI 3,8 DE 3,3 (1-35). Estancia en UCI 3,5 días DE 6,4 (0-102). Motivo no cardiovascular: 322 casos, edad 64,3, DE 17,1 (11-94), varones 59%. Apache II 18,5 DE 9,2 (0-45). SAPII 39,3 DE 18,1(6-84).SAPS III 60 DE18 (3-113) SOFA 6,3 DE 6,7 (0-69). Pronóstico mortalidad 40,2 DE28, 7(0-96). Estancia 8,2 DE 14,8 (0-135).

CONCLUSIONES

Los pacientes cuyo motivo de ingreso fue cardiovascular presentaron menor gravedad, y menor estancia media. El índice pronóstico de mortalidad es inferior en los pacientes cardiovasculares en coherencia con lo anterior.

CLB15 CICLO DE MEJORA EN INFECCIONES DE HERIDAS QUIRÚRGICAS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PRÓTESIS VALVULAR

Autores: Giménez Mateo A; Domene Martínez F; Otálora Bleda M; López Costas M; Baños Sánchez A; Gracia Ródenas MR; Fernández Redondo MC
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

OPTA A PREMIO

CLB13 DESCRIPCIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS PRECOSES DE ALTERACIÓN EN LOS NEONATOS PREMATUROS DIAGNOSTICADOS DE DAP Y TRATADOS CON IBUPROFENO

Autores: Sáez Jiménez MR¹; Pérez Vidal MD²; Igual Camacho V²; Almansa Estelles A²; Urrea García C²; Guerrero Juan S²; Sánchez Jimeno S²

1 Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

2 Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El ductus arterioso persistente (DAP) es una estructura fetal que comunica la arteria pulmonar con la aorta y que debe cerrarse en los tres primeros días de vida. En los neonatos (NN) prematuros frecuentemente permanece abierto. Su persistencia puede producir complicaciones que comprometen la vida de NN. El tratamiento farmacológico de elección actual es el ibuprofeno que también puede producir efectos indeseables. Revisar los signos y síntomas que se han presentado durante el tratamiento para el cierre del DAP, que nos permitan establecer futuras áreas de mejora en busca de la excelencia de los cuidados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo, los datos se tomaron del programa informático ICIP. Constituye la muestra 25 NN tratados con ibuprofeno de los 35 diagnosticados de DAP, sobre una población de 283 NN ingresados en una UCIN de Nivel III con una capacidad de 18 camas, en el periodo comprendido de enero a noviembre de 2013.

RESULTADOS

De la muestra no tuvieron complicaciones el 64 %. Las complicaciones fueron: enterocolitis necrotizante (20 %),

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las infecciones del lecho quirúrgico en los pacientes sometidos a sustitución valvular conllevan una morbimortalidad asociada con aumento de la estancia hospitalaria y consumo de recursos sociosanitarios. En un seguimiento de infecciones en nuestro centro entre octubre de 2011 y abril de 2012 se detectaron un 8,27% de infecciones, un número de exitus del 7% y una estancia media de 17,4 días, cifras significativas que indujeron a la elaboración de un ciclo de mejora para el control de dichas infecciones. Conocer el grado de eficacia de un ciclo de mejora en la prevención de infecciones posquirúrgicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño e implantación del ciclo de mejora con la creación de protocolos quirúrgicos en todas sus fases. Evaluación del cumplimiento de estos protocolos. Estudio descriptivo transversal desde diciembre de 2012 a junio de 2013. Se excluyeron pacientes con endocarditis e infecciones previas, reintervenidos, con procesos tumorales y/o tratamiento con inmunosupresores y estancias en UCI > 3 días. El formulario recogía: datos demográficos, tipo de infección (superficiales y profundas), exitus y cumplimiento por parte de enfermería de protocolo.

RESULTADOS

Total de sujetos estudiados de 59 casos, 36 mujeres, edad media 69,6 años (máxima 83, mínima 38). El número de infecciones en el grupo de intervención es de 3,4% (2 superficiales, 0 profundas) con una $p=0,05$ y una $p=0,8$ en las infecciones profundas y superficiales respectivamente. Un 5% de registro de exitus. Estancia media de 16,9 días. Enfermería cumplió el protocolo en un 93% de los ítems estudiados.

CONCLUSIONES

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en la reducción de infecciones profundas, no siendo así en las superficiales, tampoco hubo diferencias en cuanto a estancia media ni se objetivó relación entre infecciones y exitus. La correcta aplicación de protocolos estandarizados favorece la reducción de infecciones hospitalarias en estos pacientes.

COMUNICACIONES LIBRES. VIERNES 9, 9.00-10.00 h (SALA C)**CLC11 CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL ENFERMERO SOBRE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN EL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA CARDIACA**

Autores: Baños Sánchez A; Gracia Ródenas MR; Pérez Martínez M; Pérez Martínez M; Anioite Romero AI; Quintana Giner M; López Costas M Fernández Redondo MC

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

En los pacientes sometidos a cirugía cardiaca podemos encontrarlos con un patrón respiratorio alterado. El descuido de este por parte de enfermería o la no realización de las técnicas apropiadas, puede dar lugar a complicaciones que hagan tórpida la recuperación del paciente. Por tanto, la fisioterapia respiratoria forma parte de las actividades que debe realizar el profesional de enfermería en las unidades donde se recuperan estos pacientes. Comprobar la actualización de conocimientos de enfermería sobre fisioterapia respiratoria.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal de enfermeros de unidades de cardiología, cirugía cardiovascular y cuidados intensivos. Mediante encuesta *ad hoc* se registraron variables demográficas, de conocimiento, formación y aplicación de técnicas de rehabilitación respiratoria.

RESULTADOS

N=51 enfermeros (68% mujeres), 64% UCI, 24% cardiología y el 12% cirugía cardiovascular. Antigüedad: 22% < 5 años, 34% entre 6 y 10 años, 26% entre 11 y 15 años, 8% entre 16 y 20 años, el 10% > 20 años. El 8% ha realizado cursos de formación específica (+30 horas hace +2 años, todos de UCI). En cuanto a las técnicas: 44% conoce al menos 3 de las técnicas descritas; 32% ha empleado 3 técnicas y un 24% dos. Técnicas más utilizadas: *clapping* (49%), drenaje postural (21%), respiración diafragmática (14%) y asistencia en tos (11%). Un 1% no había empleado ninguna de las técnicas. El 90% conoce las indicaciones de cada técnica y un 36% las contraindicaciones. El 56% espera la prescripción médica, el 54% la realiza de forma autónoma.

CONCLUSIONES

Según los resultados, los profesionales encuestados disponen de conocimientos obsoletos. Se ha detectado la falta formación en rehabilitación respiratoria, dejando el patrón respiratorio desprovisto de cuidados específicos. Se recomienda la adquisición de conocimiento y habilidades actualizados, para aportar un cuidado más seguro y de calidad.

OPTA A PREMIO**CLC12 ESTUDIO DEL GRADO DE SATISFACCIÓN SEXUAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE PATOLOGÍA CARDIACA**

Autores: Muñoz Villarreal AB; Cepas Sosa A

Hospital General Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Es necesario plantearse la importancia de la sexualidad en los pacientes que padecen alguna patología cardiaca, debemos identificar los problemas y buscar las soluciones, ya que dichos problemas son pocas veces expresados por los pacientes, y no por ello son poco importantes. Conocer si la enfermedad cardiaca influye en la sexualidad y a que dominios de ésta afecta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de tipo descriptivo en el que se evalúa la satisfacción sexual mediante los cuestionarios EVAS-M y EVAS-H, que incluye ítems relativos a satisfacción, deseo, excitación, lubricación vaginal, eyaculación, dolor y cercanía emocional con la pareja.

RESULTADOS

Se describió una muestra de 24 pacientes, 16 de ellos hombres, la edad media fue de 54 años. Destacamos que en el hombre el 37,5% no está satisfecho ni insatisfecho, el 68,75% ha presentado alguna vez eyaculación precoz y en la complicidad con la pareja, solamente el 18,75% expresa tenerla siempre. Con respecto a la mujer el 87% tiene alterado el deseo, el 75% tiene dificultad en la excitación y el 50% presenta sequedad vaginal.

CONCLUSIONES

La satisfacción sexual es un aspecto fundamental para los pacientes que padecen patología cardiaca, es importante tenerlo en cuenta y resolver los problemas identificados mediante los cuestionarios utilizados.

CLC13 RIESGO DE DESARROLLO DE NEFROPATÍA POR CONTRASTE EN PACIENTES SOMETIDOS A CATETERISMO

Autores: González Castillo FJ; Toré Meléndez F; Martínez García FJ; García Jarillo CM; Rodríguez García EM; Repullo Cortés G; Hernández Cuenca P; Gutiérrez Martínez M; Domínguez Naranjo A; Palomino Escaño A; Mesa Rico R; Timonet Andreu EM

Complejo Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El desarrollo de insuficiencia renal aguda (IRA) tras cateterismos cardiacos electivos se ha asociado a un pronóstico adverso. Las causas de IRA tras un procedimiento de revascularización coronaria percutánea pueden ser muy variadas, e incluyen nefrotoxicidad del contraste, alteraciones hemodinámicas, toxicidad farmacológica o ateroembolias. Se ha identificado una serie de factores de riesgo de IRA en este tipo de procedimientos, como la insuficiencia renal crónica previa, la diabetes, la edad, el volumen de contraste, la insuficiencia cardiaca y las alteraciones hemodinámicas periprocedimiento.

En este estudio se trata de evaluar el nivel de riesgo de NIC (nefropatía inducida por contraste) que tienen los pacientes en la unidad de hemodinámica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron datos clínicos y analíticos durante 2 meses. Para la medición se utilizó un SCORE de riesgo para NIC desarrollado por Mehran et al, y se agruparon los pacientes en diferentes grupos de riesgo.

RESULTADOS

Se evaluaron 140 procedimientos. La edad media de los pacientes era de 64,4 ± 9,9 años, el 74% eran hombres (104) y diabéticos el 32% (45). El MDRD4 medio de los pacientes era de 89,4 ± 32 ml/min/1,73m². Se clasificó a los pacientes en diferentes grupos tras calcular la puntuación de cada uno con las variables del SCORE. Según este padecerían NIC un total de 18 pacientes (el 13% de toda la muestra).

CONCLUSIONES

El 13% de los pacientes habrían tenido NIC según este SCORE de riesgo. Es importante evaluar el riesgo de NIC en cada paciente que se somete a un cateterismo, para instaurar tratamiento preventivo. La puntuación de este SCORE es modificable, variables como la cantidad de contraste se pueden minimizar.

CLC14 LA EXPERIENCIA VIVIDA POR MUJERES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Autores: Iniesta Sánchez J; Rabadán Anta MT; Hernández Hernández I; Hernández Castelló MC; Ramón Carbonel M; Martínez Hernández MM
Hospital General Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN

Los factores relacionados con el género influyen en los procesos fisiopatológicos. El abordaje suele realizarse desde un prisma masculino siendo patentes las diferencias en el caso de la patología cardiovascular, ya que la mujer se inicia en edades más avanzadas, con una aparición de la enfermedad más atípica, y frecuentemente asociada a otros factores de comorbilidad.

OBJETIVOS

Descubrir las vivencias del proceso de la enfermedad en un grupo de mujeres con cardiopatía isquémica que ha seguido un programa de rehabilitación cardíaca.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico sobre las vivencias de la cardiopatía isquémica en las mujeres. La población de estudio eran mujeres que sufrieron un episodio de cardiopatía isquémica y habían sido incluidas en rehabilitación cardíaca.

Técnica de grupo de discusión, con grabación y transcripción, realizándose análisis de contenido. Se analizaron las transcripciones emergiendo las categorías y subcategorías de los discursos grupales, y los diarios de campo, junto con la historia de rehabilitación cardíaca para realizar la triangulación de la información.

RESULTADOS

Se realizaron 2 sesiones grupales, de 90 minutos de duración cada una, en las que participaron 9 mujeres. Entre las categorías que emergieron se puede destacar la negación, la protección familiar, la pérdida del control, los caminos paralelos. Como subcategorías destacamos la independencia, el miedo, los estereotipos, la información y la adaptación, entre otras.

CONCLUSIONES

Existe un retraso en la solicitud de atención sanitaria relacionada con la negación de la enfermedad debido a la atipia de los síntomas e identificación de la enfermedad cardíaca con el género masculino. También existen distintos roles de mujer pero en todos se incluye su papel en la protección de la familia. En la asistencia recibida manifiestan que hay caminos paralelos entre la atención recibida respecto a los pacientes masculinos, el trato no es igual, aunque tampoco se adapta a las necesidades de las mujeres.

COMUNICACIONES LIBRES. VIERNES 9, 9.00-10.00 h (SALA C)

OPTA A PREMIO

CLC15 PREVENCIÓN DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UNIDAD CORONARIA

Autores: Capella Trigo ML; García Hernández MT; De Marcos White L; Mantecón Santiago MJ; Martín Arribas L; Pérez Alfageme J; Sáinz Casado T
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Hemos realizado un estudio de incidencia de infección nosocomial asociada a sondaje vesical, catéter vascular y ventilación mecánica, en una muestra de 300 pacientes de la unidad coronaria, tras la implantación de medidas de prevención en la práctica clínica, durante el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2010 y 31 de mayo de 2011. Conocer y disminuir la incidencia de infección nosocomial asociada a catéter vascular, vesical y ventilación mecánica previa y tras la implantación de medidas de prevención de infección nosocomial.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte, prospectivo, de vigilancia pasiva y basada en el paciente. Pacientes ingresados con estancia superior a 48 horas, que precisen catéteres vasculares, vesicales, intubación orotraqueal, traqueotomía y ventilación mecánica. Se ha realizado en dos fases. En la primera, con duración de cinco meses y medio, para conocer la incidencia de la infección nosocomial. Hemos confeccionado hojas de registro para recoger datos demográficos, factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, cultivos realizados y las infecciones que se diagnostican. En la segunda fase durante un periodo de cinco meses y medio, hemos recogido datos e implantado un programa de medidas destinado a todo el personal para la prevención y control de la infección. Se han impartido talleres, charlas y confeccionados trípticos.

CONCLUSIONES

La aplicación precoz y total de medidas barrera disminuye la incidencia de infección nosocomial, mejorando la supervivencia, mortalidad, estancia hospitalaria, recursos y costes.

CASOS CLÍNICOS. JUEVES 8, 17.30-18.30 h (SALA A)

CCA01 MUERTE SÚBITA POR FIBRILACIÓN VENTRICULAR SECUNDARIA A SHOCK CARDIOGÉNICO

Autores: Oliver Lozoya D¹; Torres Redondo FE²; Martínez Hortal A²; Cegri Antelo M¹; Ferra Cabrera P¹; Manchón Barnes IM. ¹; González Sánchez B³; Cano Rojo JA³; Jodar Bornás S³

1 Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia

2 Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia

3 Estudiante de Enfermería

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Shock cardiogénico: estado patológico en el que el corazón bombea sangre de manera inadecuada para satisfacer las necesidades del organismo. Consecuencia de trastornos del músculo cardíaco, válvulas o sistema de conducción eléctrica. Muchos casos llevan a muerte súbita precedidos de fibrilación ventricular (ritmo ventricular >250 lpm, irregular, morfología caótica) ocasionando pérdida total de contracción cardíaca y bombeo sanguíneo. Realizar un plan de cuidados de enfermería a un paciente diagnosticado de muerte súbita por fibrilación ventricular (Fv) secundaria a *shock* cardiogénico. Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon; taxonomía II NANDA, NOC, NIC.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón 59 años. HTA. IAM posteroinferior (2002); angor inestable (2007) rechazando coronariografía. Presenta pérdida súbita de consciencia precisando RCP avanzada por FV, aplicando descarga eléctrica 200J y quedando en asistolia. Nuevamente se descargan 200 julios obteniendo QRS ancho irregular con pulso y recuperando consciencia. Persiste mal intercambio gaseoso precisando intubación orotraqueal, ventilación mecánica y UCI. TA 40/30 mmHg, FC 80 lpm, FR 14 rpm. Ante la ausencia de biomarcadores cardíacos y existencia de escara ventricular como sustrato arritmogénico, se implanta desfibrilador automático interno. Tras extubación con buenos valores analíticos, se realiza coronariografía que muestra oclusión crónica de la arteria CD. Finalmente el paciente es trasladado a planta con SNG (nutrición enteral), sonda vesical y herida quirúrgica por implantación de DAI.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnósticos de enfermería: disminución del gasto cardíaco, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección. Durante su estancia en planta el paciente evoluciona favorablemente. Se retiran sondajes y adquiere habilidades para detectar recidivas. Afebril,

normotenso, sin signos de infección en herida quirúrgica, se procede al alta siendo autónomo para ABVD.

REFLEXIÓN

El ritmo cardiaco en el momento de la muerte está relacionado con el proceso estructural subyacente y tiempo mediado entre fenómeno y registro de actividad eléctrica del corazón.

CCA02 CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON DISFUNCIÓN RENAL AGUDA DIAGNOSTICADO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA REVASCULARIZADA

Autores: Luque López R; Sánchez Moyano M; Segura Saint-Gerons C; Mengíbar Pareja V

Hospital General Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal aguda es una complicación importante que puede aparecer en enfermos de alto riesgo sometidos a procedimientos de revascularización percutánea, debido a la utilización de contrastes yodados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 52 años, diabético, hipertenso y con hipercolesterolemia diagnosticado de miocardiopatía dilatada de origen isquémico con disfunción severa que ingresa para revascularización percutánea y que tras el segundo tiempo de cateterismo entra en un deterioro de la función renal que le lleva a ingresar en la UCI durante 24 horas con evolución favorable y con mejora clínica al alta desde la planta de hospitalización.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

Presentamos el caso basándonos en el modelo de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Las necesidades alteradas detectadas en la valoración de enfermería fueron: respiración, movilización y seguridad. Hemos elegido los tres diagnósticos enfermeros que consideramos principales en este caso: intolerancia a la actividad, ansiedad y riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos.

RESULTADOS

Los resultados (NOC) de los tres diagnósticos desde la valoración inicial a la valoración final aumentaron dos puntos (VI:3 y VF:5). Las intervenciones (NIC) más destacadas fueron la disminución de la ansiedad, manejo de la energía, manejo de líquidos/electrolitos y eliminación urinaria.

REFLEXIÓN

El proceso de enfermería aplicado según el plan de cuidados elaborado permitió mejorar el nivel de dependencia y aumentar la autonomía del paciente.

CASOS CLÍNICOS. JUEVES 8, 17.30-18.30 (SALA A)

OPTA A PREMIO

CCA03 CASO CLÍNICO: APOYO EMOCIONAL EN UN POSOPERATORIO CARDIACO TÓRPIDO

Autores: Azcona Ciriza L; González Gascue M; Gainza Calleja A; Dóiz Arriazu R. **Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona**

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso clínico de una mujer de 75 años, diagnosticada de estenosis aórtica severa y enfermedad coronaria de un vaso, como hallazgo casual en el preoperatorio de una cirugía de tiroides. La paciente ingresa de manera programada para ser intervenida de una sustitución valvular aórtica y un bypass aorto-coronario.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

La paciente fue intervenida con éxito, sin embargo, presentó un posoperatorio tórpido y largo por numerosas complicaciones, tales como infección de la herida quirúrgica, ventilación mecánica prolongada, fracaso renal, problemas gastrointestinales, polineuropatía del paciente crítico. Todo ello provocó un ingreso prolongado que afectó a su estado físico y emocional.

PLAN DE CUIDADOS

Se elabora un plan de cuidados desde una visión holística centrado en el plano emocional utilizando la taxonomía NANDA NOC NIC. El objetivo

de nuestro trabajo es destacar la importancia del cuidado emocional en una paciente con un posoperatorio complicado evidenciando una mejora tanto en el proceso de curación como en la duración del ingreso. Entre los diagnósticos más destacados se encuentran: ansiedad, baja autoestima situacional y aislamiento social. De los resultados e intervenciones destacan: nivel de ansiedad, disminución de la ansiedad; autoestima, potenciación de la autoestima; bienestar personal, apoyo emocional.

REFLEXIÓN

A pesar de que los cuidados enfermeros en el plano emocional continúan siendo un reto para los profesionales, con este caso se evidencia la importancia y la eficacia de los mismos durante el periodo de hospitalización. Aunque los planes de cuidados estandarizados son ya conocidos por todos los profesionales, debemos tener en cuenta la complejidad de cada paciente para individualizarlos y promover unos cuidados eficaces. Por último, recalcar que sumar el apoyo psicológico a los cuidados técnicos no solo mejora la adaptación del paciente al medio hospitalario, sino que también disminuye la estancia hospitalaria haciendo que el coste económico sea menor.

OPTA A PREMIO

CCA04 TÉCNICA BENTALL-BONO: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Autores: Azcona Ciriza L; Dóiz Arriazu R; Irizar Jáuregui F. **Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona**

INTRODUCCIÓN

Un aneurisma de aorta es una dilatación de la arteria. Si el aneurisma se presenta en la aorta ascendente, la dilatación incluye la válvula aórtica. Esta situación puede desencadenar una insuficiencia aórtica severa. En estos casos la técnica quirúrgica de elección es la de Bentall-Bono, que consiste en la sustitución de la aorta ascendente completa y de la válvula aórtica por un tubo valvulado con reimplantación de los orificios coronarios. Actualmente, es la técnica más utilizada.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 62 años que ingresa en la planta de hospitalización de cirugía cardíaca para ser intervenido mediante la técnica de Bentall-Bono de una doble lesión aórtica y un aneurisma de aorta ascendente. Tras ser intervenido y pasar 2 días en la unidad de cuidados intensivos, vuelve a la planta para continuar su recuperación.

PLAN DE CUIDADOS

Se elabora un plan de cuidados individualizado para las necesidades del paciente utilizando la taxonomía NANDA NOC NIC. Destacamos algunos de los diagnósticos encontrados: riesgo de infección, patrón respiratorio ineficaz, exceso de volumen de líquidos, intolerancia a la actividad, ansiedad, conocimientos deficientes. Así como varias intervenciones realizadas: lavado de manos, fomento de la tos y monitorización respiratoria, gestión y monitorización de líquidos, manejo de la energía, apoyo emocional y escucha activa, enseñanza y fomento de la implicación familiar. Al alta el paciente recibe una serie de recomendaciones para su total recuperación.

CONCLUSIONES

Tras aplicar el plan de cuidados establecido para este posoperatorio y transcurridos 15 días desde la intervención quirúrgica, el paciente fue dado de alta sin secuelas. El conocimiento de la técnica y las posibles complicaciones durante el posoperatorio facilitan la excelencia del cuidado. Por ello, la formación de los profesionales de enfermería es un pilar fundamental para brindar a estos pacientes una atención integral y de calidad.

CCA05 BRADICARDIA SINTOMÁTICA POR BLOQUEO AURÍCULO VENTRICULAR COMPLETO

Autores: Cegrí Antelo M¹; Martínez Hortal A²; Torres Redondo FE²; Oliver Lozoya D¹; Ferrá Cabrera P¹; Manchón Barnes IM¹; González Sánchez B³; Cano Rojo JA³; Jodar Bornás S³

1 Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia
2 Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia
3 Estudiante de Enfermería



INTRODUCCIÓN

El bloqueo auricular ventricular (AV) completo o de tercer grado, se caracteriza por el fallo de la conducción al ventrículo de cada onda P o cada impulso auricular. La aurícula y el ventrículo son activados por diferentes marcapasos y laten independientemente, se habla de disociación auriculoventricular. En la actualidad se relaciona con una alta mortalidad y una incidencia sustancial con muerte súbita. Para su diagnóstico en el electrocardiograma encontraremos, las ondas P y los complejos QRS sin relación entre sí. El tratamiento va orientado a aumentar la frecuencia cardíaca con atropina y aleudrina, y como tratamiento definitivo la implantación de marcapasos cardíaco transitorio o permanente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente 88 años con antecedentes de hipertensión arterial, es trasladado por el 061 con síncope, pérdida de consciencia, taquicardia ventricular sostenida y pausa prolongada de asistolia que revierte con fármacos y golpe torácico. Diagnosticado por el Servicio de Urgencias del Hospital Santa Lucía (Cartagena), de bradicardia con bloqueo AV completo y es trasladado a la UCI para la implantación de marcapasos transitorio y posteriormente permanente.

PLAN DE CUIDADOS

Se trata de elaborar un plan de cuidados individualizado que nos ayude a la resolución de problemas reales y de riesgo que presenta nuestro paciente. Utilización de los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, taxonomía II de la NANDA, NIC, NOC. Escala de Barthel y escala de Pfeiffer. Los principales patrones alterados que precisan de nuestra intervención son: actividad/ejercicio, percepción/manejo de salud, nutrición/metabólico, cognitivo/perceptivo y afrontamiento/tolerancia al estrés.

REFLEXIÓN

En el momento del alta se realiza una valoración del estado del paciente que presenta una mejora progresiva, alcanzando los objetivos establecidos en el plan de cuidados. Buen estado general, constantes vitales mantenidas, conocimiento de la prescripción médica, sin signos de infección, con ligera dependencia para las actividades de la vida diaria y afrontamiento efectivo a su nueva situación de salud.

OPTA A PREMIO

CCA006 MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO: UN PUERPERIO INESPERADO

Rossi López M; Roca Canzobre S; Pereira Ferreiro A; Seoane Pardo NM; Pérez Taboada MA.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía periparto está reconocida como una entidad distinta del resto de las cardiomiopatías; es un trastorno de causa desconocida en el cual la disfunción del ventrículo izquierdo y los síntomas de fallo cardíaco ocurren entre el último mes del embarazo y los primeros cinco meses después del parto en mujeres sin signos ni síntomas preexistentes de enfermedad cardíaca.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Puérpera de 30 años, con parto vaginal hace 7 días, que desde el primer día de posparto presenta sensación disnea, progresando hasta hacerse de mínimos esfuerzos, con ortopnea, disnea paroxística nocturna y aumento de edema en miembros inferiores, por lo que acude a urgencias. Ingresa en la UCI Coronaria en situación de insuficiencia cardíaca congestiva en *shock* cardiogénico y miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica severa de ventrículo izquierdo.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

Valoración al ingreso según el modelo de Virginia Henderson, destacando como principales diagnósticos de enfermería: Interrupción de la lactancia materna (00105). Afrontamiento inefectivo (00069). Resultados esperados (NOC): Lactancia materna (destete). Afrontamiento de problemas. Intervenciones (NIC): Supresión de la lactancia. Apoyo emocional. Aumentar el afrontamiento. Disminución de la ansiedad.

REFLEXIÓN

Fue fundamental el papel de la enfermería en el abordaje emocional de la paciente, debido al impacto que le supuso su grave situación al ingreso y el miedo a un pronóstico a largo plazo aún desconocido,

sumado a la separación repentina de su hijo recién nacido. También nos hemos encontrado con la dificultad añadida de afrontar la retirada de la lactancia materna, una circunstancia inusual en una unidad coronaria. El plan de cuidados individualizado resultó una herramienta imprescindible para prestar unos cuidados de enfermería de calidad.

CASOS CLÍNICOS. JUEVES 8, 17.30-18.30 (SALA A)

CCA07 MANEJO INTERDISCIPLINAR DE PACIENTE COMPLEJO CON INSUFICIENCIA CARDIACA DE FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEPRIMIDA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO (ICFED)

Autores: Osés Pérez de Labeaga M¹; Torcal Laguna J¹; Lekuona Goya I²; Oyanguren Artola J¹

1 Centro de Salud Basauri-Ariz. Vizcaya

2 Hospital de Galdakao. Vizcaya

INTRODUCCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 78 años con ICFED y alta comorbilidad cardiovascular (CV) y no CV, que tras ingreso hospitalario, acude a consulta de enfermera de IC (coordinada con equipo interdisciplinar de cardiólogo y médico de primaria). Dado el mal pronóstico de estos pacientes, el objetivo de presentar este caso clínico es ejemplarizante, dando a conocer su evaluación, plan de cuidados, seguimiento y manejo de problemas.

PLAN DE CUIDADOS

Se realiza evaluación de signos y síntomas y analítica relacionados con los diagnósticos médicos, valorándose múltiples FRCV, (HTA, Dm, hipercolesterolemia), controlados con medicación. Clasificación NYHA III, ausencia de angina tras implantación de *stent*, anemia con Hgb 11mg/dl, FA anticoagulada con buen control de I.N.R. Realizada evaluación de necesidades de Virginia Henderson destacamos (taxonomía NANDA-NIC-NOC) déficit de conocimientos de sus múltiples enfermedades y hábitos de vida y gestión ineficaz de la propia salud. Sin problemas psicosociales.

Titulación de BB, IECA y antialdosterónico según protocolo. Vigilar complicaciones potenciales de sus enfermedades (desequilibrios hidroelectrolíticos, alteraciones de niveles de glucemia, Hgb y Hgb-A1c, función renal y I.N.R.). Educación de signos y síntomas de alarma y pauta a seguir; dieta hiposódica de diabético, ejercicio físico y vacunación.

RESULTADOS

Tras 1 año de seguimiento, mejoría NYHA II, Hgb 12 mg/dl, sin angina, Fc 60 y Hgb-A1c 7,5. Problemas principales: dieta inadecuada y episodios de NYHA IV autorregulados con diuréticos, descontrol ocasional de INR, Cr y glucemia relacionado con la dieta, infecciones respiratorias que requieren control médico. Ningún ingreso hospitalario.

REFLEXIÓN

La intervención farmacológica y no farmacológica de la enfermera de IC en coordinación con cardiólogo y MAP es efectiva en cuanto a ingresos, síntomas y calidad de vida. Es precisa supervisión y educación continua para mejora del autocuidado.

OPTA A PREMIO

CCA08 CASO CLÍNICO: PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO EN UNA PACIENTE PORTADORA DE UNA BOMBA DE SEGURIL®

Autores: Gómez Moro N

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC) a menudo desarrollan resistencia a los diuréticos con la inactivación de la furosemida por vía oral. Para poder abordar la resistencia al diurético debemos descartar incumplimiento terapéutico, ajustar dosis, combinar y/o administrar diuréticos por vía intravenosa. Actualmente

en nuestra unidad se está evaluando el efecto de la furosemida en infusión continua por vía subcutánea mediante infusores elastoméricos portátiles, como tratamiento adicional a pacientes con ICC.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 65 años de edad diagnosticada de ICC de predominio derecho. Sustitución válvula mitral mecánica y CIA residual, con FEVI conservada; que acude a nuestra unidad, derivada de la consulta de cardiología, por cuadro de descompensación cardiaca para implante de una bomba de Seguril®. Se elabora un plan de cuidados individualizado y adecuado al caso, desde una visión bio-psico-social. Los principales diagnósticos fueron: gestión ineficaz de la propia salud, exceso de volumen de líquidos, intolerancia a la actividad, riesgo de baja autoestima situacional. Problema de colaboración: requerimiento terapéutico, perfusión continua de furosemida subcutánea.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

El objetivo de este proceso es conseguir que la paciente adquiera habilidades para el manejo de la insuficiencia cardiaca congestiva, adquiriendo conocimientos para el reconocimiento de síntomas/signos de alarma y el control de la enfermedad cardiaca, mostrando una autoestima e imagen corporal positiva, y demostrando una adecuada capacidad en el manejo, de forma segura, de la bomba de Seguril®.

REFLEXIÓN

La educación personalizada impartida por enfermería proporcionó resultados positivos para la paciente, consiguiendo una correcta administración del fármaco y una mejoría clínica. En los procesos de descompensación cardiaca o reagudización de síntomas congestivos, el implante de la bomba de Seguril® constituye una alternativa prometedora en enfermos con ICC, permitiendo una rápida mejora en la calidad de vida y grado de autonomía.

CCA09 SÍNDROME DE BRUGADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Cerón Lucas A¹; Díaz Ramírez J²; Puche Domech MDC³; Bengoa Endemaño N³; Moreno Alfaro M¹; Moreno Alfaro MJ¹; Córcoles Martínez B²; Frutos Sánchez A4; Melgarejo González M³

- 1 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia
- 2 Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia
- 3 Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia
- 4 Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

No es frecuente encontrarnos con esta patología, pero creemos imprescindible que enfermería, tenga constancia de dicha enfermedad y de los cambios que sufren nuestros pacientes ante la misma. El objetivo es encontrar las actividades de enfermería adecuadas para paliar los posibles síntomas desencadenantes del síndrome de Brugada.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 33 años, acude a urgencias y nos indica haber tenido "un desmayo", sin previo pródromo. Antecedentes personales: sin datos relevantes. Se realizó electrocardiograma obteniendo como diagnóstico síndrome de Brugada tipo 1. Planificación de los cuidados. Patrón más relevante: Patrón "tolerancia al estrés": Refiere ser una persona muy tranquila, aunque en estos momentos se siente confundido/ nervioso.

PLAN DE CUIDADOS

El diagnóstico principal fue (00148) Temor r/c origen innato m/p informes de intranquilidad.

Indicadores	PI	PD	T
130208 Se adapta a los cambios en desarrollo	3	5	5
130210 Adopta conductas para reducir el estrés.	3	5	5
130205 Verbaliza aceptación de la situación.	1	5	5

Puntuación inicial (PI): 1
 Puntuación Diana (PD): 5
 Tiempo (T) (días): 2
 Escala:

- 1: Nunca manifestada
- 2: Raramente manifestada
- 3: En ocasiones manifestada
- 4: Con frecuencia manifestada
- 5: Constantemente manifestada

Resultado (NOC). (1302) Afrontamiento de problemas.

Las intervenciones (NIC) se dirigen a proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Escuchar con atención. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

REFLEXIÓN

Tras realizar las actividades de enfermería elegidas, vemos que han sido las correctas, ya que el paciente refiere sentirse mucho más tranquilo y afronta mejor su nueva situación.

CASOS CLÍNICOS. JUEVES 8, 17.30-18.30 (SALA A)

OPTA A PREMIO

CCA10 "YO CONTROL" NEGACIÓN INEFICAZ EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA: CASO CLÍNICO

Autores: Castro Fernández M; Mouce Debasa L; Uzal Sánchez N; Fernández Trashorras AM; Álvarez Murias M
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La Insuficiencia cardiaca puede definirse como el fallo del corazón como bomba. Se trata de un síndrome clínico complejo. Puede tener diversas etiologías, manifestaciones y escenarios clínicos. Presentación de un caso clínico característico y a su vez peculiar de un paciente con insuficiencia cardiaca avanzada. Esta patología representa un gran impacto en la calidad de vida del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre de 64 años con miocardiopatía dilatada con disfunción biventricular severa diagnosticada en el año 2007. Enfermedad coronaria significativa de un vaso y cardiopatía valvular. ICC clase funcional NYHA II en seguimiento en consultas externas de insuficiencia cardiaca avanzada. En el último año varias descompensaciones requieren cinco hospitalizaciones. En el último episodio, ingresa desde la consulta por empeoramiento clínico y deterioro de la clase funcional a NYHA IV. Permanece ingresado 28 días hasta el trasplante cardiaco en estadio electivo con éxito.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

Valoración según el modelo de catorce necesidades de Virginia Henderson. Planificación de los cuidados según taxonomía NANDA NIC-NOC. Negación ineficaz. Disminución del gasto cardiaco. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades. Estreñimiento. Insomnio.

REFLEXIÓN

El manejo del paciente con insuficiencia cardiaca avanzada es complejo y requiere un abordaje multidisciplinar. El abordaje del diagnóstico principal, "Negación Ineficaz", resultó laborioso y en vías de manejo durante toda la estancia del paciente en nuestra unidad. Es un diagnóstico de "carrera de fondo" que precisa mayor implicación, tiempo y confianza por ambas partes.

CASOS CLÍNICOS. JUEVES 8, 17.30-18.30 (SALA B)

OPTA A PREMIO

CCB01 PACIENTE CORONARIO CON ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Autores: Rojas García A; Izquierdo Bernal S; Calvo Barriuso E; Rosenfeld Vilalta L; Romero Arnau M; Domene Nieves de la Vega G; Ruestes Virtus G; Bermejo Vázquez C; Ballesteros Bravo S; Castillo Poyo R
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La peculiaridad del caso es la alteración en el patrón de eliminación en un paciente provocando un sobreesfuerzo con alteraciones hemodinámicas graves derivadas de una rotura cardiaca (CIV) que conllevan a la muerte del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre de 73 años, exfumador, hipertenso y dislipémico, que ingresa con infarto anterolateral Killip I. Se realiza angioplastia primaria con colocación de *stent* farmacoactivo descendente anterior media. A las 8 horas inicia movilización, el paciente sedesta con buena tolerancia e inicia deambulacion al WC donde se asea y realiza maniobras de Valsalva por estreñimiento. A las 5 horas de la maniobra el paciente presenta inestabilidad hemodinámica diagnosticándose comunicación interventricular. Se coloca balón de contrapulsación como soporte y se decide traslado al quirófano donde el paciente finalmente fallece.

PLAN DE CUIDADOS

Se aplica un plan estándar de cuidados al paciente con infarto agudo de miocardio (IAM). Aunque en este caso se observa que en la valoración del patrón de eliminación no se administra laxante para facilitar la deposición. Como consecuencia un mínimo esfuerzo provoca un gran problema.

REFLEXIÓN

La infravaloración del patrón de eliminación en los pacientes con IAM y su tratamiento preventivo habitual puede tener consecuencias irreversibles. Nuestro principal objetivo con este caso es concienciar al personal sanitario para que utilice todos los medios necesarios (dieta, el ejercicio y terapia sintomácolaxante) para combatir el estreñimiento.

CCB02 ABORDAJE INTEGRAL EN UN DEBUT DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores: Zancada Rementería E
Hospital Universitario de Álava- Santiago

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca es una patología crónica grave, invalidante y muy prevalente, estimándose que hasta un 50% de los ingresos hospitalarios tienen una causa prevenible. La enfermera tiene un papel fundamental en la educación para el autocuidado en los factores de riesgo potencialmente evitables como son el tabaquismo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de mujer obesa de 40 años y fumadora habitual de paquete diario, que ingresa en planta de medicina interna con IC congestiva + hipertensión pulmonar severa. La paciente acude por cuadro de disminución de diuresis acompañado de aumento de perímetro abdominal y aparición de edemas en extremidades inferiores de un mes de evolución. Piel con múltiples erosiones y úlceras de estasis en tronco, pliegues y EEII. Crear un plan de cuidados en enfermería y realizar una educación personalizada para el autocuidado.

PLAN DE CUIDADOS

Revisión de la historia clínica y plan de cuidados, según taxonomía NANDA-NIC-NOC. Intolerancia a la actividad (00092). NIC: oxigenoterapia (3320), manejo de la energía (0180), manejo de medicación (2380). NOC: la paciente llevará a cabo las AVD sin cambios significativos en sus signos vitales e integrará el plan terapéutico prescrito. Exceso de volumen de líquidos (00026). NIC: manejo de hipervolemia (4170), monitorización de líquidos (4130) vigilancia de la piel (35980). NOC: la paciente eliminará los excesos de líquidos y realizará correctamente las medidas protectoras de las zonas edematosas. Deterioro de la integridad cutánea (00046). NIC: manejo del dolor (1400), cuidados circulatorios: insuficiencia venosa (4066). NOC: la paciente recuperará la integridad cutánea. Mantenimiento ineficaz de la salud (00099). NIC: educación sanitaria (5510), ayuda para dejar de fumar (4490), NOC: la paciente demostrará conocimientos de conductas saludables.

REFLEXIÓN

La reeducación sanitaria por parte de enfermería es fundamental en estos pacientes para una mejora de la salud, evitando de esta manera un agravamiento en su patología cardiaca.

CASOS CLÍNICOS. JUEVES 8, 17.30-18.30 H. (SALA B)**CCB03 PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON PROLAPSO DE VALVULA MITRAL Y DILATACIÓN AÓRTICA DERIVADA DE UN SÍNDROME DE MARFAN**

Autores: Ferra Cabrera P¹; Martínez Hortal A²; Torres Redondo FE²; Cegri Antelo M¹; Oliver Lozoya D¹; Manchón Barnes IM¹; González Sánchez B³; Cano Rojo JA³; Jodar Bornás S³

1 Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia
2 Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia
3 Estudiante de Enfermería

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Marfan es una enfermedad sistémica que afecta al tejido conectivo, causada por una alteración cromosómica, con una incidencia de 2-3 casos/10.000 individuos y caracterizada por alteraciones a nivel ocular, esquelético y cardiovascular, siendo estas últimas las que con mayor frecuencia conducen a la muerte.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se seleccionó a un paciente que ingresó con síntomas de dolor torácico y disnea que tras valoración completa fue diagnosticado de prolapso de válvula mitral y dilatación aórtica, programándose su intervención para reparar el aneurisma aórtico descendente.

PLAN DE CUIDADOS

Realización de un plan de cuidados específico a un paciente que presenta prolapso de la válvula mitral y dilatación de la aorta ascendente derivada de un síndrome de Marfan.

Mediante la observación clínica y la recogida de datos se realizó una valoración integral, estableciendo así unos diagnósticos de enfermería, siguiendo el modelo conceptual de Marjory Gordon y utilizando taxonomía enfermera que engloba la clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA. Posteriormente, se realizó un plan de cuidados individualizado, siguiendo la clasificación de resultados de enfermería NOC e intervenciones NIC, programando un plazo de 15 días para la resolución de las intervenciones.

Se valoró la puntuación de los resultados con escala LIKERT de cada uno de los indicadores seleccionados para el paciente, y se determinó una resolución completa y satisfactoria de su estado al alta.

REFLEXIÓN

La elaboración de un plan de cuidados de enfermería adecuado, priorizando las intervenciones requeridas, contribuye a mejorar el pronóstico y evolución del paciente durante su estancia clínica, reduce el tiempo de ingreso y mejora el coste-efectividad de los cuidados prestados a nuestros pacientes. La aplicación de unos buenos cuidados basados en la evidencia y con intervenciones programadas, convenientemente evaluadas mediante resultados objetivables, repercuten positivamente sobre los pacientes.

OPTA A PREMIO**CCB04 IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS: NO SIN SUBCLAVIA**

Autores: Veiga Fra R; Gómez Flórez I; Galán Montañés M; Díaz Sánchez L; Durán González S

Hospital Nuestra Señora del Prado. Toledo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Presentamos este caso por curioso y singular, el único que ha sucedido en nuestro hospital, de una paciente a la que no se le pudo implantar un marcapasos resincronizador por presentar agenesia de eje axilo-subclávico, comprobado posteriormente mediante venografía. Como complicación posprocedimiento, tuvo un neumotórax por lo que se le implantó un drenaje torácico. Objetivo: mantenimiento del estado de la salud.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 76 años con miocardiopatía dilatada, insuficiencia cardiaca y bloqueo completo de rama izquierda. Ingresó para implante de marcapasos. Durante el procedimiento, se comprueba que presenta agenesia de eje axilo-subclávico y mediante venografía derecha, se aprecia ausencia de subclavia derecha. Tras realización de radiografía de control, se observa neumotórax izquierdo importante, con lo que se implanta drenaje torácico.

PLAN DE CUIDADOS

La planificación de los cuidados se realiza en relación con los siguientes diagnósticos: dolor agudo r/c intervención quirúrgica y neumotórax m/p palabras de paciente. Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo. Patrón respiratorio ineficaz r/c neumotórax m/p disminución de la expansión pulmonar.

Resultados (NOC). Manejo-control del dolor. Control del riesgo. Estado respiratorio

Intervenciones (NIC). Administración de analgésicos y medicación. Control de infección. Cuidado de las heridas. Cuidados del drenaje torácico. Monitorización signos vitales.

REFLEXIÓN

Tras colocar drenaje torácico, se consigue la mejoría de la paciente así como la reexpansión pulmonar completa, disminución del dolor con los fármacos. Con curas diarias, manejo correcto de catéter y drenaje no hay infección alguna. Fue dada de alta a domicilio con tratamiento farmacológico conservador, en espera de realización de flebografía como prueba complementaria para localización de acceso venoso para implantación de marcapasos.

OPTA A PREMIO**CCB05 CRISIS HIPERTENSIVA: A PROPÓSITO DE UN FEOCROMOCITOMA**

Autores: Seoane Pardo NM; Rossi López M; Roca Canzobre S; Pereira Ferreiro A; Pérez Taboada MA

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN

El feocromocitoma es un tumor neuroendocrino, infrecuente, originado en las células cromafines de la médula adrenal o en ganglios del sistema nervioso simpático. Es generalmente benigno; sin embargo es la sintomatología, desencadenada por la secreción de catecolaminas, la que puede provocar complicaciones potencialmente mortales. La clínica clásica está marcada por la hipertensión arterial, frecuentemente paroxística, la cual puede asociar graves patologías tales como infarto agudo de miocardio o accidente vascular cerebral.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un varón de 63 años, que ingresó en la unidad de cuidados intensivos coronarios con el diagnóstico de emergencia hipertensiva, por probable feocromocitoma con disfunción severa del ventrículo izquierdo dentro del contexto previo. Durante su ingreso presentó una importante labilidad tensional, alternando episodios de severa hipertensión con extrema hipotensión. Se estabilizó y se extirpó el tumor, permaneciendo en la unidad 19 días.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

Valoración al ingreso según Henderson siendo los principales diagnósticos de enfermería: Disminución del gasto cardiaco (00029). Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047). Patrón respiratorio ineficaz (00032). Resultados (NOC): Efectividad de la bomba cardiaca. Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Estado Respiratorio: ventilación. Intervenciones (NIC): Cuidados cardiacos agudos. Vigilancia de la piel. Monitorización Respiratoria.

REFLEXIÓN

La urgencia hipertensiva asociada al feocromocitoma no es una de las situaciones más habituales a la que nos solemos enfrentar en la unidad, por lo que este caso fue de gran utilidad para nuestro aprendizaje por el manejo y los cuidados aplicados. Destacar el trabajo en equipo y los cuidados integrales brindados.

CASOS CLÍNICOS. JUEVES 8, 17.30-18.30 H. (SALA B)**CCB06 SÍNDROME CORONARIO EVOLUCIONADO EN CUIDADOS INTENSIVOS QUE PRESENTA ARRITMIA SEVERA NO ESPERADA**

Autores: Rodríguez Mondéjar JJ; Martínez Oliva JM; Martínez Huéscar M; Valbuena Moya RM; Rodríguez Soler J; Sánchez Paños FJ; Martínez Rabadán M; Sánchez Gómez MF; Velasco Beltrán MD; Alonso Villa C; Fernández Martínez BG

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN Y CASO CLÍNICO

Varón de 49 años que ingresa procedente de urgencias con síndrome coronario agudo, tipo infarto agudo de miocardio (IAM) evolucionado. Antecedentes: No alergias. No DM, ni HTA. Fumador. Hábito étlico moderado. Padre con IAM 60 años. Situación basal adecuada a su edad. Sin tratamientos crónicos.

Enfermedad actual: el día antes del ingreso, desde por la mañana presenta dolor centrotorácico opresivo y tipo pinchazo irradiado a brazo izquierdo, sin cuadro vegetativo, que varía a lo largo del día, pero le dura hasta la mañana siguiente cuando decide acudir a urgencias del hospital, por medios propios. En ECG muestra signos de IAM inferior evolucionado, analítica CPK 1415 y troponina I 32,67. Exploración física. Talla 1,71, peso 90 kg. BEG, C Y O. constantes vitales TA 110/70, FC 110 lpm, SAT O2 98%, temperatura 37° C. Rítmico y sin soplos. Normoventilación bilateral. Abdomen normal. Extremidades sin edemas, pulsos periféricos débiles.

PLAN DE CUIDADOS

Plan de cuidados: Valoración patrones Marjory Gordon. Taxonomía NANDA, NIC, NOC. Diagnóstico de enfermería: Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno manifestado por malestar y/o disnea. Ansiedad y temor relacionado con amenaza de muerte manifestada por preocupación. Deterioro del patrón sueño relacionado con cambio vital. Se trata de fomentar la función circulatoria adecuada. Favorecer el suministro de oxígeno en el miocardio. Mantener al paciente sin dolor. Restaurar la actividad intestinal. Prevenir las arritmias y detectarlas precozmente. Intervenciones: vía intravenosa permeable. Colocar electrodos ECG. Oxigenación con gafas nasales. Medir y registrar signos vitales cada hora. Administrar fármacos analgésicos, ansiolíticos, antiarrítmicos, y laxantes, etc.

REFLEXIÓN

El paciente presenta pérdida de conciencia tras su ingreso en UCI, comprobando fibrilación ventricular, que se repite hasta 7 veces con tratamiento eléctrico y amiodarona. Angioplastia urgente. Buena evolución y tras 72 horas es alta a cardiología.

OPTA A PREMIO**CCB07 COMPLICACIONES TRAS LA RETIRADA DE UNA ASISTENCIA VENTRICULAR TIPO LEVITRONIX**

Autores: Arnáiz Villanueva N; Navarro Díaz M; Martín Rodríguez M; Hernández Rivas AA; García López V; Martín López P; Fraile Villar MI

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un aumento y mejora en la utilización y variedad de dispositivos de asistencia ventricular para lograr el mantenimiento de la perfusión corporal con vistas a la recuperación cardiaca y al trasplante. Existen numerosas complicaciones en el uso de estos dispositivos, entre las que se encuentran: episodios hemorrágicos, episodios neurológicos, infecciones, alteraciones mecánicas, complicaciones derivadas del circuito.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

FAB paciente de 56 años que fue trasplantado. En su estancia en UCI quirúrgica se objetivó fallo de ventrículo izquierdo por lo que se decidió el uso de una asistencia ventricular tipo Levitronix. En el presente caso la complicación que existió fue la infección que llevó a la realización de una safenectomía, incluyendo la extirpación del tejido circundante lo que conllevó la hospitalización del paciente ya trasplantado durante varios meses y la realización de los cuidados de enfermería hasta que se procedió al cerrado de la incisión quirúrgica en quirófano una vez que se comprobó la desaparición de la infección.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

Los diagnósticos de enfermería más relevantes están relacionados con la mejora del manejo del régimen terapéutico, el riesgo de estreñimiento, el riesgo de síndrome de desuso, el temor y la prevención de infecciones. La valoración se hizo siguiendo los Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Se llevó a cabo un plan de cuidados según la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

CONCLUSIONES

Los cuidados llevados a cabo permitieron la recuperación del paciente, evitando la amputación del miembro inferior infectado y que dicho paciente actualmente disfrute de una vida independiente llevando a cabo correctamente el régimen terapéutico.



CCB08 CASO CLÍNICO: PCR EXTRAHOSPITALARIA RECUPERADA. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Autores: Sánchez Suárez IM.; Amor Cambón J; Aller Fernández C; Papín Rivas P
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un chico de 19 años que tras sufrir una PCR extrahospitalaria por FV idiopática es recuperado por el 061. Al ingreso presenta desorientación tempororo espacial sin secuelas neurológicas e infección 2.^a a broncoaspiración, presentando también un cuadro ansioso importante. Fue sometido a un estudio completo que no reveló un diagnóstico definitivo, pendiente de estudio genético de FV (FIVI-gen) para completar evaluación. Fue dado de alta tras implante de DAI como prevención secundaria de muerte súbita. Elaboramos un plan de cuidados individualizado utilizando las taxonomías de la NANDA NIC NOC, seleccionando los indicadores y las intervenciones para los problemas detectados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente con necesidades de autocuidado secundarias a PCR y tratamiento agresivo (intubación e hipotermia), ansiedad y temor por estrés postraumático e inseguridad por su nueva situación (portador de DAI). Estudio descriptivo observacional con entrevista personalizada con el paciente y recogida de datos de la historia clínica.

PLAN DE CUIDADOS

Entre los diagnósticos de enfermería tratados se encuentran: déficit de autocuidado, baja autoestima situacional, temor y ansiedad.

REFLEXIÓN

Tras 22 días de ingreso, el paciente es dado de alta con sus necesidades cubiertas y una actitud positiva ante su nueva situación tras una resolución eficaz de cuidados.

CCB09 INFECCIONES RECURRENTES EN PACIENTE PORTADORA DE MARCAPASOS DEFINITIVO

Autores: Martínez Gómez ME¹; Parra Carrillo AB¹; Sánchez Giménez AB²; López Parra CM¹; Salas Alcaraz JF¹; Pallarés Martínez IM³
1 Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia
2 Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia
3 Hospital General Santa Lucía. Cartagena. Murcia

INTRODUCCIÓN

La infección del sistema de marcapasos es una complicación grave e incluso letal. La extracción del sistema y fundamentalmente del electrodo roto o infectado plantea problemas técnicos. En ciertos casos pueden extraerse los electrodos por vía percutánea, si bien en diversas circunstancias, es obligado el acceso quirúrgico. Puede ser necesario en ocasiones, por agotamiento de las posibilidades de acceso convencional a los electrodos, el uso de una vía alternativa de implante de marcapasos permanente. Como posibilidad alternativa al implante epicárdico se ha usado la vía femoral para la estimulación permanente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 82 años portadora de un marcapasos DDD por trastorno de conducción AV recambiado en varias ocasiones por infecciones recurrentes que ingresa en nuestra unidad tras un cuadro de estimulación diafragmática objetivándose un síndrome de Twiddler que afecta al cable de aurícula que se encuentra a nivel de clavícula en región medio clavicular, objetivándose además movimiento del cable de ventrículo. Se toman cultivos de la zona en el que crecen *Achromobacter xyloxidans* y *Pseudomonas aeruginosa* resistente antibióticos. Tras valorar con la familia la situación, al tratarse de una enferma dependiente de marcapasos se decide estimulación de supervivencia mediante el implante de marcapasos definitivo VVI en región femoral derecha. Tras 6 días en nuestra unidad se procede al alta con tratamiento antibiótico intravenoso domiciliario y seguimiento por su enfermero de AP.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

Se elaboró un plan de cuidados individualizado, utilizando el modelo de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NIC/NOC. Como diagnósticos principales: Deterioro de la integridad cutánea. Riesgo de infecciones. Establecimos indicadores de resultado y planificamos intervenciones.

REFLEXIÓN

El proceso enfermero es un proceso continuo y dinámico en el que es fundamental la colaboración entre enfermeros de atención primaria y especializada para así poder proporcionar cuidados continuos y de calidad.

CASOS CLÍNICOS. JUEVES 8, 17.30-18.30 (SALA B)

OPTA A PREMIO

CCB10 CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE PORTADORA DE ASISTENCIA BIVENTRICULAR EN FIBRILACIÓN VENTRICULAR SOSTENIDA

Autores: Domene Nieves de la Vega G; Izquierdo Bernal S; Romero Arnau M; Rojas García A; Calvo Barriuso E; Rosenfeld Vilalta L; Ruestes Virtus G; Bermejo Vázquez C; Ballesteros Bravo S; Castillo Poyo R
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La peculiaridad del caso es mostrar como una paciente crítica portadora de una asistencia biventricular se mantiene consciente y respondiendo a órdenes, a pesar de estar una semana en fibrilación ventricular continua.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 62 años, sin antecedentes cardiológicos, que ingresa en unidad coronaria procedente de un hospital de 2.^o nivel, con diagnóstico de enfermedad de 3 vasos que evoluciona a shock cardiogénico, por lo que precisa de intubación endotraqueal, drogas vasoactivas y el soporte de balón de contrapulsación intraaórtico. Debido al empeoramiento, precisa de una asistencia ventricular de corta duración y debido a la elongación del ingreso, una asistencia biventricular de media duración.

Existen una serie de problemas relacionados con el sistema cardio-pulmonar, ventilación, vascularización, infección y mal control nutricional; encabezados por un cambio de ritmo que degenera a fibrilación ventricular no reversible, que la paciente tolera a nivel hemodinámico correctamente, estando consciente y obediendo órdenes. Posteriormente se le considera candidata a trasplante cardiaco en emergencia "0", siendo trasplantada.

PLAN DE CUIDADOS

Se aplica el plan de cuidados estándar para pacientes de estas características, centrándonos en los siguientes diagnósticos principales: Riesgo de infección. Perfusión tisular ineficaz. Disminución de gasto cardiaco. Déficit del volumen de líquidos. Desequilibrio nutricional. Limpieza ineficaz de la vía aérea. Ansiedad.

REFLEXIÓN

El plan de cuidados se aplicó para suplir las necesidades de la paciente durante todo el proceso, y posteriormente la paciente pudo colaborar en sus cuidados.

PÓSTERS FÓRUM. JUEVES 8, 12.30-13.30 h (SALA A)

OPTA A PREMIO

PFA01 VALOR PRONÓSTICO DE LA RESPUESTA HIPERTENSIVA EXAGERADA CON EL EJERCICIO EN MAYORES DE 65 AÑOS CON ENFERMEDAD CORONARIA CONOCIDA O SOSPECHADA

Autores: Bouzas Mosquera MDC¹; Bouzas Mosquera A²; Peteiro Vázquez J²; García Fanego R²; González Varela ME²; Álvarez García N²; Castro Beiras A²
1 Universidad Europea de Madrid
2 Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El valor pronóstico de la respuesta hipertensiva exagerada con el ejercicio (RHEE) resulta controvertido. Nuestro propósito fue determinar su posible asociación con mortalidad y eventos cardiovasculares graves en sujetos ≥ 65 años con enfermedad coronaria conocida o sospechada.

MATERIAL Y MÉTODOS

De una población inicial de 10047 pacientes referidos a ecocardiografía de esfuerzo, fueron seleccionados para este estudio 4511 pacientes de edad ≥ 65 años que no presentaron respuesta hipotensiva con el ejercicio y no recibieron tratamiento betabloqueante en las 48 horas previas. La RHEE se definió como una tensión arterial

sistólica (TAS) máxima >220 mmHg durante el ejercicio. Se calculó asimismo el incremento de la TAS de reposo a pico de ejercicio (iTASe). Los criterios de valoración fueron mortalidad total, infarto agudo de miocardio (IAM) y accidente cerebrovascular (ACV).

RESULTADOS

Un total de 165 pacientes (3,6%) experimentaron una RHEE. Durante el seguimiento hubo un total de 1.104 muertes, 464 infartos de miocardio y 145 accidentes cerebrovasculares. Las tasas anuales de mortalidad, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular fueron del 3,54%, 2,29% y 0,72% en pacientes con RHEE y del 5,3%, 2,34% y 0,84% en aquellos sin RHEE ($p=0,002$, $p=0,98$ y $p=0,56$ respectivamente). Los pacientes que desarrollaron un iTASe >60 mmHg (percentil 90) también presentaron una menor tasa anual de mortalidad ($p < 0,001$), sin diferencias significativas en la tasa de IAM o ACV. Tras el ajuste multivariado en modelos de regresión de Cox, tanto la RHEE (HR 0,64, IC 95% 0,46-0,89, $p=0,009$) como un iTASe >60 mmHg (HR 0,78, IC 95% 0,62-0,99, $p=0,039$) fueron factores predictores de supervivencia, pero no de IAM o ACV.

CONCLUSIONES

En nuestra serie de pacientes ≥ 65 años con enfermedad coronaria conocida o sospechada, el incremento exagerado de la tensión arterial sistólica con el ejercicio se asoció a una mayor probabilidad de supervivencia durante el seguimiento, pero no a eventos cardiovasculares graves.

PFA02 PROMOCIÓN DE LA SALUD. CONOCE TUS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Autores: Plana Guillermo MA; Hernández Castelló MC; Rabadán Anta MT; Hernández Hernández I; Ramón Carbonell MRC; Martínez Hernández M; Iniesta Sánchez J; Piñera Gómez Y

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica es una de las enfermedades de mayor prevalencia en los países desarrollados. El manejo de los factores de riesgo es fundamental para la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. En un stand divulgativo con motivo del Día del Corazón, se investigó sobre dichos factores en la población circundante.

OBJETIVO

Conocer los factores de riesgo cardiovascular en la población general.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal mediante entrevista ad hoc, realizada con una asociación de pacientes en el Día del Corazón 2013. Variables: sociodemográficas, antecedentes familiares, estrés, consumo de fruta, verduras y grasas saturadas, hábito tabáquico, hipertensión, diabetes, dislipemia, sedentarismo, índice de masa corporal, perímetro abdominal, y controles de salud. Programa SPSS v 19. Las variables cuantitativas mediante media y desviación estándar, las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. Para la comparación de variables se utilizó la χ^2 .

RESULTADOS

Muestra: 214 cuestionarios (61% mujeres). Edad media 54 ± 19 . El 36% de los varones manifiesta tener antecedentes familiares frente al 49% de las mujeres. Un 36% refiere estrés. El consumo medio de fruta 6 ± 2 piezas/semana, de verduras 5 días/semana. Fumadores 20%, exfumadores 13%. Hipertensión el 36%, la presión sistólica media se situó en 127 ± 18 mmHg, la diastólica en $73,6 \pm 10$ mmHg. Refiere diabetes el 15% y dislipemia el 33%. El 68% padece sobrepeso u obesidad, con perímetro abdominal medio de $93 \pm 13,7$. Sedentarismo 24%, y el 21% seguían controles de salud.

CONCLUSIONES

El patrón metabólico constituye el principal factor de riesgo cardiovascular. Solo el 21% de los encuestados sigue controles de salud, aún presentando importante porcentaje de factores de riesgo, o estar diagnosticados de hipertensión o diabetes. Adecuados hábitos dietéticos y de ejercicio percibidos, no se correlacionan con el IMC obtenido.

PÓSTERS FÓRUM. JUEVES 8, 12.30-13.30 h (SALA A)

PFA03 HIPERHOMOCISTEINEMIA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES RENALES. EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS

Autores: Parraga Díaz M; Melero Rubio E; Gómez Sánchez MP; Pellicer Villaescusa S

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad cardiovascular es compleja y multifactorial. Uno de los marcadores conocido como factor de riesgo independiente es la homocisteína, su aumento en $5 \mu\text{mol/l}$ por encima del rango normal equivale, en riesgo vascular, a un aumento de 20 mg/dl por encima del colesterol normal. En hemodiálisis los niveles son 3-4 veces superiores a la población general. Conocer el riesgo vascular de los pacientes renales, según valores de homocisteína y determinar su relación con la modalidad y tiempo de tratamiento, edad, sexo y grupo cultural.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional prospectivo en pacientes de una unidad renal según modalidad de tratamiento sustitutivo (hemodiafiltración *versus* hemodiálisis) durante los últimos cinco años. Recogimos datos sobre edad, sexo, grupo cultural, tiempo y modalidad de tratamiento y valores de homocisteína. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 19.0.

RESULTADOS

Se estudiaron 115 pacientes, de edad media 59 años, 68 hombres y 47 mujeres; 107 pacientes caucásicos mediterráneos, 4 caucásicos norteafricanos y 4 negroides. El 54,8% llevaba menos de 4 años en tratamiento renal. Un 63% estaba en hemodiálisis, 27% en hemodiafiltración alterna y 10% en diaria. El valor medio de homocisteína en varones fue de $23,47 \mu\text{mol/l}$ y en mujeres $24,29 \mu\text{mol/l}$. Los valores de homocisteína en el tercer y cuarto año de estudio según el grupo cultural fueron en pacientes negroides 51,50 y $69,35 \mu\text{mol/l}$ respectivamente, con significación estadística.

CONCLUSIONES

Según los resultados expuestos observamos que nuestros pacientes presentaban un nivel moderado de riesgo vascular con tendencia a mantener niveles de homocisteína a lo largo del estudio. Por otro lado, al enfrentar homocisteína con sexo, edad y modalidad de tratamiento no encontramos relación estadística significativa. Sin embargo, el grupo negroide presentó niveles más elevados en algunos momentos del estudio con significación estadística.

PFA04 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIACA

Autores: Herrero Pérez A; Laveda López P; De la Torre Merelles B; García Marín JM; Pérez Blanco A

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Analizar la adherencia al tratamiento de pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo (SCA).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio longitudinal descriptivo y prospectivo de todos los pacientes que han ingresado en nuestra unidad de cardiología con diagnóstico de SCA. Para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud hemos utilizado el test de Morisky-Green. También se han recogido variables sociodemográficas, factores de riesgo y otros diagnósticos. El cuestionario se aplicó al ingreso del paciente por dos enfermeras previamente entrenadas durante los meses de febrero y mayo de 2013. Los datos fueron codificados y analizados con el programa estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se han incluido a 35 pacientes de los que el 77,1% eran hombres. El 66,12% tenían la edad comprendida entre los 48 y 67 años. EL 75% de pacientes presentaba síndrome coronario agudo y el 25% otras patologías coronarias. Entre los factores de riesgo mas prevalentes están la HTA (80%), la dislipemia (57,1%) y la diabetes (42,9%). El 82,9% de los pacientes presentaba una adherencia adecuada y el 17,8% inadecuada. El principal problema que presentan los que no tienen una adecuada adherencia es el olvido de tomar alguna medicación. Los hombres presentan una mejor adherencia (88,9%) que las mujeres (62,5%). Los pacientes sedentarios y obesos presentan una peor adherencia ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

Los pacientes que presentan SCA tienen una adecuada adherencia al tratamiento prescrito.



PFA05 HÁBITO TABÁQUICO Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: CONSECUENCIAS ANGIOGRÁFICAS DEL TABACO

Autores: Toré Meléndez F; González Castillo FJ; Martínez García FJ; García Jarillo CM; Rodríguez García EM; Repullo Cortés G; Hernández Cuenca P; Gutiérrez Martínez M; Domínguez Naranjo A; Palomino Escaño A; Mesa Rico R; Timonet Andreu EM

Complejo Hospital Costa Del Sol. Marbella. Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El hábito tabáquico se ha relacionado en numerosos estudios con la aparición de cardiopatía isquémica. Por ello es importante no fumar, o dejar de fumar si se es fumador. Evaluar si esa relación se cumple desde el punto de vista angiográfico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se evaluó a todos los pacientes a los que se les realizó un cateterismo durante 2 meses. Se recogieron datos demográficos, clínicos y angiográficos. Se clasificaron los pacientes en dos grupos: no fumadores y fumadores/exfumadores. Una vez realizada la coronariografía se clasificaban los pacientes según tuvieran lesiones severas (al menos una lesión con obstrucción >70% o >50% si se trataba del TCI) o no. Datos contrastados prueba Chi2.

RESULTADOS

Se evaluaron 138 pacientes. La edad media de los pacientes era de 64,4 +- 9,9 años, el 74% eran hombres y diabéticos el 32%. Había un 30% de no fumadores y un 70% de fumadores/exfumadores. El 61% de los pacientes tenían al menos una lesión severa en alguna de sus arterias coronarias principales. De estos, el 81% eran fumadores/exfumadores. La mayoría de los pacientes no fumadores (62%) no tenían lesiones coronarias severas. Dando $P < 0,0001$.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes con lesiones coronarias severas habían sido o eran fumadores (81%). Se demuestra, por tanto, la relación significativa entre el tabaquismo y la afectación coronaria desde el punto de vista angiográfico.

PFA07 SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN TRABAJADORES DE LA ACEITUNA

Autores: Gutiérrez Cobo JM; Bracero Almagro A; Rosales Ortega A

Complejo Hospitalario de Jaén

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Existe un patrón estacional en los ingresos por infarto agudo de miocardio, con un aumento en el número de casos durante el invierno. Durante la recogida de aceituna, hay que hacer frente al frío, agua, hielo, barro, etc., lo que obliga a la realización de un esfuerzo mayor. El objetivo del estudio trata de valorar la incidencia de los casos urgentes por síndrome coronario agudo en aceituneros con respecto al resto de población atendida.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal de 148 pacientes sometidos a revascularización coronaria percutánea entre el 15 de noviembre de 2013 y el 31 de enero de 2014, de forma urgente y/o diferida.

RESULTADOS

Del total de la muestra, el 78,4% eran hombres, y de estos, el 12,6% olivereros. Hipertensión presentó un 58,1%, diabetes el 37,2%, eran fumadores el 55,4%, hiperlipémicos el 43,2%, obesos el 19,6%. La procedencia mayor fue del Distrito Sanitario "A" 47,3%. De la población aceitunera, presentó hipertensión un 42,9%, diabetes el 14,3%, eran fumadores el 78,6%, hiperlipémicos el 28,6%, obesos el 7,1%. La procedencia mayor fue del Distrito Sanitario "B" 47,3%. Se realizó un análisis correlacional, pero el tamaño de la muestra no permitió la obtención de resultados estadísticamente significativos. Los aceituneros atendidos fueron en su mayoría hombres (92,9%), con una media de 48,7 años y edad mínima 29 años. Presentaron síndrome coronario agudo sin elevación del ST e infarto agudo de miocardio el 67,1%.

CONCLUSIONES

Pensamos que tanto las condiciones de trabajo como temperatura ambiente pueden ser factores desencadenantes o de riesgo para la salud cardiovascular en los trabajadores de la aceituna. Sería interesante analizar la influencia de las condiciones ambientales en dichos trabajadores. Para próximas investigaciones, se podrían recoger la temperatura y humedad de ese periodo y ver si tal y como indican otros estudios, las condiciones extremas están asociadas a esta patología.

PÓSTERS FÓRUM. JUEVES 8, 12.30-13.30 h (SALA A)

OPTA A PREMIO

PFA06 CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS EN EL PACIENTE ADULTO CARDIOLÓGICO. ¿CAMBIOS PERIÓDICOS O A LA APARICIÓN DE SIGNOS CLÍNICOS?

Autores: Gómez Palomar MJ; Majó Ramírez D

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Comparar la incidencia de flebitis entre 2 protocolos de actuación diferentes: cambio de catéter venoso periférico (CVP) cada 5 días frente a cambio cuando aparece clínica y determinar los factores de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio clínico aleatorizado, no ciego, sobre 489 pacientes portadores de CVP que ingresan en una planta de cuidados medios cardiológicos entre enero y junio de 2013. Aleatorización de 2 grupos: grupo I: cambio de CVP cuando aparecen signos clínicos de flebitis; grupo II, recambio sistemático de CVP cada 5 días o cuando aparecían signos de flebitis.

RESULTADOS

Grupo I: 232 (47,44%). Grupo II: 257 (52,55%). Ambos grupos resultaron homogéneos en cuanto a edad, sexo, calibre del catéter, localización y lugar de inserción. El total de CVP fue de 1003. Chi2 arroja diferencias significativas para mayor incidencia de flebitis en el grupo I ($p=0,005$) y en CVP colocadas en Urgencias ($p=0,01$). El calibre más usado, el G20 con 664 (66,5%). La flebitis en casos que se administra medicación ($p=0,00001$), amiodarona en el 54,54% de los casos. El área de inserción más usada fue el antebrazo (62,44%). La antecubital (7,85%), donde se obtiene una menor incidencia de flebitis ($p=0,02$). La media de permanencia fue de $4,97 \pm 3,3$ (1 - 26).

CONCLUSIONES

La incidencia de flebitis es menor en el grupo de pacientes al que se le cambia el CVP cada 5 días. Por lo tanto, se recomienda el cambio con dicha periodicidad. Recomendamos la evaluación diaria de la necesidad de permanencia de CVP en cada paciente para disminuir riesgos.

PFA08 DÍA MUNDIAL DEL CORAZÓN: UN EVENTO VÁLIDO PARA CONOCER LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO

Autores: Martínez Hernández M; Ramón Carbonell M; Hernández Castelló MC; Rabadán Anta MT; Hernández Hernández I; Iniesta Sánchez J; Baldo Castiñeiras J; Cascales Fernández MD

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN

La actividad física es un pilar básico en la prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. En la celebración del Día del Corazón se realizaron actividades de prevención y promoción de la salud, incluida la recogida de datos sobre la práctica de actividad física de la población.

OBJETIVOS

Conocer el tipo de actividad física que realiza la población encuestada. Determinar quién, y dónde se recomienda la realización de actividad física.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal mediante entrevista *ad hoc* en un stand divulgativo, realizada el 29 de septiembre de 2013. Variables: sociodemográficas y de actividad física. Programa SPSS v 19. Variables cuantitativas mediante media y desviación estándar, y cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. Para la comparación de variables se utilizó la Chi2

RESULTADOS

Muestra: 214 cuestionarios, 61% mujeres. Edad media 54 ± 19 , 66% sin actividad laboral. El 63% realiza caminata, 10% bicicleta, y el 25% otras. La práctica de actividad física en el 67% de los casos se debe

a iniciativa propia. Se realiza recomendación médica en el 23% y enfermera en el 4%. El 100% de las prescripciones de enfermería se produjeron en ámbito comunitario, en cambio el 71% de las médicas se realizó en atención especializada. Del total de recomendaciones, el 57% se realiza en consulta de especializada, el 40% en atención primaria. El 83% se formaliza verbalmente. Existen diferencias significativas entre sexos para el tipo de actividad física realizada con $p=0.15$. Los hombres practican otras actividades distintas a la caminata con mayor frecuencia.

CONCLUSIONES

Un 76% de los participantes desarrolla actividad física. El 28% con prescripción. La prescripción se realiza de manera verbal en el 83% y mayoritariamente en atención especializada. La caminata es la actividad más común.

PÓSTERS FÓRUM. JUEVES 8, 12.30-13.30 h (SALA B)

PFB01 INTERÉS DE LA POBLACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y CONTROL NUTRICIONAL

Autores: Alpiste Giménez MJ; Pellicer García C; Avilés Albizu JM; Gracia Ródenas MR; Anioarte Romero AI; Quintana Giner M; López Costas M; Pérez Martínez MT; Fernández Redondo MC

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las necesidades y demandas de la información frente a la salud han cambiado, las personas tienen un ritmo diferente de aprendizaje por varias razones, entre ellas, el interés que les suscita el tema, lo fácil que les resulta el acceso y los contenidos y las circunstancias de presentación. Por tanto, para establecer estrategias de promoción de la salud es necesario estudiar a la población y evaluar los resultados y establecer propuestas de mejora. Conocer el perfil de la población de estudio en relación al interés por los diferentes consejos.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal a toda la población presente en el área de consultas externas de nuestro hospital. Se creó un formulario para recogida de variables y se colocaron dos stands: control de FRCV y consejos nutricionales.

RESULTADOS

N=91 (71% mujeres, 53±10 años). 22% pacientes, 28% acompañantes, 59% personal sanitario. FRCV: 8% enfermedad cardiovascular, 26% hipertensión, 38% hipercolesterolemia, 5% diabetes. 55% no fumadores, 44% exfumadores, 1% fumador activo. Nivel de estrés (33%bajo, 42%medio y 25%alto); ejercicio físico (39% sedentarismo, 59% y 2% ejercicio regular e intenso respectivamente). Un 43% pasó por el stand de FRCV y un 42% por consejos nutricionales. Correlacionando antecedentes cardiovasculares con la elección del stand: con HTA n=24, 14 ($p=0,074$) y 12 ($p=0,340$) control de FRCV y de peso respectivamente; con DM n=5, 5 ($p=0,008$) y 2 ($p=0,935$) control de FRCV y de peso respectivamente. Con hipercolesterolemia n=35, 33 ($p=0,001$) y 10 ($p=0,044$) control de FRCV y de peso respectivamente.

CONCLUSIONES

Este tipo de actividades suscitan un interés sobre la salud cardiovascular, desde los que se mostraban interesados por un control nutricional (más prevalencia en personas sin FRCV), hasta los preocupados por su salud CV (personas con algún FRCV). Con un amplio abanico de ofertas, se consigue cubrir diversas inquietudes de la población.

PÓSTERS FÓRUM. JUEVES 8, 12.30-13.30 h (SALA B)

PFB02 CONTROL DEL COLESTEROL EN PACIENTES DIABÉTICOS TRAS INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO

Autores: Rosales Ortega A¹; Bracero Almagro A¹; Blanca Castillo J¹; Gutiérrez Cobo JM¹; Sánchez Catalán N²; Sánchez Ortiz E¹

1 Complejo Hospitalario de Jaén

2 Centro de Diálisis Santa Catalina. Jaén

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

En los pacientes diabéticos revascularizados percutáneamente, el riesgo de sufrir otro evento isquémico es alto. En estos pacientes, el perfil lipídico debe formar parte de una estrategia integral de manejo del riesgo que incluya modificaciones en el estilo de vida y adherencia al tratamiento. Las guías europeas recomiendan reducir las cifras de colesterol-LDL por debajo de 70 mg/dl. Nuestro objetivo es analizar el grado de cumplimiento de esta recomendación en diabéticos sometidos a intervencionismo coronario percutáneo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de 155 pacientes sometidos a intervencionismo coronario, revisados en consulta de enfermería de prevención secundaria de factores de riesgo cardiovascular. De los 48 (30,9%) que eran diabéticos y dislipémicos, registramos los perfiles lipídicos en las analíticas previas y a los 3-6 meses del procedimiento.

RESULTADOS

De los 155 pacientes, el 75,9% eran varones, el 72,2% hipertensos, el 48% fumadores y el 40,7% obesos (índice de masa corporal >30). Antes del procedimiento un 25% no tenía registros analíticos del perfil lipídico, el 11,1% presentaba LDL <70 mg/dl, el 14% se encontraban en el rango 70-100 mg/dl y 48% presentaba LDL >100 mg/dl. En el seguimiento, el 35,4% de los pacientes diabéticos presentaba LDL <70 mg/dl, el 54,2% se encontraba en el rango 70-100 mg/dl y el 10,4% presentaba LDL >100 mg/dl.

CONCLUSIONES

Tras las intervenciones realizadas después del evento isquémico (educación sanitaria, ajuste de las dosis hipolipemiantes...) se objetivó una mejoría del perfil lipídico de estos pacientes, obteniéndose un control óptimo del LDL (< 70 mg/dl) en un porcentaje reducido (35,4%), manteniéndose un 64,6% fuera de los objetivos recomendados. Es necesario aumentar el control de los factores de riesgo en pacientes diabéticos dislipémicos en los diferentes niveles asistenciales, para modificar hábitos en el estilo de vida (ejercicio, dieta, adherencia al tratamiento y dosis).

OPTA A PREMIO

PFB03 INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO SF-36 EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO

Autores: Sánchez Peinado M; Argenta Fernández E; Fernández Pérez E; Blanco Gómez MA; Muñoz Martín E; Ruiz Jiménez E; Rozalén Heras MDV

Hospital Universitario La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los pacientes con cardiopatía congénita del adulto (CCA) que son intervenidos quirúrgicamente sufren modificaciones en su ámbito físico y psicosocial. Este estudio midió el impacto de esa cirugía en términos de calidad de vida percibida, así como las similitudes y diferencias con la población general sana.

MATERIAL Y MÉTODO

El periodo de recogida de datos se realizó con los pacientes intervenidos desde junio de 2011 hasta diciembre de 2013. La captación de los pacientes se realizó en la unidad de cardiopatías congénitas del adulto (UCCA), en tres momentos: antes de la cirugía, para conocer la situación basal, y posteriormente en las revisiones de los seis y doce meses tras la intervención quirúrgica.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 40 pacientes. A todos se les entregó junto con el cuestionario de calidad de vida SF-36, el consentimiento informado y la hoja informativa. Las dimensiones función física, salud mental, vitalidad y percepción general, mejoraron a los seis meses. A los seis meses siguientes, mejoraron rol físico, dolor corporal, y función social. Comparando su situación basal, al año, mejoraron todas las dimensiones, obteniéndose resultados finales muy similares a la población sana española.

CONCLUSIONES

Tras la intervención quirúrgica correctora o paliativa, la percepción general de la salud mejoró porque consideraban que su salud, la resistencia a enfermar y sus perspectivas de vida aumentaron, sintiéndose más vitales para realizar sus actividades diarias, consiguiendo así, un adecuado bienestar general y equiparándose a la población sana.

PFB04 ¿CONOCEN NUESTROS HIPERTENSOS SUS CIFRAS OBJETIVO DE PRESIÓN ARTERIAL?

Autores: Martínez Navarro A¹; Martínez Navarro MA¹; Navarro Oliver AF¹; Rivas Báez JA¹; Lidón Cerezuola MB²; Ruiz Merino G³; Lorenzo Robles M¹; Viguera Lorente MD¹; Hernández Lapaz F¹; Nicolás Viguera AB⁴; Leal Hernández M¹; Abellán Alemán J¹

1 Centro de Salud San Andrés. Universidad Católica de Murcia

2 Universidad Católica de Murcia

3 FFIS Murcia

4 Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Analizar el nivel de conocimiento teórico de los objetivos de control de los factores de riesgo cardiovascular en nuestros pacientes hipertensos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional transversal descriptivo, mediante encuesta de 23 ítems, donde se incluyen variables, como edad, sexo, antecedentes de diabetes, dislipemia, daño de órgano diana o enfermedad cardiovascular y conocimiento de los objetivos de control de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, tabaco, índice de masa corporal, hemoglobina glicada, perímetro de cintura y LDL colesterol). La muestra objeto de estudio está compuesta por 100 hipertensos esenciales.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos muestran que el 52% de la muestra seleccionada son varones. La edad media de la muestra seleccionada fue de 64,9 ± 8,2 años. La presión arterial media fue de 132,5 ± 16,3 / 78,21 ± 9,3 mm Hg. El índice de masa corporal medio fue de 28,76 ± 8,2 kg/m². Respecto al conocimiento de los valores objetivo de buen control de los diferentes factores de riesgo, se obtuvo que el 78% decía conocer las cifras objetivo de presión arterial. De ellos el 38% indicó la cifra correcta (PA Sistólica ≤ 140 mm Hg y diastólica ≤ 80 mm Hg), el 21% indicó una cifra superior a la correcta y el 41% inferior. Respecto al consumo de tabaco el 76% conocía el objetivo (ningún cigarrillo). En cambio el objetivo de control del peso (índice de masa corporal ≤ 25 kg/m²), diabetes (Hb glicada ≤ 6,5%) o LDL-colesterol (≤ 100 mg/dl) solo era conocido por el 8% de los pacientes. La recomendación sobre el perímetro de cintura (≤ 102 en varones y ≤ 88 en mujeres) no es conocida por ningún paciente.

CONCLUSIONES

El grado de conocimiento de los objetivos de control de la hipertensión y factores de riesgo cardiovascular relacionados es muy deficiente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y transversal de los resultados obtenidos con el cuestionario de salud SF-36 y de un cuestionario de satisfacción elaborado para tal fin, que se entregó a los pacientes que asistieron a los talleres derivados desde hospitalización en el momento del alta o bien remitidos desde consultas externas.

RESULTADOS

A lo largo de 2013 se impartieron 7 talleres con un total 68 pacientes. Solamente se recogieron datos de los últimos 4 talleres. El 85% varones. El grupo de edad predominante fue el de más 55 años (81%). Solamente el 15% consideró que su salud era excelente. El 60%, debido a su salud física, realizó menos actividades cotidianas, no considerando los problemas emocionales como limitantes. El 92% confirmó que los conocimientos adquiridos eran aplicables a su vida diaria. El grado de satisfacción fue alto (96%).

CONCLUSIONES

La educación para la salud aumenta la percepción de la calidad de vida y de los cuidados enfermeros que proporcionamos a nuestros pacientes. Hacer partícipe a los cuidadores de nuestros pacientes en los talleres impartidos aumentó el grado de satisfacción y el conocimiento de su proceso de salud.

PFB06 CAMINANDO CUIDAMOS TU SALUD

Autores: Palzón Candel N¹; Frapolli Gómez G¹; Mena Molina MS¹; Muñoz Gallego CDP¹; Alegría Pellicer A¹; Leal Llopis J²; Moreno Pina JP²

1 Centro de Salud Murcia-Centro San Juan

2 Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Evaluar un programa de fomento de la actividad física y consejo dietético con el fin de disminuir el riesgo cardiovascular en pacientes pluripatológicos.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo un programa de fomento de la actividad física y consejo dietético en consulta de enfermería. Se incluyeron pacientes pluripatológicos, sedentarios y que pudieran realizar actividad física moderada. El programa consistió en la realización de actividad física durante 40 minutos 4 días a la semana desde junio de 2013 a enero de 2014. Las variables que se midieron en los pacientes al inicio y al final del programa fueron la frecuencia cardiaca, la tensión arterial sistólica y diastólica, peso, índice de masa corporal y perímetro abdominal. También se evaluó la percepción de los usuarios en relación a su estado de la salud. Los datos se evaluaron con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 19 pacientes que cumplieron el programa en su totalidad. La edad media fue de 67,95 años, siendo mujeres 63,2%. La frecuencia cardiaca media inicial fue de 79,53 pulsaciones por minuto y la final de 76,53. La tensión arterial sistólica media pasó de 136,63 a 125,79. La tensión arterial diastólica de 80,42 a 75,32 mmHg. El peso corporal medio pasó de 77,6 kg a 75,16 kg y el índice de masa corporal de 30,14 a 29,12. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (p<0,05). Las percepciones de los usuarios sobre su estado de salud al finalizar el programa, fueron valoradas como "mucho mejor" o "algo mejor" por encima del 90%.

CONCLUSIONES

Podemos afirmar que un programa de actividad física moderada y la intervención dietética en consulta enfermera ha disminuido el riesgo cardiovascular de estos usuarios, evidenciado la importancia de este tipo de intervenciones. La percepción del estado de salud ha sido muy buena.

PÓSTERS FÓRUM. JUEVES 8, 12.30-13.30 h (SALA B)

PFB05 PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA TRAS UN TALLER DISEÑADO POR ENFERMERÍA.

Autores: Sánchez Moyano M; Berral Baeza T; Mengibar Pareja V; Roldán López R; Herruzo Baltanas F; Simoni Pedrera R; Arroyo Morón F; Luque Serrano L; Muñoz Villareal AB; Cepas Sosa A

Hospital General Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad crónica, progresiva en ocasiones irreversible que puede provocar una amenaza en la estabilidad del paciente y la familia. El control de los síntomas y el autocuidado son determinantes para un buen pronóstico y mejora en la calidad de vida del paciente. Con este fin, en el año 2013 enfermería diseñó talleres para estos pacientes y sus cuidadores.

OBJETIVO

Conocer la percepción del estado de salud física y emocional de los pacientes y el grado de satisfacción, tras la asistencia a estos talleres acompañados por sus cuidadores.

PFB07 MANEJO SEGURO DE LA MEDICACIÓN EN UNA UNIDAD CORONARIA

Autores: Campo Iraeta Z¹; De Ríos Briz N¹; Redondo Oseguí A¹; De Pablo Yagüe M¹; Sandoñis Ruiz LM¹; Gómez López F¹; Bañuelos San José MA¹; Etxebarria Izquierdo EJ²; López Gorostidi N³

1 Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Vizcaya

2 Hospital Corachan. Barcelona

3 IMQ

INTRODUCCIÓN

La unidad coronaria es un área especialmente equipada del hospital diseñada para el tratamiento de pacientes con trastornos cardiacos graves que pueden amenazar la vida del paciente. En dichas unidades, se hace imprescindible una enfermería altamente cualificada que conozca y maneje con seguridad los fármacos utilizados habitualmente.

OBJETIVOS

Formar al personal de enfermería de nueva incorporación en el manejo de los fármacos de uso más frecuente en nuestra unidad. Mejorar la seguridad del paciente evitando eventos adversos relacionados con la administración de medicación. Crear una guía gráfica que sirva de orientación para todo el personal.

MATERIAL Y MÉTODO

Mediante una revisión bibliográfica. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología (SEC). Utilización del póster como guía de consulta y formativa.

RESULTADOS

Se elaboró una guía gráfica que describe las características de los fármacos de uso habitual en la unidad. Se colocó en un lugar estratégico al lado del sistema automatizado dispensador de fármacos. Se incluyeron los siguientes grupos de fármacos: antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes, fibrinolíticos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, nitratos, hipolipemiantes, B-bloqueantes, calcioantagonistas, otros antiarrítmicos. El nivel de satisfacción del personal de nueva incorporación con el manejo de la guía farmacológica, fue muy alto. Existe una correlación estadísticamente significativa entre la formación del personal de nueva incorporación y la disminución de los errores relacionados con la medicación de uso habitual en nuestra unidad.

CONCLUSIONES

El póster con la guía farmacológica de consulta, constituye una importante herramienta para la formación del personal de nueva incorporación. Aumentar la seguridad y confianza del personal en el sistema de utilización de estos medicamentos nos ha permitido minimizar los eventos adversos asociados a la administración de estos fármacos, y por consiguiente, mejorar la seguridad de nuestros pacientes.

PFB08 TPN. LA PARTE POSITIVA DE LA PRESIÓN NEGATIVA

Autores: Zuloaga Quiroga P; Cousillas Corrales A; Miguélez González N
Hospital Universitario de Basurto. Bilbao

INTRODUCCIÓN

La infección profunda de herida quirúrgica tras cirugía extracorpórea es una complicación poco frecuente (1-5%). A pesar de los avances antibióticos y de las diversas estrategias de manejo terapéutico disponibles (desbridamiento, lavados mediantes, curas húmedas, reconstrucción con músculos pectorales), continúa teniendo una alta mortalidad (≈30%). La terapia con presión negativa (TPN) o VAC (vacuum assisted closure) es una técnica terapéutica no invasiva que promueve la cicatrización de heridas mediante la aplicación de presión subatmosférica o vacío en un medio estéril, húmedo y cerrado.

OBJETIVOS

Establecer una guía para el manejo adecuado del sistema de TPN. Unificar pautas de actuación que optimicen la atención enfermera.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de la evidencia científica en diferentes bases de datos: Medline, Cinhal, Cuiden, Biblioteca Cochrane, PubMed. Consulta de los manuales disponibles. Análisis de la propia experiencia asistencial.

RESULTADOS

Elaboración de un póster en el se detalla el mecanismo de acción, la descripción del sistema (componentes y montaje), los cuidados e intervenciones de enfermería: información al paciente, cuidados previos a la puesta en marcha del sistema, verificación de las conexiones, cuantificación del drenaje, precaución ante signos de alarma. Los beneficios del sistema VAC se refieren al control de los síntomas del paciente (disminución de la analgesia y antibioterapia), mejoría de la calidad de vida del paciente, permitiendo la deambulación precoz mediante el sistema portátil, disminución de la frecuencia de las curas por parte de la enfermería, reducción del tiempo de hospitalización, disminución de la morbimortalidad, evitando en muchos casos la necesidad de nuevos procedimientos quirúrgicos, y reduciendo del coste económico.

CONCLUSIONES

El sistema VAC es un método seguro y efectivo, con escasas complicaciones y con múltiples beneficios en comparación con las terapias convencionales. La aplicación del sistema VAC supone un avance en la administración de cuidados de calidad.

PÓSTERS FÓRUM. JUEVES 8, 12.30-13.30 h (SALA C)**PFC01 EVALUACIÓN DE LA FRAGILIDAD EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA CANDIDATOS A CIRUGÍA DE RECAMBIO VALVULAR**

Autores: Melero Lacasia A.
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La fragilidad es un concepto emergente en la clínica asistencial, que todavía queda por ser explorado en el caso de la cirugía cardiaca. Recientes estudios han demostrado que la fragilidad es asociable a todas las edades, y su evaluación es predictora del comportamiento del paciente ante una determinada intervención. Conocer la fragilidad de los pacientes antes de la intervención de cirugía de recambio valvular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluó la fragilidad en 45 pacientes entre mayo y diciembre de 2013. Las herramientas utilizadas fueron el test de caminata de 6 minutos, índice de Katz, fortaleza de extremidades superiores y cuestionario SF-12 para la calidad de vida.

RESULTADOS

Del total de pacientes evaluados, un 49% manifiesta criterios de fragilidad. El 99% de los pacientes frágiles eran mayores de 65 años. En cuanto a la calidad de vida, el 33% que cumplen criterios de fragilidad manifiestan una calidad de vida "regular" y un 33% "buena", siendo por el contrario, el 57% de los pacientes no frágiles percibida "buena". La estancia media fue 1,5 días superior en pacientes frágiles. Existe correlación entre la fragilidad asociada a una edad mayor, peor calidad de vida y mayor tiempo de hospitalización tras la cirugía.

CONCLUSIONES

El estudio en la fragilidad del paciente es pionero en el área de cardiología y cirugía cardiaca en cuanto a la medición y seguimiento en pacientes sometidos a cirugía de recambio valvular aórtico. Los resultados confirman diferencias entre los pacientes calificados como "frágiles" y, por tanto, se requiere valorar esta vulnerabilidad frente a una intervención de tal calibre como lo es una operación extracorpórea con todas sus repercusiones.

PFC02 EVOLUCIÓN DE LAS HERIDAS DE MP O DAI CON APÓSITOS DE PLATA IÓNICA. VENTAJAS AÑADIDAS

Autores: López Costas M; Gracia Ródenas MR; Madrid Muñoz E; Pérez Martínez MT; Baños Sánchez A; Fernández Redondo MC
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Para la cicatrización de heridas quirúrgicas, tan importantes son las suturas como los apósitos que proporcionan apoyo físico y protección ante la contaminación bacteriana. Las complicaciones propias de la intervención, sumadas a las de manipulación de la herida, pueden aumentar el tiempo de enfermería y las visitas a primaria por el paciente y retrasar la cicatrización. Así, contar con un buen dispositivo oclusivo, podría evitar todo ello sin verse mermada la calidad de los cuidados. Conocer las ventajas de los apósitos hidrocoloides en fibra con plata iónica en nuestra población de estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal, mediante encuesta telefónica a pacientes con implante de DAI o MP y tratados con apósitos hidrocoloides de plata iónica. Se recogieron variables relacionadas con la intervención, FRCV, la evolución de la herida y el grado de satisfacción en relación a ello. El paciente y enfermera de primaria recibieron normas de actuación referentes al estado y manejo de la herida.

RESULTADOS

Se analizaron 141 pacientes (67% hombres, edad 66±16 años, 30% diabéticos, 61% MP, 39% DAI). Los pacientes llevaron el apósito



una media de 8±2 días. Suturas con puntos reabsorbibles el 77%, con seda el 21% y con grapas el 2%. En ninguno de los pacientes se observó sangrado, alergias o despegado del apósito. Tan solo un 2% presentó hematoma, el 1% tuvo infección. La relación entre diabetes y hematoma/infección no es significativa ($p=0,513$ y $p=254$ respectivamente). El 100% de los encuestados mostró su satisfacción.

CONCLUSIONES

En general, se respetaron los tiempos recomendados para el manejo de este tipo de apósitos (7 días) reduciendo el tiempo de enfermería, descendiendo hasta un tercio las visitas al CS y siendo satisfactoria la evolución de esta hasta la curación con un mínimo de complicaciones y consiguiendo con ello la satisfacción del 100% de los usuarios.

OPTA A PREMIO

PFC03 CALIDAD DE VIDA Y PREOCUPACIONES DE PACIENTES CON DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

Autores: Ramos González-Serna A; Mateos García MD; Asián Cordero A; García Rojas A

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

La indicación del implante de un desfibrilador automático es amplia, encontramos pacientes con enfermedad cardiaca severa, y otros con riesgo de arritmias malignas por alteraciones genéticas prácticamente asintomáticos, esto puede suponer modificaciones en el estilo de vida. Las preocupaciones por los cuidados a seguir o las sensaciones tras el implante, los miedos e inseguridades que plantean estos pacientes son un reto importante para la enfermera que los atiende. Conocer estos aspectos y cómo el dispositivo influye en su calidad de vida es necesario para abordar su cuidado desde una perspectiva holística.

OBJETIVO

Conocer la calidad de vida y preocupaciones de pacientes con desfibrilador implantable. Analizar diferencias respecto al sexo, edad, motivo de implante y existencia de descargas del dispositivo.

METODOLOGÍA

Estudio transversal y descriptivo de 32 pacientes que acudieron a la consulta de arritmias y cumplían los criterios de inclusión contestaron a un cuestionario elaborado para este fin. Las variables de estudio han sido: sociodemográficas, relacionadas con la patología: enfermedades previas, motivo del implante, tiempo transcurrido desde el mismo y existencia de descargas, valor EuroQol 5D, valor del 10-ítem Implantable Cardioverter Defibrillator Quality of Life y valor del ICD Patient Concerns Questionnaire.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes son varones con 62 años de edad media, casados, con estudios primarios y jubilados. Además presentan una buena calidad de vida. Las principales preocupaciones son el fallo del dispositivo y el dolor asociado a la descarga. Los hombres presentan mayor control sobre los problemas cardiacos y mayor seguridad que las mujeres. Los jóvenes tienen un índice mayor de preocupaciones y disminución en la capacidad de ocio.

CONCLUSIONES

Los pacientes que han sufrido descargas presentan mayor índice de preocupaciones, aunque continúan teniendo buena calidad de vida. Presentan peor calidad de vida aquellos pacientes cuyo motivo de implante ha sido por resincronización.

PÓSTERS FÓRUM. JUEVES 8, 12.30-13.30 h (SALA C)

PFC04 ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS CIRCUITOS ASISTENCIALES EN PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

Autores: Herrera Álvarez C; Sánchez Hernández EM; Martínez Gómez MA; García Mosquera VA; Guillén Goberna P; Argibay Pytiik V; Mogollón Cardero P; Lago Celada I; Martínez Pérez M; Rey Acuña H; Jiménez Díaz VA

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La angioplastia primaria constituye el tratamiento de reperfusión coronaria de elección en los pacientes con infarto del miocardio con elevación del ST (IAMCEST). Su aplicación sin retrasos es fundamental, pero existen diferencias en los tiempos de reperfusión coronaria logrados según la vía de acceso al sistema sanitario usada.

MATERIAL Y MÉTODO

Analizamos 228 pacientes con IAMCEST para angioplastia primaria de marzo a diciembre de 2012, mediante registro prospectivo observacional.

RESULTADOS

Edad media 62±14 años, 80% hombres, 25% diabéticos, 52% hipertensos, 46% dislipémicos, 57% fumadores, 11% con antecedente de infarto cardiaco previo, y 13% con angioplastia coronaria previa. El 60% correspondieron al área sanitaria de Vigo, 24% de Pontevedra y 16% de Ourense. El primer contacto más usado fue su hospital de referencia (42,5%), atención continuada (PAC) (36%), y sistema médico de emergencias 061 (SME-061) (21,5%). El 11% solicitó asistencia a domicilio al SME-061. La vía de acceso a hemodinámica más usada fue desde su hospital de referencia (68%), PAC (22%) y 061 (10%). 47 pacientes con 1er contacto el SME-061, 22 (47%) fueron trasladados a hemodinámica, 21 (45%) a su hospital de referencia, 3 (6%) al PAC, y 1 (2%) al PAC y después a su hospital de referencia. La media de tiempo, desde inicio de síntomas al 1er contacto médico fue 109±123 min; desde el 1er contacto médico -reperfusion 134±66 min; síntomas-reperfusion 243±149 min. El menor retraso desde el 1er contacto médico -reperfusion fue el SME-061 (102±37 min), comparado con el acceso vía PAC (115±32 min), o por el hospital de referencia (147±75 min, $p=0,004$).

CONCLUSIONES

Los pacientes con IAMCEST y atención médica inicial mediante el SME-061 mostraron menos retraso en la reperfusión coronaria comparada con las otras vías de acceso al sistema sanitario. La educación sanitaria como los circuitos asistenciales ante el IAMCEST al personal sanitario son necesarios para mejorar los tiempos de isquemia-reperfusion.

PFC05 INFLUENCIA DE UN EVENTO CORONARIO EN LA CALIDAD DE VIDA Y LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE NUESTROS PACIENTES

Autores: Recuerda Casado C; López Moyano G; Rus Mansilla C; Ruiz Bernal E; Cortez Quiroga GA; Durán Torralbo MC; Toledano Casado F; Delgado Moreno M; Rustarazo Franco Y

Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La calidad de vida, el estado de ánimo y la reincorporación al trabajo son aspectos importantes a valorar en pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo. Evaluar el impacto que ha tenido un evento coronario en la calidad de vida y en el estado de ánimo. Valoración de los aspectos sociolaborales.

MATERIAL Y MÉTODO

En la unidad de rehabilitación cardiaca se realiza valoración de enfermería al mes del evento y se elabora un plan de cuidados individualizado. Además se realiza valoración mediante el cuestionario para determinar la calidad de vida en el paciente posinfarto Velasco del Barrio y el test para el cribado de la depresión-ansiedad de Goldberg.

RESULTADOS

Incluimos 103 pacientes que ingresaron por síndrome coronario agudo. La edad media fue de 55,9±9,55 años, hombres el 87,4%. En el cuestionario de calidad de vida de Velasco del Barrio al mes del episodio, la media fue de 94,26±36,74. Al inicio el test de ansiedad-depresión de Goldberg la media de la puntuación para la ansiedad fue de 3,23±3,15 y para la depresión la media de la puntuación fue de 2,54±2,64. El 42% tienen ansiedad y el 52,6% depresión. La situación laboral de nuestros pacientes es 25,5% jubilado, 19% parado, 11,5% activo y el 44% de baja laboral.

CONCLUSIONES

Tras un evento coronario la situación de desempleo es elevada y las bajas laborales frecuentes. Gran número de pacientes acuden con ansiedad y depresión percibiendo un detrimento en su calidad de vida. En la URHC sería conveniente apoyar a los pacientes con terapias psicológicas específicas.

PFC06 INTERVENCIÓN EN LOS ESTILOS DE VIDA: UNA OPORTUNIDAD EN EL DÍA MUNDIAL DEL CORAZÓN

Autores: Hernández Hernández I; Iniesta Sánchez J; Hernández Castellón CM; Ramón Carbonell M; Martínez Hernández M; Areitio Yugueros C; Carrión Tortosa F; Ruiz Angulo C
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica tiene una etiología diversa pero su prevención secundaria está basada en el control de los factores de riesgo cardiovascular. Estos tienden a aparecer simultáneamente con efecto sinérgico. La Guía europea de prevención cardiovascular (2008) dice "la eficacia de las intervenciones preventivas es mayor cuanto mayor es el riesgo cardiovascular absoluto del individuo". El estudio DINO2002 (ámbito regional) demostró que en nuestra comunidad el 5% de la población adulta no tenía factores de riesgo y el 48% presentaba 3 ó más. Desde la enfermería de rehabilitación cardiaca y prevención secundaria de un hospital se organizó un punto divulgativo de información en factores de riesgo cardiovascular en una ciudad de 350.000 habitantes.

OBJETIVO

Siguiendo el Programa integral de atención a la cardiopatía isquémica (2010-2013) de nuestra región, se quiso aprovechar el contacto entre la población y el sistema sanitario que suponía este acto, para realizar una medición de la incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población general.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal mediante una encuesta ad hoc. Programa SPSS v 19, las variables cuantitativas mediante media y desviación estándar, y las cualitativas con frecuencias y porcentajes. Para la comparación de variables se utilizó la X².

RESULTADOS

Se realizaron 214 cuestionarios. El 61% eran mujeres. La edad media era de 54 (± 19) años. El 36,4% padecía HTA, el 15% diabetes, el 32,7% dislipemia, el 44,9% presentaba antecedentes familiares, el 20,1% eran fumadores activos, el 67,7% tenía sobrepeso u obesidad, el 76,25% manifestaba realizar actividad física, el 67,6% desconocía la existencia de aceites vegetales perjudiciales para la salud.

CONCLUSIONES

La herencia genética afecta casi 50% de la población siendo manifestado más por las mujeres. Solo uno de cada cuatro menores de 60 años conoce los aceites vegetales perjudiciales para la salud. Dos cuartos de la población opta por la caminata como actividad física. El 41% abandonó el tabaco tras la ley 28/2005 antitabaco.

PÓSTERS FÓRUM. JUEVES 8, 12.30-13.30 h (SALA C)

PFC07 PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADULTOS JÓVENES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Autores: Gómez Jiménez MP; Delgado Pacheco J
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La enfermedad cardiovascular aterotrombótica es una de las principales causas de mortalidad en el mundo. Los pacientes adultos jóvenes diagnosticados de infarto agudo de miocardio tienen un perfil de riesgo cardiovascular diferente al de la población adulta mayor. Analizar cuáles son los factores de riesgo de mayor prevalencia, entre la población adulta menor de 45 años, diagnosticados de infarto agudo de miocardio, incluidos en un programa de rehabilitación cardiaca.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal de pacientes con infarto agudo de miocardio con edad inferior a 45 años. La muestra fueron 48 pacientes sobre un total de 476, lo cual representa el 10% de la población que acude al programa de rehabilitación cardiaca. La edad media es de 41+/- 3 años. Se estudiaron factores de riesgo como: tabaquismo, obesidad, dislipemia, hipertensión, estrés, ansiedad, diabetes, así como antecedentes familiares, consumo de sustancias tóxicas, situación laboral y social de los pacientes.

RESULTADOS

A través de este estudio se ha comprobado que la prevalencia de los factores de riesgo varía respecto a la del adulto mayor, siendo más prevalente el tabaquismo con un 63,6% seguida de la hipertensión 36,3%, dislipemia un 35%, hipertrigliceridemia un 33% y 10% de diabetes. Especial atención a la obesidad con un 31,91% y sobrepeso 21,27%. Un 40,42% de la muestra sufre trastorno ansioso depresivo y el estrés laboral es un factor condicionante en el 21,27% de dichos sujetos. El 36,17% de la muestra estudiada presenta antecedentes familiares de cardiopatía isquémica.

CONCLUSIONES

La etiología de la enfermedad cardiovascular es multifactorial, siendo imprescindible un abordaje terapéutico preventivo para incidir sobre los factores de riesgo entre adultos jóvenes, aunque no menos importante será fomentar entre el personal sanitario del equipo multidisciplinar el interés por la prevención secundaria que permita la rehabilitación integral del paciente, tras el evento coronario.

PFC08 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA: ANÁLISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

Autores: Avilés Albizu JM; Pinar Bermúdez E; Rodríguez Martín-Gil B; Reche Mañas A; Sánchez Guirao A; Villa Vázquez C; Gracia Ródenas MR; Fernández Redondo MC; Valdés Chávarri M

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El paciente sometido a cateterismo cardiaco puede experimentar sensaciones como temor, ansiedad y/o molestias derivadas del procedimiento. La asistencia cada vez más científica técnica puede llevarnos a olvidar aspectos relacionados con el bienestar y seguridad del paciente; el personal de enfermería debe orientar sus cuidados a mitigar el malestar físico y psicológico derivado del cateterismo cardiaco. Conocer la percepción de calidad de los pacientes sobre la asistencia recibida durante el proceso del cateterismo cardiaco.

METODOLOGÍA

Estudio observacional prospectivo desde octubre de 2013 a enero de 2014. Se incluyeron los pacientes sometidos a cateterismo cardiaco de nuestro hospital y los procedentes de otros hospitales que ingresaron en nuestra unidad durante al menos 24 h. Se diseñó un cuestionario con 13 ítems (escala de 0 a 5) agrupados en 3 dimensiones: antes, durante y después del procedimiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 162 pacientes, el 67,28% varones, la edad media de 68 \pm 10 años. Antes del procedimiento, la información recibida fue valorada como mala (1,8%), regular (5,5%) y buena (90%). Un 34,5% llegó muy nervioso al procedimiento, el 17,3% regular y el 48,1% consideran que llegaron tranquilos. El procedimiento fue bien tolerado por el 66,6% de los pacientes, regular por el 18,5% y resultó bastante molesto a un 14,8% de ellos. Después del procedimiento, la estancia en planta fue valorada negativamente por un 3%, regular por el 9,2% y positivamente por el 87,6%. El 94% valoró positivamente el trato recibido por parte del personal de enfermería en planta. El 16% experimentó molestias derivadas del procedimiento.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los pacientes consideran adecuado el trato recibido durante todo el proceso. La ansiedad con la que llegan está presente en un tercio de la muestra, lo que demuestra la importancia de tener en cuenta todos los aspectos relacionados con la enfermedad para optimizar la calidad asistencial y aumentar la satisfacción del paciente.

PFC09 TAQUIARRITMIAS: EPIDEMIOLOGÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Autores: Sánchez García AB; Hernández Hernández I; Pérez Alonso N; Alcázar Belchi MQ; Pardo Romera L; López Pérez L; Pascual Muñoz MD; Sánchez Nicolás JA

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN

Las taquiarritmias se definen como las frecuencias cardiacas superiores a 100 lpm. Esta patología es frecuente en los servicios de



urgencias donde debe observarse y revertirse el ritmo si fuera preciso. El tratamiento varía según el diagnóstico de taquiarritmia inicial y la estabilidad hemodinámica.

OBJETIVOS

Conocer la descripción epidemiológica de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias de un hospital terciario y son atendidos en la sala de emergencias por su inestabilidad hemodinámica. Obtener los índices de ingresos hospitalarios por esta causa.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo basado en las historias clínicas durante los meses de enero a junio de 2013. Se recogieron datos sociodemográficos de los pacientes, constantes vitales, farmacología y datos estadísticos de sus estancias hospitalarias. El análisis de datos posterior fue realizado mediante Excel 2007.

RESULTADOS

Se registraron 168 casos. Edad media: 67 años. El 58,92% padecía hipertensión, el 25% diabetes, el 33,33% dislipemia, el 29,76% fibrilación auricular anterior, el 13,09% otras arritmias, el 6,54% asma. El 24,5% padecía solo una enfermedad, el 25,5% padecía dos enfermedades y el 17,85% tres o más. El 45,81% volvió por otro episodio en menos de un año. Por taquicardia supraventricular acudieron un 30,59% de los pacientes y el 49,41% por origen auricular. El 50,60% de los casos de taquiarritmia inicial precisó tratamiento: el 24,70% choque eléctrico, el 45,88% fármacos y 29,41% combinación de ambos. El tiempo de estancia medio fue de 9,51 minutos en el servicio de urgencias. El 68,86% fue dado de alta a domicilio desde urgencias.

CONCLUSIONES

Destacan la edad y padecer otras enfermedades concomitantes como factores predictores. En las taquiarritmias de diagnóstico inicial el 49,4% no precisó tratamiento cardioversor de ningún tipo. Limitaciones: falta de homogeneidad en el tratamiento por la actuación de personal diverso, sesgos en la metodología retrospectiva que hace difícil la comparación

PFC10 MEDIDA SISTEMÁTICA DEL ÍNDICE TOBILLO BRAZO MEDIANTE OSCILOMETRÍA EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO

Autores: De la Torre Merelles B; Lacarcel Rodríguez P; Hernández Roca L; Vinuesa De Haro AB; Laveda López P; Cambronero Sánchez F

Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Mostrar los resultados de la medida del índice tobillo brazo (ITB) mediante el método oscilométrico en una población de pacientes ingresados por dolor torácico.

METODOLOGÍA

Incluimos 136 pacientes ingresados por dolor torácico. Se obtuvo información demográfica, factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades de cada paciente. Se utilizó el dispositivo WatchBP office ABI. Se realizó la medida de la presión en los miembros superiores e inferiores con manguitos de presión apropiados para el tamaño de brazos y piernas. Se obtuvo una medida para cada pierna. El test fue considerado positivo cuando el ABI era inferior a 0,9 o superior a 1,3. Se dividieron los pacientes en dos grupos: uno con ITB normal (control) y el otro con uno o los dos ITB patológicos (patológico). Se midió el tiempo desde el inicio del procedimiento hasta el fin.

RESULTADOS

El porcentaje de pacientes con, al menos, una medida patológica de ITB fue de 32,8% (11,2% tenían ambos miembros inferiores afectados). El tiempo de la toma del ITB fue de 615 (SD 152,6) segundos. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular fue alta (HTA 77,9%, DM 33,6%, DLP 51,2%, hábito tabáquico 28,2%). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos excepto en el IMC ($p=0,021$). La presencia de pulsos pedios patológicos mediante la exploración física (asimétricos o débiles) fue más frecuente en los pacientes con ITB alterado de forma estadísticamente significativa ($p=0,012$). La existencia de MACE a un año no fue diferente entre los paciente con ITB patológico y los normales.

CONCLUSIÓN

La medida de ITB mediante el método oscilométrico es viable y sencilla de realizar en la planta de cardiología sin que suponga un gasto importante de tiempo. No hay necesidad de un entrenamiento intensivo para su correcta realización. En nuestra población no hay diferencia de MACE entre los pacientes con ITB patológico y normal.

PÓSTERS FÓRUM. JUEVES 8, 17.30-18.30 h (SALA C)

PFC11 EVOLUCIÓN DEL PACIENTE TRATADO CON EL NUEVO STENT BIOABSORBIBLE LIBERADOR DE EVEROLIMUS

Autores: Rodríguez Martín-Gil B; Hurtado Martínez J; Gracia Ródenas MR; Zaragoza Cabrera R; Villa Vázquez C; Avilés Albizu JM; Pérez Martínez MT; Fernández Redondo MC; Valdés Chávarri M

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La progresión de la enfermedad coronaria en pacientes previamente revascularizados con *stents* metálicos, puede comprometer tratamientos posteriores. Recientes estudios han demostrado resultados clínicos favorables de los *stents* bioabsorbibles liberadores de everolimus (SBLE) en la enfermedad coronaria estable, ya que al reabsorberse, dejan el vaso libre para nuevos intervencionismos. Analizar la eficacia e incidencia de complicaciones en los pacientes tratados con *stents* reabsorbibles en el seno de un síndrome coronario agudo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo de pacientes ingresados con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST). Se realizó un seguimiento clínico y telefónico por enfermería, de los pacientes, al mes y a los 6 meses del implante del *stent* reabsorbible.

RESULTADOS

Se evaluaron 53 pacientes ingresados con IAMCEST tratados con angioplastia coronaria percutánea, en los que se indicó implante de un *stent* reabsorbible. Se reperfundieron con angioplastia primaria 37 (70%), tras trombolisis en 11 (21%) y en 5 (9%) se realizó el intervencionismo tras las primeras 24 h de evolución. La edad media fue 55 ± 14 , diabéticos 12 (23%) y la arteria responsable fue la descendente anterior en 24 (45%). Presentaron oclusión completa de la arteria responsable 30 (57%). Se logró un implante exitoso en 52 (98%). Se logró un flujo TIMI II-III en todos los pacientes. Durante el ingreso se produjo un episodio de revascularización de la lesión diana (2%) por oclusión de un ramo secundario y un fallecimiento por causa no cardíaca. Durante un seguimiento mediano de 6,5 meses un paciente falleció por insuficiencia cardíaca. No se observaron reestenosis ni trombosis definitiva de *stent* durante el seguimiento.

CONCLUSIONES

En estos pacientes con IAMCEST el tratamiento con *stents* reabsorbibles fue exitoso, y con un bajo porcentaje de eventos adversos relacionados con el implante del dispositivo, ni durante el intervencionismo y/o ingreso, ni en el seguimiento posterior.

PFC12 GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ESH/ESC 2013 PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN. NUEVOS ASPECTOS Y SU INFLUENCIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Martín Martín MA¹; Oyanguren Artola J²

1 Centro de Salud de San Ignacio. Bilbao. Vizcaya

2 Centro Salud Basauri-Ariz. Vizcaya

INTRODUCCION Y OBJETIVO

La hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) que si no está controlado puede contribuir al daño de órganos vitales: corazón (cardiopatía hipertensiva, infarto, fibrilación auricular, y posteriormente a IC) cerebro, (accidentes cerebrovasculares), riñón, corazón, grandes arterias. Cuando coexiste con otros FRCV se potencian mutuamente. Analizar la repercusión en consulta de enfermería de atención primaria de las nuevas guías de HTA.

METODOLOGÍA

Se revisan en las GPC de HTA 2013: escalas de riesgo, factores modificadores del RCV, modo de medición de PA, objetivos de PA, valoración del daño orgánico, detección precoz de la fibrilación auricular, la utilización del índice tobillo brazo (ITB), el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Se compararon con los Nursing Interventions Classification (NIC) y con la estandarización de práctica habitual.

RESULTADOS

Se recomienda el abordaje y cálculo integral del RCV mediante la incorporación de la escala SCORE, el objetivo de PA< 140/90 (excepto diabetes *mellitus* y ancianos); valoración del daño orgánico: I. Sokolow, detección precoz de fibrilación auricular mediante irregularidad del pulso, el índice tobillo brazo, control analítico y seguimiento en equipo multidisciplinar. Se mantienen recomendaciones farmacológicas y de estilos de vida. La mayoría de estas funciones se reflejan en los NIC: 6680 monitorización de signos vitales; 4046 cuidados cardiacos rehabilitación; 7690 interpretar datos de laboratorio; 2395 control de medicación.; 4062 cuidados circulatorios.

CONCLUSIÓN

En comparación con la práctica clínica actual de la enfermera de primaria destacamos: la utilización del SCORE y la valoración de daño orgánico. Persiste la necesidad de control de adherencia, de efectos de fármacos y abordar estilos de vida.

OPTA A PREMIO**PFC13 PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ISQUEMIA EN PACIENTES PORTADORES DE BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAAÓRTICO**

Autores: Roca Canzobre SM; Rossi López M; Pereira Ferreiro A; Seoane Pardo N; Pérez Taboada MA

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En los últimos años los dispositivos de asistencia ventricular han ido evolucionando cada vez más, aportando mayor soporte en situaciones de inestabilidad hemodinámica o shock, pero el balón de contrapulsación intraaórtico continúa siendo el más utilizado. A pesar de ser el menos traumático e invasivo, no está exento de riesgos, siendo el de mayor incidencia la isquemia de miembros inferiores. Por ello, nos planteamos como objetivo plasmar en un póster la valoración en todo paciente portador de dicho dispositivo de los signos y síntomas de isquemia que el personal de enfermería debe conocer.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se creó un grupo de trabajo que revisó las historias clínicas de los pacientes portadores de balón de contrapulsación intraaórtico en nuestra unidad de cuidados intensivos cardiacos durante el año 2013, analizando los registros y comentarios de enfermería en relación con la valoración de la isquemia según los protocolos existentes en la unidad. Se realizó también una amplia revisión bibliográfica, contrastando los hallazgos de los distintos estudios consultados con nuestra experiencia.

RESULTADOS

Elaboración de un póster que muestre las pautas de actuación a seguir para prevenir y controlar la isquemia en pacientes portadores de balón de contrapulsación intraaórtico, en un formato visible y accesible a todo el personal de enfermería.

CONCLUSIONES

La incidencia de isquemia en pacientes portadores de balón de contrapulsación intraaórtico es baja según la bibliografía consultada, y así lo hemos contrastado con nuestra práctica clínica. El póster promoverá la unificación de criterios, facilitando el trabajo y mejorando la calidad asistencial.

PÓSTERS FÓRUM. JUEVES 8, 17.30-18.30 h (SALA C)**PFC14 EPIDEMIOLOGÍA DE LAS TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO**

Autores: Sánchez Nicolás JA; Pascual Muñoz MD; López Pérez L; Pardo Romera L; Alcázar Belchi MQ; Pérez Alonso N; Hernández Hernández I; Sánchez García AB

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN

Las taquicardias supraventriculares, son de los motivos de consulta médica más frecuente en servicios de urgencias. Son episodios de comienzo y fin brusco, que alteran la estabilidad hemodinámica del paciente. Son tratados y revertidos con carácter de emergencia. El

tratamiento comienza por las maniobras vágales y si hay fracaso, uso de fármacos.

OBJETIVOS

Conocer las características epidemiológicas de los pacientes que acuden a urgencias diagnosticados inicialmente de taquiarritmia. Conocer el uso de fármacos en el tratamiento inicial.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo durante 6 meses. Se recogieron datos sociodemográficos, patologías previas, constantes vitales, fármacos administrados y datos estadísticos de las estancias hospitalarias. El análisis de datos fue realizado mediante Excel 2007.

RESULTADOS

Se estudiaron 168 casos. Edad media: 67 años. El 17,85% padecía tres o más enfermedades concomitantes, el 29,9% dos o menos. De estos, el 6,54% padecía asma. El 26% había sufrido taquiarritmias con anterioridad, el 12,24% ya estaba diagnosticado de taquicardia supraventricular. De episodios estudiados el 30,59% eran taquicardias supraventriculares. En el 56,26% de las taquiarritmias se usó adenosina como primera elección, verapamilo como segunda en el 27,27% de los casos.

CONCLUSIONES

La medicación utilizada para tratar de revertir a ritmo sinusal es un tema controvertido, hay un alto porcentaje de pacientes que pasa a sinusal sin medicación en las primeras 24 horas. En nuestro estudio se comprobó que el fármaco más utilizado fue la adenosina, ya que se obtiene una reversión más rápida que con los antagonistas del calcio, seguido de amiodarona y flecaínida. La amiodarona es el fármaco más eficaz para el mantenimiento del ritmo sinusal tras la conversión de la FA. Limitaciones: el carácter retrospectivo de la investigación y el sesgo a la hora de efectuar comparaciones con otros estudios controlados y prospectivos.

PFC15 INCIDENCIA DE HERIDAS QUIRÚRGICAS COMPLICADAS DETECTADAS EN LA CONSULTA DE CIRUGÍA CARDIACA

Autores: Alonso Porto MJ; López Caballero MT; Castaño Ruiz M; Martín Gutiérrez E

Complejo Asistencial Universitario de León

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La esternotomía media es la incisión más frecuente en los pacientes sometidos a cirugía cardiaca. Muchos de estos pacientes presentan patología coronaria y han precisado safenectomía. Como todas las heridas quirúrgicas son susceptibles de infecciones y/o dehiscencias. En la consulta de cirugía cardiaca se realiza el seguimiento de los enfermos que presentan estas complicaciones y que pueden tener consecuencias muy graves si no se trata a tiempo. Determinar la incidencia de estos eventos en los enfermos intervenidos en nuestro hospital desde que se inició el servicio de cirugía cardiaca.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio retrospectivo, para el cual se revisaron los expedientes de todos los pacientes intervenidos desde marzo de 2005 hasta diciembre de 2013. También se consultaron los registros de las curas realizadas en la consulta con el fin de determinar el germen causante en los casos que presentaron infección.

RESULTADOS

Durante el tiempo que duró el estudio se realizaron 3361 esternotomías y 1219 safenectomías. Entre las esternotomías presentaron dehiscencia 23 pacientes, infección superficial 54 y mediastinitis 18. Los gérmenes más frecuentes en la infección superficial fueron: *Staphylococcus aureus* (14), *Staphylococcus epidermidis*, SARM, enterococos, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Escherichia coli*, *Candida albicans*. Los gérmenes más frecuentes en mediastinitis fueron: SARM (7), *Staphylococcus aureus*, *Proteus*. Entre las safenectomías presentaron dehiscencia 55 pacientes e infección 40 pacientes siendo los gérmenes más frecuentes: *Escherichia coli* (9) *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecalis*, *Proteus mirabilis*.

CONCLUSIONES

La infección más grave dentro de estas heridas es la mediastinitis, con una incidencia en nuestro hospital de 0,53% (en España está entre el 1 y el 2%) del total de los pacientes sometidos a esternotomía. La vigilancia estricta de estos pacientes en nuestra consulta ha permitido que las infecciones, ya sean por safenectomía o esternotomía estén bien controladas.



OPTA A PREMIO

PÓSTER 001 LA OBESIDAD ES UN DETERMINANTE MAYOR DE LA DOSIS DE RADIACIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Autores: Botana Arranz B; Fronce de la Ossa N; Jurado Román A; Rodríguez García I; Álvarez Sánchez MI; Aguado Sánchez MSC; Fernández Herranz AI; Montero Álvarez M; Ortiz Blanco I; Álvarez Pérez M; Rabadán Pérez M
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La obesidad es un determinante mayor en la dosis de radiación de los pacientes sometidos a intervencionismo guiado por fluoroscopia. Es frecuente que los pacientes se sometan a varios procedimientos durante su vida por lo que es relevante controlar la radiación recibida en ellos. Nuestro objetivo fue estudiar la correlación entre el IMC y el PDA en pacientes sometidos a ICP primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo de 219 pacientes consecutivos con SCACEST sometidos a ICP primaria desde julio de 2012 a junio de 2013. Calculamos el PDA, el TF, el PDA/min y la duración total de los procedimientos para analizar la correlación entre dosis de radiación recibida y el IMC.

RESULTADOS

La edad media fue de $62,5 \pm 13,8$ años; el 74,4% de los pacientes eran varones. El IMC medio fue $27,6 \pm 4,7$ kg/m² (26,5% obesos y el 43,1% sobrepeso). El 21,8% requirieron un segundo procedimiento. La mediana de PDA fue 64,93 Gyxc² (3-341,1) para procedimientos con una mediana de duración y TF de 50 minutos (7-190) y 9,45 minutos (1,2-59,4) respectivamente. La mediana de PDA/min fue de 6,67 Gyxc² (0,87-98,8). Existía una correlación lineal positiva moderada entre el IMC y el PDA ($r=0,48$; $p<0,0001$) y entre el IMC y el PDA/min ($r=0,47$; $p<0,0001$). Se observó una correlación positiva moderada entre el PDA y el TF ($r=0,57$; $p<0,0001$) y la duración del procedimiento ($r=0,35$; $p<0,0001$). Los pacientes obesos recibieron un mayor PDA ($104,46 \pm 74,32$ vs $64,16 \pm 35,71$ Gyxc²; $p=0,001$) que los no obesos.

CONCLUSIONES

Los pacientes con un mayor IMC reciben mayor radiación durante las ICP primarias. Así, los obesos reciben casi el doble de radiación que los no obesos. La correlación entre el PDA y el IMC es similar a la del PDA con el TF. Deberíamos tener en cuenta esta asociación para prevenir complicaciones derivadas de la radiación.

OPTA A PREMIO

PÓSTER 002 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA DE SOFÍA MURCIA

Autores: Muñoz Guerrero CA; Bonel Torres G; Peña Acuña A; Bermúdez García V; Romero Ruiz C; Bauset Navarro JL
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

En los últimos tiempos, el término "satisfacción del paciente/usuario", junto con "calidad" y "evaluación" son de mucha importancia para los profesionales. Los tres están íntimamente ligados. Las evaluaciones se llevan a cabo con el fin de mejorar los niveles de atención y por lo tanto, lograr una mayor satisfacción de los pacientes / usuarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Con el fin de mejorar el nivel de la atención prestada, se creó un grupo de trabajo formado por enfermeras para averiguar el nivel de satisfacción con los servicios prestados de los pacientes / usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

En triaje, (en nuestro servicio de urgencias el triaje se realiza por personal de enfermería) los pacientes recibieron un formulario con una serie de preguntas. Se les pidió que lo rellenaran una vez que su estancia en el servicio de urgencias se hubiera acabado y que se

lo devolvieran a la enfermera de triaje que se lo hubiera dado o en la recepción. La cumplimentación del formulario era voluntaria y el anonimato de los pacientes / usuarios estaba garantizado.

RESULTADOS

La satisfacción de los pacientes/usuarios en el año 2009 en la Región de Murcia obtuvo, en una encuesta realizada por la EMCA (evaluación y mejora de las normas de atención) una media de 8 sobre 10 para todos los hospitales del Servicio Murciano de Salud.

CONCLUSIÓN

El nivel de satisfacción de los pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía fue óptimo (8,2).

OPTA A PREMIO

PÓSTER 003 EDUCACIÓN SANITARIA AL PORTADOR DE ASISTENCIA BIVENTRICULAR PARACORPÓREA AL ALTA DE LA UNIDAD CORONARIA A LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Autores: Izquierdo Bernal S; Rojas García A; Domene Nieves De la Vega G; Rosenfeld Vilalta L; Ruestes Virtus G; Ballesteros Bravo S; Castillo Poyo R; Romero Arnau M; Calvo Barriuso E; Bermejo Vázquez C
Hospital Universitari de Bellvitge.L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La asistencia biventricular paracorpórea (ABP) es un sistema pulsátil de funcionamiento neumático, indicado en casos de insuficiencia cardiaca refractaria, como puente al trasplante cardiaco, a la recuperación o tratamiento definitivo. Establecer el proceso de educación sanitaria inicial a la implantación de la ABP dirigido al paciente y a su familia para favorecer su confianza y seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda de revisión bibliográfica y consenso con equipo multidisciplinar y expertos. Se utilizó la taxonomía NANDA, NIC, NOC para elaborar los diagnósticos, actividades e intervenciones más específicas para la educación sanitaria.

RESULTADOS

Se definieron tres diagnósticos de enfermería: 1.- Déficit de autoconocimiento: paciente/familia. Actividades: Educación sobre funcionamiento ABP. Control del llenado membrana y control coágulos. Educación sobre baterías externas y conexión a la red eléctrica. Precauciones frente a acodamientos o mal posición del sistema. Actuación si alarma. Educación autocuidado: higiene sin ducha. Educación sobre la medicación. 2. Ansiedad. Actividades: Ansiedad ante la muerte. Amenaza de cambio en el entorno. Ante el trastorno de la imagen corporal. Ruido de la ABP. Complejidad de conocimientos. 3. Seguridad. Actividades: Prevención ante caídas. Actuación ante fallo de ABP mediante bomba manual.

CONCLUSIÓN

Al establecer este proceso de educación sanitaria inicial a los portadores con ABP adquirirán conocimientos y aumentarán habilidades en el manejo del dispositivo con la consiguiente disminución de la ansiedad y el aumento de su seguridad. Posteriormente la enfermera clínica referente ampliará y continuará la educación sanitaria.

OPTA A PREMIO

PÓSTER 004 SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS CON RELACIÓN A LA CATEGORÍA PROFESIONAL

Autores: Bonel Torres G; Peña-Acuña A; Muñoz Guerrero CA; Romero Ruiz C; Bermúdez García V; Hernández García V
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

En los últimos tiempos, el término "satisfacción del paciente/usuario", junto con "calidad" y "evaluación" son de mucha importancia para los profesionales. Los tres están íntimamente ligados. Las evaluaciones se llevan a cabo con el fin de mejorar los niveles de atención y por lo tanto, lograr una mayor satisfacción de los pacientes / usuarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Con el fin de mejorar el nivel de la atención prestada, se creó un grupo de trabajo formado por enfermeras para averiguar el nivel de satisfacción con los servicios prestados de los pacientes / usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

En triaje, (en nuestro servicio de urgencias el triaje se realiza por personal de enfermería) los pacientes recibieron un formulario con una serie de preguntas. Se les pidió que lo rellenaran una vez que su estancia en el servicio de urgencias se hubiera acabado y que se lo devolvieran a la enfermera de triaje que se lo hubiera dado o en la recepción. La cumplimentación del formulario era voluntaria y el anonimato de los pacientes / usuarios estaba garantizado.

RESULTADOS

La satisfacción de los pacientes/usuarios en el año 2009 en la Región de Murcia obtuvo, en una encuesta realizada por la EMCA (evaluación y mejora de las normas de atención) una media de 8 sobre 10 para todos los hospitales del Servicio Murciano de Salud.

CONCLUSIÓN

El nivel de satisfacción de los pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía fue óptimo (8,2).

OPTA A PREMIO**PÓSTER 005 ¡NOVEDADES! ANTIAGREGACIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO**

Autores: Presa García S; Cousillas Corrales A; Miguélez González N; Zuloaga Quiroga P

Hospital Universitario de Basurto. Bilbao

INTRODUCCIÓN

La enfermedad coronaria es la causa individual más frecuente de muerte en los países desarrollados. El SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación del ST) presenta a largo plazo peor pronóstico que el IAMCEST (infarto agudo de miocárdico con elevación del ST). Una intervención invasiva precoz y una terapia intensiva antiagregante son claves en el tratamiento de estos pacientes. La incorporación de nuevos fármacos en las guías de práctica clínica implica un cambio importante en su abordaje terapéutico.

OBJETIVOS

Facilitar las intervenciones de enfermería en el manejo del tratamiento antiagregante del SCASEST y/o IAMCEST, para reducir la incidencia de errores, garantizar la calidad de los cuidados de enfermería y la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis de los estudios disponibles. Consulta de los protocolos disponibles en nuestro centro hospitalario. Revisión bibliográfica de la evidencia científica en diferentes bases de datos: Medline, Cinhal, Cuiden, PubMed.

RESULTADOS

Elaboración de un póster en el que se describen de forma gráfica los nuevos fármacos antiagregantes disponibles en el SCASEST/IAMCEST: ticagrelor, prasugrel, bivalirudina. Indicaciones y contraindicaciones. Mecanismos de acción.

CONCLUSIONES

La enfermera tiene que tener los conocimientos necesarios para el manejo de los fármacos antiagregantes y además es responsable de su administración. A mayor rigor en este desempeño, mayor seguridad y mejor calidad asistencial. Por ello utilizamos el póster como una herramienta que sirve de guía visual para el personal de la unidad, asegurando una mejor ejecución de sus funciones.

OPTA A PREMIO**PÓSTER 006 ¡¡NO MÁS FALLOS!! UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO**

Autores: Zuloaga Quiroga P; Miguélez González N; Cousillas Corrales A; Presa García S

Hospital Universitario de Basurto. Bilbao

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El manejo de los pacientes con dolor torácico constituye un

importante problema asistencial por la magnitud de pacientes implicados y las dificultades que plantea su correcto diagnóstico. En los últimos años se han creado las UDT (unidad de dolor torácico) como unidades específicas multidisciplinares para detectar de manera rápida y efectiva los pacientes con dolor torácico de bajo riesgo que pueden ser tratados ambulatoriamente. Analizar la organización, estructura y actividad de la UDT de nuestro centro hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo, longitudinal y prospectivo. Realizado en la UDT del Hospital Universitario de Basurto. Bilbao, desde el 1 enero al 30 de junio de 2013. Pacientes con dolor torácico sospechoso de etiología isquémica ingresados en el servicio de urgencias, con síndrome coronario agudo descartado. Se diseñó una hoja de registro de recopilación mensual, recogiendo las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes personales, alta o ingreso.

RESULTADOS

En el período descrito se atendieron un total de 186 pacientes en la UDT, de los cuales 135 fueron dados de alta (72,58 %) y 51 (27,42%) precisaron ingreso hospitalario en el servicio de cardiología para estudio y tratamiento. En lo que al género se refiere, 105 pacientes (56,45%) eran hombres y 81 (43,55%) eran mujeres. La franja de edad más sobresaliente fue la comprendida entre los 40 y 64 años con 91 pacientes (48,92%).

CONCLUSIÓN

La necesidad de creación de las UDT se apoya en diversas razones de carácter clínico, práctico y económico. La unidad de nuestro centro es una buena herramienta de gestión que ofrece un manejo seguro y más costo-efectivo de los pacientes con dolor torácico, y que permite reducir el número de ingresos hospitalarios sin comprometer la calidad asistencial.

OPTA A PREMIO**PÓSTER 007 ¡ATENCIÓN ENFERMERÍA! PACIENTE CON ECMO: RIESGO DE SANGRADO**

Autores: Pereira Ferreiro A; Rossi López M; Roca Canzobre S; Pérez Taboada MA; Seoane Pardo N

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN

Ante un *shock* cardiogénico el paciente se puede beneficiar de la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), que es una medida de soporte circulatorio y/o respiratorio de corta duración. Uno de los problemas principales al que se enfrenta la enfermería ante un paciente con ECMO es el sangrado.

OBJETIVOS

Estudiar las principales complicaciones que se han presentado relacionadas con el sangrado en estos pacientes. Conocer los cuidados de enfermería llevados a cabo para prevenir, detectar y controlar estos problemas. Hacer una revisión del protocolo existente para valorar si el sangrado se refleja como problema importante a prevenir y tratar por la enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de las historias de los pacientes a los que se les ha implantado un ECMO desde enero de 2011 a diciembre de 2013. Se realizó una revisión bibliográfica versada en los principales cuidados de enfermería en relación al sangrado de pacientes con el dispositivo en cuestión.

RESULTADOS

En los tres años desde el inicio del programa ECMO se ha implantado el dispositivo a 23 pacientes. Del total presentaron sangrados importantes 21; de ellos 15 han presentado sangrado mayor y 8 han precisado revisión quirúrgica. Hemos destacado las intervenciones llevadas a cabo por el personal de enfermería y especialmente las que tienen que ver con el diagnóstico de la NANDA "Riesgo de Sangrado" (00206).

CONCLUSIÓN

Estos tres años de experiencia clínica atendiendo a pacientes con ECMO, junto con la bibliografía consultada, muestran que la gran mayoría de pacientes presentan como principal complicación el sangrado. La intervención de enfermería en la prevención de dicho problema es la piedra angular para evitar complicaciones mayores.

**OPTA A PREMIO****PÓSTER 008 PROTOCOLO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CARDIACO CRÍTICO**

Autores: Pérez Taboada MA; Pereira Ferreiro A; Roca Canzobre S; Rossi López M; Seoane Pardo NM

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN

El traslado intrahospitalario de pacientes cardiacos críticos es el movimiento de pacientes en situación crítica dentro del propio hospital, lo que conlleva riesgos para el paciente y la aparición de posibles eventos adversos. El motivo para el desplazamiento de estos pacientes suele ser la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas que no pueden llevarse a cabo en la unidad tales como angiografías, intervenciones quirúrgicas, cateterismos o resonancias magnéticas.

OBJETIVOS

Elaborar un protocolo que unifique criterios en la unidad y garantice los cuidados y asistencia durante el traslado del paciente, ayudándonos a detectar y resolver los posibles eventos adversos que puedan surgir durante el mismo. Lograr la coordinación entre las unidades implicadas en el traslado.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una amplia búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos y portales bibliográficos (Medline, Dialnet...) contrastando los hallazgos encontrados con los protocolos existentes en nuestra unidad, en relación con el traslado de pacientes críticos.

RESULTADOS

Se elaboró un póster con las distintas etapas del traslado intrahospitalario, así como las normas, material y pautas a seguir en cada una de ellas para garantizar, de este modo, el mismo grado de monitorización y soporte terapéutico en el traslado que en la unidad de cuidados intensivos, manteniéndose la continuidad asistencial en todo momento. Se ha añadido un anexo, dentro del protocolo, con las consideraciones a tener en cuenta en los enfermos portadores de dispositivos especiales.

CONCLUSIONES

La existencia de un protocolo que unifique criterios a la hora de trasladar a un paciente facilita el trabajo de todos los profesionales, a la vez que ayuda a garantizar la seguridad del paciente aportando unos cuidados de calidad en todo momento y evitando la aparición de posibles complicaciones o eventos adversos.

OPTA A PREMIO**PÓSTER 009 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE PUÉRPERAS DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA UNIDAD DE CORONARIAS.**

Autores: Garlito Pérez IM; Hernández Manzano MN; Belmonte Vico R; Alba Navarro EM

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El puerperio inmediato (PI) de las pacientes con patologías cardiovasculares de alto riesgo se realiza en la unidad coronaria. Su vigilancia y cuidados es un proceso en el cual enfermería juega un papel muy importante, englobando los cuidados cardiológicos y los obstétricos inmediatos. En el PI se pueden producir descompensaciones, en determinadas patologías cardiovasculares, debido al aumento brusco de volumen intravascular que supone la autotrasfusión del contenido hemático desde la placenta. Crear un documento estandarizando la práctica clínica puede tener un impacto positivo en los resultados de las pacientes.

OBJETIVO

Elaborar un algoritmo de actuación, de cuidados en el PI para profesionales de enfermería, para detectar y prevenir precozmente las posibles complicaciones en el PI de alto riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica

publicada en las bases de datos MEDLINE, CINHAI y Biblioteca Cochrane. Los descriptores utilizados en la búsqueda han sido: PI, cardiopatía, plan de cuidados y enfermería. También se consultaron páginas web de asociaciones científicas nacionales e internacionales relacionadas con el PI, así como el aplicativo de curas de enfermería (GACELA_CARE).

RESULTADOS

Se ha elaborado un algoritmo de actuación de cuidados, en formato póster, dirigido a los profesionales de enfermería de la unidad de coronarias que garantice unas curas de calidad basadas en la mejor evidencia disponible.

CONCLUSIONES

La creación de esta herramienta gráfica estandarizada será útil para normalizar la práctica clínica, garantizar la continuidad de cuidados y como instrumento de análisis de calidad y mejora en la unidad.

PÓSTER 010 CASO CLÍNICO. ATENCIÓN A UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Autores: González Sánchez B¹; Martínez Hortal A²; Torres Redondo FE²; Cano Rojo JA¹; Jodar Bornás S¹; Manchón Barnes IM³; Ferra Cabrera P³; Cegri Antelo M³; Oliver Lozoya D³

1 Estudiante de Enfermería

2 Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena

3 Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) se define como la incapacidad del corazón para suministrar oxígeno a una frecuencia acorde con las necesidades del organismo. Es una de las enfermedades más frecuentes, costosas, discapacitantes y letales a la que se enfrentan los profesionales en la práctica clínica. La prevalencia de esta enfermedad se dobla con cada década de edad y se sitúa alrededor del 10% en los mayores de 70 años.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 58 años que acude a urgencias por fatiga, náuseas y vómitos, sudoración y debilidad. A su recepción el paciente se encuentra consciente y orientado, marcado incremento del trabajo respiratorio, sat. O₂ 87%, PA 170/85 mmHg, Fc 85 lpm, rítmico; 26 rpm. Durante el ingreso: oxigenoterapia, diuréticos de asa a altas dosis, perfusión de nitroglicerina (20 mcg/min), perfusión de dopamina, ipratropio en aerosoles, prednisona 40 mg/día, pauta corta. Se realiza analítica, ECG, radiografía torácica y ecocardiograma.

Mediante la observación clínica y la recogida de datos, se realizó una valoración de enfermería con sus consecuentes diagnósticos formulándolos según la taxonomía Nanda, posteriormente se realizó un plan de cuidados con resultados (NOC) e intervenciones (NIC).

PLAN DE CUIDADOS

Se realiza un plan de cuidados de enfermería en insuficiencia cardiaca, se valoran los indicadores de resultados obtenidos para nuestros diagnósticos principales y se establece una mejoría significativa al alta.

REFLEXIÓN

La elaboración de planes de cuidados estandarizados mediante el uso de las taxonomías enfermeras contribuye a la mejoría de los pacientes, a identificar y priorizar las necesidades de estos, y a brindar los mejores cuidados, siempre basándonos en la mejor evidencia científica disponible, para facilitar las mejores prácticas en salud.

PÓSTER 011 EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA ENFERMERA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN LA MEJORA DEL NIVEL DE AUTOCUIDADOS, DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, DE LA CALIDAD DE VIDA Y DE LA MORBILIDAD

Autores: Hernández Rivas AA; Martín Rodríguez M; Navarro Díaz M; Fernández Balcones C; Soria Gómez T; Arnáiz Villanueva N; Solís Muñoz M; García López V; Alonso Durán M

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Evaluar la eficacia de una intervención educativa enfermera en pacientes con insuficiencia cardiaca en la mejora del nivel de autocuidados, la adherencia al tratamiento, la calidad de vida y la morbilidad.

MÉTODOS

Ensayo clínico controlado aleatorizado a dos grupos, con ocultación del reparto: control (práctica habitual), intervención (aplicación intervención educativa enfermera antes alta: 3 sesiones de 20 minutos, libro y DVD con contenidos educativos). Criterios de inclusión: pacientes con insuficiencia cardiaca, buen nivel cognitivo, saber leer, firma consentimiento. Captación (antes alta: basal) seguimiento (3/6 meses): Unidad Insuficiencia Cardiaca, Hospital Puerta Hierro Majadahonda (2011-2013). Variables (instrumentos): sociodemográficas/clínicas/reingresos hospitalarios (historia clínica/entrevista), calidad de vida (EQ-5D), autocuidados (Escala Europea), adherencia tratamiento (Morisky), dependencia (Lawton-Brody), depresión (Yasavage). Análisis univariante y bivariante, por tratamiento asignado.

RESULTADOS

Se estudiaron 43 sujetos: edad media 70, 72% varones, 65% casados, 86% conviven familia, 51% estudios básicos, 77% jubilados/incapacidad; 67% insuficiencia cardiaca reciente, 88% Grado II-III NYHA, 74% HTA, 77% disnea, 24% astenia, 19% fatiga; 86% diuréticos, 79% betabloqueantes, 47% IECAs; 58% sobrepeso/obeso, 79% dieta hiposódica. Presentan problemas salud basal: 56% EQ-movilidad, 31% EQ-cuidado personal, 59% EQ-actividades, 39% EQ-dolor/malestar, 49% EQ-ansiedad; 91% baja adherencia al tto motivación, 86% baja adherencia al tratamiento conocimiento; 35% probable depresión/depresión; medias: 63 (100 mejor estado salud) estado salud, 31 (12 mejor autocuidado) autocuidado, 6 (8 independencia total) independencia. Los grupos fueron comparables en el momento basal en todas las variables estudiadas: 26 intervención/17 control. Comparación intervención/control seguimiento 3/6 meses: no hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas a los 3 meses, pero a los 6 meses se observaron diferencias ($p < 0,05$) entre los grupos en relación a: autocuidado 15/18,5; dificultad durante paseo 24%/60%; acudir recientemente a urgencias 0%/20%, ingresos hospitalarios recientes 0%/20%. A los 6 meses el grupo intervención presentaba mejor calidad de vida: sin problemas EQ-movilidad 62%/50%, EQ-cuidado personal 76%/64%, EQ-aActividades 57%/50%; sin depresión 71%/64%.

CONCLUSIÓN

Los pacientes que recibieron la intervención educativa presentaron mejores resultados en nivel de autocuidados, calidad de vida y morbilidad.

PÓSTER 012 INCIDENCIA DE MUERTE SÚBITA EN LA REGIÓN DE MURCIA

Autores: López Cuenca D¹; Pérez Ruescas C¹; López Ayala JM¹; Pastor Quirante F²; Hernández del Rincón JP²; Castro F¹; Gimeno Blanes JR¹; Valdés Chávarri M¹

1 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia
2 Instituto de Medicina Legal. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La muerte súbita cardiaca es un importante problema de salud en los países europeos. Los desórdenes cardiacos heredados genéticamente son comunes entre individuos jóvenes. Nuestro objetivo es describir los resultados preliminares del programa regional de muerte súbita cardiaca.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron 95 casos consecutivos de muerte súbita (MS) y muerte súbita resucitada (MSR), desde enero de 2009 hasta octubre de 2013, por el Instituto de Medicina Legal y por el Hospital Virgen Arrixaca. Fueron realizados los estudios post mortem de los casos de MS así como el estudio clínico cardiaco en los casos de MSR. Fueron excluidos los casos con historia coronaria arterial conocida. En aquellos casos en los que fue posible la obtención de tejido o de sangre, fue realizado el test genético de los genes relacionados.

RESULTADOS

76 MS (67,89% hombres, edad 39 ± 15 años) y 19 MSR (9,47%

hombres, edad 30 ± 24 años). El diagnóstico de la patología subyacente fue obtenida en 76 (81%), con 24 (31%) miocardiopatía hipertrófica, 12 (16%) enfermedad isquémica coronaria, 6 (8%) miocardiopatía arritmogénica de ventrículo derecho, 6 (8%) hipertrofia ventricular idiopática, 4 (5%) QT largo, 4 (5%) miocardiopatías no clasificadas, 3 (4%) fibroelastosis endomiocárdica, 3 (4%) anomalías de la aorta, 2 (3%) miocardiopatía dilatada, 2 (3%) Chagas y 10 otros (13%). Se realizó un estudio genético guiado por la patología encontrada, obteniendo diagnóstico en 13 de las 50 (26%) muestras (estudio en curso). Los genes más prevalentes fueron 5 desmosómicos, 2 sarcoméricos y los 5 canales.

CONCLUSIÓN

Existe un claro predominio de muerte súbita y muerte súbita resucitada en varones (80%). La miocardiopatía hipertrófica es la principal causa de muerte. A pesar de la autopsia en los casos de MS y el estudio clínico especializado en los pacientes resucitados, una proporción significativa (1 de 4) permanecen sin diagnóstico final.

PÓSTER 013 CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA DE LA ENFERMERÍA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES PORTADORES DE DAI A TRAVÉS DEL CONTROL REMOTO DOMICILIARIO. SISTEMA CARELINK

Autores: Segura Saint-Gerons C¹; Lara Lara D¹; Sánchez Moyano M¹; Mengíbar Pareja V¹; Belinchón Chiclana J²; Arizón Del Prado JM¹
1 Hospital General Universitario Reina Sofía. Córdoba
2 C. S. A. Técnicas Médicas. Córdoba

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Desde el año 2008, nuestro centro ha tenido la oportunidad de utilizar la plataforma Carelink para el control domiciliario de los pacientes portadores de DAI. Estos dispositivos fueron ofrecidos a los pacientes que tenían líneas telefónicas compatibles con esta plataforma y firmaron el consentimiento informado diseñado para ello. La enfermería de la consulta de trasplante cardiaco e insuficiencia cardiaca es la encargada de informar, entregar y educar al paciente en su instalación y manejo, cuando el paciente lo requiera, así como revisar las transmisiones manuales y automáticas. Mostrar nuestra experiencia con estos dispositivos y recalcar el papel de la enfermería en educación para la salud de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y retrospectivo de todos los datos recogidos con el control remoto domiciliario de pacientes portadores de DAI.

RESULTADOS

Se han entregado a 103 pacientes 113 dispositivos, 10 fueron recambios. Se recibieron 1351 transmisiones, con una media de 13 transmisiones por paciente contando tanto las transmisiones automáticas como manuales. La distribución por modos de estimulación fue la siguiente: 52 desfibriladores de resincronización, 29 monocamerales y 22 bicamerales. Se detectaron, por transmisiones de alertas, 10 indicaciones de batería baja (ERI). 12 pacientes recibieron 18 choques de alta energía, 25 pacientes recibieron un total de 142 terapias antiatacocardia (ATP), de las cuales un 55% fueron exitosas.

CONCLUSIONES

La enfermería tiene un papel fundamental en el control de estos pacientes usando este sistema de monitorización remota, para detectar, comprobar e informar al médico de estas variaciones para una rápida actuación. Proporcionar a los pacientes una formación correcta en el manejo de esta tecnología les ayuda a disminuir la ansiedad que estos dispositivos provocan, reducir las revisiones hospitalarias y evitar posibles ingresos innecesarios. Los pacientes mostraron su satisfacción con el uso de este sistema, y ninguno de ellos devolvió el dispositivo.

PÓSTER 014 UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA: CREACIÓN Y CRECIMIENTO EN TIEMPOS DE CRISIS

Autores: Lerma Barba MD; Nieto García E; Flores Antigüedad ML; Sánchez Ramos JG; Molina Ruiz MT; Lozano Ortega C
Hospital Universitario San Cecilio. Granada

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) se produce cuando existe un desequilibrio entre la capacidad del corazón para bombear sangre y las necesidades del organismo. Numerosos estudios evidencian que las unidades de IC reducen la mortalidad, mejoran la calidad de vida y disminuyen estancias hospitalarias y reingresos. En nuestro centro de trabajo la creación de la consulta de enfermería de IC se hizo real en noviembre de 2012, coincidiendo con el aumento de jornada laboral establecida por el Servicio Andaluz de Salud.

OBJETIVOS

Dar respuesta especializada a pacientes y cuidadores. Dar cobertura a mayor número de pacientes. Ampliar la cartera de servicios de la enfermera.

MATERIAL Y MÉTODO

En noviembre de 2011 se abre en nuestro hospital una consulta monográfica semanal dirigida por un cardiólogo. Un año más tarde se incorpora una enfermera y se inicia la unidad de IC. La captación de los pacientes se hace a través de: unidad de hospitalización de cardiología al alta; consulta de cardiología y medicina interna. La primera visita es conjunta cardiólogo y enfermera a los 15 días del alta hospitalaria. Posteriormente se realiza el seguimiento por parte de enfermería cada dos semanas de forma presencial o telefónica.

RESULTADOS

El 100% de pacientes-persona cuidadora, se educan en las NIC: modificación de conducta, enseñanza: dieta prescrita, enseñanza: medicamentos prescritos, fomento del ejercicio, adherencia al tratamiento. Desde noviembre de 2012 a diciembre de 2013, la actividad de la enfermera es: pacientes titulados 93, pacientes en seguimiento 156, n.º de consultas 302. Con la consulta de enfermería colabora un equipo multidisciplinar: rehabilitación cardiaca, consulta antitabaco, psicólogo, enfermera gestora de casos hospitalaria y comunitaria.

CONCLUSIONES

La apertura de la consulta de enfermería de IC ha hecho posible la captación de un número creciente de estos enfermos, posibilitándoles una atención integral y especializada, además de asegurarles un seguimiento exhaustivo en los primeros 6 meses y refuerzo posterior hasta el año.

PÓSTER 015 INCIDENCIA DE LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: Pérez Alonso N; Pardo Romera L; Alcázar Belchi MQ; Pascual Muñoz MD; López Pérez L; Sánchez García AB; Sánchez Nicolás JA; Hernández Hernández I

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN

La cardioversión eléctrica es un tratamiento que permite devolver a ritmo sinusal el corazón afectado de una arritmia en un plazo corto de tiempo, con corta estancia hospitalaria y bajo índice de complicaciones. Son razones por la que esta técnica suele realizarse habitualmente en servicios de urgencias en pacientes con inestabilidad hemodinámica. La función de enfermería durante esta técnica es primordial para la realización del procedimiento.

OBJETIVOS

Conocer el perfil del paciente tratado en la sala de emergencias del servicio de urgencias con diagnóstico inicial de taquiarritmia y la epidemiología de la cardioversión eléctrica.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo durante los 6 primeros meses del año 2013. Se recogieron datos sociodemográficos de los episodios de taquiarritmia. El análisis de datos fue realizado mediante Excel 2007.

RESULTADOS

Se presentaron 168 casos. Edad media: 67 años. El 29,76% padecían fibrilación auricular anterior, el 11,3% cardiopatía isquémica, el 5,35% insuficiencia cardiaca y el 13,09% otras arritmias. El 45,81% volvió por otro episodio en menos de 1 año. Por taquicardia supraventricular acudieron 30,59% del total y el 49,41% por taquicardia auricular. Preciso tratamiento el 50,6%, el 24,70% choque eléctrico y el 29,41% combinación eléctrica y farmacológico. La media de choques fue del 2,8 (moda 1) y la carga más frecuente 100 kj.

CONCLUSIONES

De los pacientes que precisaron tratamiento, la mitad necesitó combinado de cardioversión eléctrica con cardioversión farmacológica. La cardioversión eléctrica tiene mayor eficacia y seguridad que la farmacológica y su realización es factible por el personal del servicio de urgencias. Si bien, una de las limitaciones del estudio es la falta de homogeneidad a la hora de tratar una patología con características similares, ya que la actuación fue realizada por personal facultativo muy diverso. Casi la mitad de la muestra (49,4%) con taquiarritmia de diagnóstico inicial, no precisó tratamiento cardioversor de ningún tipo, restaurándose a ritmo sinusal. Porcentaje equiparable al encontrado en trabajos similares en el área de urgencias.

PÓSTER 016 EDUCACIÓN SANITARIA A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULACIÓN ORAL

Autores: De Ríos Briz N¹; García Soto C²; Redondo Osegui A¹; Campo Iraeta Z¹; Lekube Insausti A¹; Ruibal Santos P¹; De Pablo Yagüe M¹; Gómez García X³
1 Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Vizcaya
2 Centro de Salud Repelega. Vizcaya
3 Estudiante de Enfermería

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, más de 400.000 personas reciben tratamiento con anticoagulantes orales (ACO), cifra que cada año va en aumento. Los ACOs son fármacos que se usan para el tratamiento y profilaxis de las afecciones tromboembólicas. Los ACOs antagonizan en el hígado la acción de la vitamina K y bloquean la síntesis de varios factores de la coagulación.

Aunque están apareciendo nuevos anticoagulantes en el mercado (dabigatrán, rivaroxarón) en nuestro medio, el ACO de uso más frecuente es el acenocumarol (Sintrom®), que precisa de una adecuada administración y controles periódicos para evitar complicaciones, siendo imprescindible la educación sanitaria de enfermería a estos pacientes.

OBJETIVO

Elaborar una serie de recomendaciones que faciliten al paciente y a su familia un correcto manejo de la medicación anticoagulante y que evite complicaciones derivadas de un control inadecuado de la misma, por ejemplo, hemorragias.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en bases de datos, protocolos y guías de práctica clínica. Utilización del póster como medio gráfico de apoyo a la educación sanitaria impartida a pacientes y familiares. Consenso entre profesionales.

RESULTADOS

Se realizó una guía con las principales recomendaciones que deben seguir los pacientes en tratamiento con ACOs, como indicaciones para la correcta toma del medicamento, información sobre interacciones con otros fármacos, consejos higiénico-dietéticos, entre otros.

CONCLUSIONES

Los ACOs son fármacos muy útiles, ya que previenen un gran número de tromboembolismos y muertes cada año. Una adecuada información al paciente y familia mejora la calidad del control anticoagulante y evita las complicaciones asociadas. La disposición del póster en un lugar accesible a pacientes y familiares reforzará el cuidado y la educación sanitaria de nuestros pacientes.

PÓSTER 017 RELACIÓN TOLERANCIA-EDAD CON LOS EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES SOMETIDOS A ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS CON DIPIRIDAMOL

Autores: Tudela Bermúdez M; Lario García M; Montoya Martínez G
Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La ecocardiografía de estrés con dipiridamol permite la visualización directa de la zona afectada por isquemia en pacientes cuya ergometría ha sido dudosa, o no haya sido posible por incapacidad física para realizar un esfuerzo eficaz. El propósito del estudio es hacer una relación entre la edad del paciente y la tolerancia a la prueba.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo. Se analizó una muestra de 45 pacientes con un rango de edad de entre 45 a 85 años, dividiéndola en: grupo A (pacientes menores de 70 años) y grupo B (pacientes iguales o mayores a 70 años). Recogida de datos a través de historias clínicas en consulta y hospitalización. Los síntomas adversos observados derivados del dipiridamol se clasifican en: leves (ligera fatiga, cefalea, no dolor precordial), moderados (agravamiento de los síntomas leves), y severos (que se suma dolor precordial, taquicardia o bradicardia, hiper o hipotensión, y una sensación subjetiva que el paciente describe como "sentir morir").

RESULTADOS

En el grupo A hubo 5 pacientes (17,9%) que presentaron síntomas leves, 14 (50%) moderados, y 9 (32,1%) síntomas severos (en 5 de ellos, esos síntomas justificaron la finalización precoz del protocolo). En el grupo B, 13 pacientes (76,5%) presentaban síntomas leves, 4 (23,5%) moderados y 0 severos. En ninguno de los grupos ocurrieron complicaciones mayores.

CONCLUSIONES

Se observa una mayor incidencia de síntomas severos y moderados en los pacientes menores de 70 años. Por tanto, y tras el estudio, se llega a la conclusión de que los pacientes de mayor edad toleran mejor los efectos adversos derivados del dipiridamol. Adicionalmente, se postula que no solo es el factor ansiedad el que puede influir, sino que puede haber otros factores, para lo que se requeriría de estudios específicos para su confirmación.

PÓSTER 018 ANÁLISIS DE RAZONES PARA NO FUMAR Y LA MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

Autores: Robles Brabezo JM; Casado Galindo EJ; Anza Aguirrezabala I; Salas Lario M; Gris Peñas A; Saura Lucas S; De Gracia Gómez G; Rojo Cánovas M; Cano Rojo JA; González Sánchez B

Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Analizar las razones para no fumar que declaran los profesionales en relación a su motivación para dejar de fumar, identificando áreas de intervención.

MATERIAL Y MÉTODO

Encuesta administrada a todos los profesionales del área. Variables demográficas, actitudinales, incluye el test de Richmond sobre motivación para dejar de fumar. Se realiza la comparación de medias mediante test de t de Student.

RESULTADOS

Tasa de respuesta 29,5%. Fumador a diario 21,6%, ocasional 8,0%, exfumador 30,3%, nunca ha fumado 40,1%. Media del test de Richmond: 5,0 (DS 2,3). Importancia alta para dejar de fumar: aparición de síntomas 77,0%, proteger su salud 68,0%, ahorrar dinero 36,2%, autodisciplina 34,9%, no molestar a su alrededor 46,0%, respetar a los compañeros 50,3%, dar buen ejemplo a los pacientes 56,2%, dar buen ejemplo a los trabajadores de la salud 44,0%, dar buen ejemplo a los niños 75,2% y dar buen ejemplo a adultos 35,6%. Relación con una mayor motivación en el test de Richmond: proteger su salud, ahorrar dinero, autodisciplina, dar buen ejemplo a los trabajadores de la salud, y dar buen ejemplo a adultos.

CONCLUSIONES

Llama la atención que las causas para dejar de fumar que han tenido relación con una mayor o menor motivación tienen que ver con aspectos menos prevalentes. La aparición de síntomas o dar ejemplo a los niños, las más prevalentes, no tienen relación con el resultado del test de motivación. Proteger su salud, prevalente, sí la tiene y ahorrar dinero, autodisciplina, dar buen ejemplo a los trabajadores de la salud y dar ejemplo a adultos son las de menor prevalencia, pero relacionadas con una mayor motivación. Posiblemente el estar motivado sea causa de mayor reconocimiento de la importancia para dejar de fumar en aspectos menos tenidos en cuenta, no tan "políticamente correctos". Estos resultados nos pueden orientar hacia estrategias para aumentar la motivación.

PÓSTER 019 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ

Autores: Oliver Lozoya D¹; Segura Arenas AM²; Sánchez Muñoz CM²; Rodríguez Cañadas G³; Cegri Antelo M¹; Manchón Barnés IM¹; González Sánchez B⁴; Jodar Bornás S⁴; Cano Rojo JA⁴

1 Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia

2 Hospital Comarcal de Baza. Granada

3 Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia

4 Estudiante de Enfermería

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La seguridad del paciente es el conjunto de estructuras, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud o mitigar sus consecuencias. Describir la percepción sobre cultura de seguridad (CS) del personal sanitario del Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario Rafael Méndez (Lorca).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal, exploratorio realizado en diciembre de 2013. Se utilizó el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) autoadministrado, adaptado por el Grupo de Gestión de Calidad de la UMU. La población estuvo constituida por el 80% de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería, que aceptaron participar voluntariamente y cumplieron los requisitos de inclusión planteados.

RESULTADOS

La CS del paciente referida por el personal se evidencia, en cuanto a resultados positivos, en el trato con respeto, apoyo mutuo entre compañeros, la decisión unilateral de no poner en riesgo la seguridad del paciente, aunque aumente la presión asistencial, la toma de medidas adecuadas para evitar la repetición de determinados errores que pueden afectar al paciente, la anotación en la historia clínica del paciente de toda aquella orden verbal expresada por personal facultativo y la elaboración, en todo momento, de informes clínicos con la historia clínica correspondiente. Entre los aspectos mejorables, destaca la percepción de falta de personal y elevada presión para afrontar la carga de tareas del servicio, el intercambio de información entre diferentes servicios y la percepción de libertad para cuestionar decisiones de los superiores.

CONCLUSIONES

Los servicios de salud y el personal sanitario son cada vez más conscientes de la importancia de mejorar la seguridad del paciente. Se plantean acciones de mejora en las áreas identificadas con resultados adversos, con el fin de incrementar las medidas de seguridad para el paciente en el servicio estudiado.

PÓSTER 020 CONTROL LIPÍDICO EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO

Autores: Sánchez Ortiz E¹; Blanca Castillo J¹; Sánchez Catalán N²

1 Complejo Hospitalario de Jaén

2 Centro de diálisis Santa Catalina. Jaén

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las guías europeas de práctica clínica recomiendan reducción de colesterol-LDL por debajo de 70 mg/dl en pacientes con cardiopatía isquémica. El objetivo es analizar, en los pacientes sometidos a intervencionismo coronario percutáneo, el grado de control lipídico, fundamentalmente LDL.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo con una muestra de 155 de pacientes sometidos a intervencionismo coronario entre febrero de 2010 y junio de 2011 con seguimiento en consulta de enfermería de prevención secundaria de factores de riesgo cardiovascular. Las variables de estudio fueron obtenidas de la historia clínica.

RESULTADOS

Del análisis resultó: 85% varones, 50% dislipémicos, 34,8% diabéticos, 59,7% hipertensos, 49,7% fumadores, 33,8% obesos, y el 22,2% tenían antecedentes de cardiopatía isquémica. El diagnóstico fue: ángor estable 23,9%, inestable 12,3%, SCASEST 30,3%, SCACEST 28,4% y otros 5,2%. El tratamiento hipolipemiente más frecuente fue atorvastatina 80 (40% del total), mientras que el 21,2% de los pacientes con dislipemia no recibía tratamiento (60,6% del total). Un 34,4% presentaba LDL < 70 mg/dl, el 51,1% entre 70-100 mg/dl y el 14,5% > 100 mg/dl o sin control analítico. Tras la ICP el tratamiento más prevalente fue atorvastatina 80 (49,7%) y rosuvastatina 20 mg (10,5%). En 9,8% de los casos se asoció ezetimibe 10 mg. Más del 95% fueron revisados por el cardiólogo y el médico de atención primaria.

CONCLUSIONES

Los pacientes sometidos a intervencionismo con seguimiento en consulta de enfermería que presentan un control del LDL por debajo de 70 mg/dl están en una proporción reducida, a pesar de ser controlados por el cardiólogo y el médico de familia. Una estrategia sería control analítico frecuente, ejercicio diario, dieta adecuada y tratamiento ajustado para mantener las cifras de LDL dentro de las recomendadas.

PÓSTER 021 DETERMINACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CARDIACA: PROYECTO RECABASIC

Autores: García Hernández PM¹; Ramón Carbonell M²; Martínez Castellanos T³; Mora Pardo JA⁴; Portuondo Maseda MT⁵; Santillán García A⁵; Hernández Hernández I²

1 Hospital Universitario San Cecilio. Granada

2 Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

3 Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

4 Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla

5 Hospital General Yagüe. Burgos

INTRODUCCIÓN

La conjunción de las competencias determinarán las adecuadas actuaciones de enfermería en su ámbito laboral. En 1973 David McClellan plantea por primera vez la gestión por competencias como modelo de gestión de recursos humanos. En el sector sanitario, este modelo permite autonomía a los profesionales. La Ley de Cohesión y Calidad española, define la competencia profesional como: *"aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión"*. En España, un Real Decreto de 2001 aprueba la ordenación de la actividad profesional de enfermería, considerando imprescindibles los conocimientos, actitudes y habilidades propios. La competencia implica capacidad de saber (conocimientos), capacidad de saber hacer (habilidades), y saber, querer y poder estar (actitudes). Estos tres ámbitos deben ser evaluables.

OBJETIVO

Un grupo de trabajo de prevención y rehabilitación cardiaca de una asociación promueve la génesis de un proyecto y estudio cuyo objetivo es definir las competencias del profesional enfermero en un programa de prevención y rehabilitación cardiaca ante la necesidad de la determinación de un sistema de competencias normalizado.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en inglés y español en:

Pubmed, Cuiden, Cochrane plus, IME, Lilacs, Scielo, Biblioteca Virtual del Sistema Andaluz de Salud y Google académico. Se usaron palabras clave: perfil y competencias enfermeras, actividades y recursos humanos. Posterior lectura de los trabajos encontrados.

RESULTADOS

Se han obtenido las competencias de enfermería determinando tres dominios competenciales: conocimientos, habilidades y actitudes con las dimensiones: gestión, asistencial, acreditación, docencia, investigación e innovación.

CONCLUSIONES

La determinación de las competencias profesionales de la enfermería cardiovascular es esencial. Con ello se genera un posicionamiento de consenso promovido por una sociedad científica. Evitando que elementos extraños al conocimiento enfermero propongan y determinen nuestras actuaciones, competencias y perfil adecuados a cada área de intervención.

PÓSTER 022 ¿TIENEN NUESTROS PACIENTES LA FRECUENCIA CARDIACA CONTROLADA?

Autores: Faraudo García M; Beltrán Troncoso P; Freixa Pàmias R
Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome clínico de gran relevancia debido a su prevalencia y a su morbimortalidad. En el año 2010 se publicó el estudio SHIFT, que revelaba la importancia pronóstica de la frecuencia cardiaca (FC) elevada en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y función sistólica deprimida, no solo como un factor de riesgo modificable, sino como objetivo terapéutico. Las Guías de la European Society of Cardiology (ESC) publicadas en el año 2012 incluyeron la ivabradina como opción terapéutica de la IC crónica sistólica sintomática. Describir los fármacos, las dosis y la FC media de los pacientes visitados en la unidad de insuficiencia cardiaca (UIC).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Criterios de inclusión: pacientes en RS y FEVI reducida. Criterios de exclusión: pacientes en fase de titulación o IC descompensada, fibrilación o flutter auricular, marcapasos, FEVI preservada.

RESULTADOS

Se revisaron las historias de 273 pacientes y 91 cumplían los criterios de inclusión. La edad media era de 71,7 años, el 56,8% eran varones, la FEVI media de 33,5% y la FC media de 62,4 lpm. El 84,6% de los pacientes estaban tratados con betabloqueantes +/- ivabradina: 58,4% con bisoprolol, dosis máxima tolerada 4,7mg/día y FC media 61,2 lpm; 40,3% con Carvedilol, dosis máxima tolerada 13,4 mg/día y FC media 63,6 lpm. El 15,4% restante de los pacientes no estaban tratados con betabloqueantes, 2/3 de ellos por neumopatía y el resto por intolerancia, con una dosis de ivabradina de 13 mg/día y FC media de 64,3 lpm.

CONCLUSIONES

Los pacientes visitados en la UIC que están en RS y tienen la FEVI reducida presentan cifras de FC inferiores a 70 lpm tal y como recomiendan las Guías de la ESC.

PÓSTER 023 LA CIRUGÍA CARDIACA PREVIA COMO FACTOR DE RIESGO

Autores: Alcaraz López J¹; Sánchez García R¹; Cuerda Clemente D¹; Felipe García G¹; Palencia Gómez MJ¹; Ruiz Gascón AB²

1 IDC Salud Hospital Albacete

2 Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La reintervención cardiaca está considerada en todas las escalas de estimación del riesgo preoperatorio como un factor importante de morbimortalidad. Analizar los pacientes intervenidos de cirugía

cardiaca en nuestra unidad, sometidos a cirugías cardiacas previas, durante un periodo de seis años.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con cirugía cardiaca previa, intervenidos en nuestro centro desde enero de 2008 a diciembre de 2013.

RESULTADOS

Entre el 1/01/2008 y el 31/12/2013 han sido intervenidos 188 pacientes con cirugía cardiaca previa (siendo el 54,25% hombres), presentando una media de edad de 66,25 y un rango de 64, siendo el valor mínimo 21 y el máximo 85. La estimación de riesgo preoperatorio, EuroSCORE fue 20,89 (Logístico), y 9,78 (Numérico). De los pacientes objeto de estudio, respecto a la cirugía practicada, el 26,59% fueron intervenidos de válvula aortica, el 15,42% de válvula mitral, el 10,63% de ambas, el 10,10% de válvula mitral y tricúspide, el 7,97% de bypass coronario, el 2,12% de aorta ascendente y el 27,37% de otros tipos de intervención. Un 9,57% de los pacientes fueron canulados por arteria femoral y el 90,43% por aorta ascendente. Las complicaciones halladas durante la reesternotomía fueron nulas. Durante el postoperatorio el 14% padecieron insuficiencia renal, el 7,5% precisaron hemofiltración, el 3,62% fueron traqueotomizados, el 3,1% requirieron reapertura por sangrado, y el 1% manifestaron ACV. El *exitus* fue de un 9%.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, el riesgo asociado a las intervenciones quirúrgicas de cirugía cardiaca en pacientes con cirugías previas es bajo, con unos resultados de morbimortalidad aceptables, encontrándonos por debajo de la media estimada según el sistema europeo de evaluación de riesgo de cirugía cardiaca.

PÓSTER 024 LA CAPTACIÓN DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN LA UGC DEL CORAZÓN PARA EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA FASE 2 EN TIEMPOS DE CRISIS.

Autores: Ortega López A; Carrasco Ruiz RM
Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Los programas de rehabilitación cardiaca contribuyen a un menor riesgo de reinfarcto y una menor mortalidad cardiaca y por otras causas. La captación de las personas con cardiopatía isquémica desde los distintos servicios sanitarios contribuye a la mejora de la calidad de vida de estas personas. Describir las características de las personas con cardiopatía isquémica hospitalizadas en la UGC del Corazón y determinar el nivel de participación o rechazo en el programa de rehabilitación cardiaca fase 2 en tiempos de crisis.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuantitativo descriptivo transversal. Se realizó muestreo no probabilístico discrecional desde enero hasta marzo de 2014 en la unidad de hospitalización de la UGC del Corazón. Mediante entrevistas con preguntas cerradas en relación a variables sociodemográficas y abiertas adaptadas al objetivo de investigación.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 47 pacientes, 80,8 % hombres. La media de edad fue de 56,59 años en hombres y 63 años en mujeres. Los factores de riesgo asociados fueron: tabaquismo (55,2 %); dislipemias (28,9%); diabetes mellitus tipo II (26,3%) e hipertensión arterial (55,2%) en hombres. Tabaquismo (22,2%); dislipemias (22,2%), diabetes mellitus tipo II (33,3%) e hipertensión arterial (44,4%). Un 76,5 % aceptó la participación en el programa de rehabilitación cardiaca fase 2. Por el contrario, el 23,4 % lo rechazó, se alegaron factores económicos (19,05%), formativos (2,1%) y sociales (2,1%).

CONCLUSIONES

Prevalece la aceptación frente al rechazo aunque en su mayoría cuestionaron la gratuidad del servicio. Las intervenciones dirigidas al aumento de la captación, la coordinación entre niveles asistenciales, la atención domiciliar y la teleasistencia contribuyen a la extensión de la atención a sectores poblacionales más amplios.

PÓSTER 025 ANGIOPLASTIA PRIMARIA SIN IMPLANTACIÓN DE STENT, OPCIÓN TERAPÉUTICA EFICAZ EN CASOS SELECCIONADOS

Autores: López Cuenca D; López Cuenca A; Navarro Fernández R; López Gilibert S; Sánchez Martínez L; Albuquerque Clemente S; Gordillo Martín R; Jaen Casinello C; Lison Yesares A; Gimeno Blanes JR; Valdés Chávarri M
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La angioplastia coronaria trasluminal percutánea (ACTP) primaria es la técnica de elección en el tratamiento del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. El tratamiento habitual implica la extracción del trombo, la dilatación con balón y la implantación de *stent*. En ocasiones se decide no implantar un *stent* (ACTP primaria simple, ACTP-PS). El objetivo del trabajo fue analizar los motivos por los que no se implanta un *stent* y los resultados obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de pacientes hospitalizados a los que se decide no implantar *stent* después ACTP primaria desde julio de 2005 hasta agosto de 2012.

RESULTADOS

Se seleccionaron 44 pacientes consecutivos (edad media 68 +- 15, varón 66%) con ACTP-PS, evaluados desde julio de 2005 hasta agosto de 2012. De ellos, 20 pacientes eran diabéticos (46%), 23 hipertensos (52%), 12 fumadores (27%). De ellos, 17 (39%) tenían enfermedad de 1 vaso, 27 (61%) multivaso. El vaso tratado fue la DA 25 (57%), la CX 7, (16%), la CD 12 (27%). El motivo de la ACTP-PS fue: el buen resultado con trombectomía (11,25%), angioplastia con balón en trombosis aguda *intrastent* (14,32%), oclusión en vaso pequeño calibre (10,23%), dificultad de acceso o tortuosidad (3,7%), otros (6,13%). En 1 (2%) se realizó fibrinólisis intracoronaria, en 16 (36%) se administró abciximab. En 41 (93%) el flujo final fue TIMI III. Durante los 6 primeros meses de seguimiento se produjeron 8 muertes cardiovasculares (14%), de las cuales, 4 (9%) por *shock* cardiogénico, 2 (4%) por RE-IAM y 2 (4%) por AIT.

CONCLUSIÓN

La elección de angioplastia primaria sin implante de *stent* que se utiliza para el tratamiento del síndrome coronario agudo con elevación del ST es rara (<2%). La tasa a corto plazo de RE-IAM es baja (4%). Las razones principales para la no aplicación de la angioplastia con *stent* son el buen resultado después de trombectomía y la trombosis aguda del *stent*.

PÓSTER 026 ANÁLISIS DE LA DEPENDENCIA Y MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES FUMADORES DE UN ÁREA DE SALUD

Autores: Gris Peñas A¹; Casado Galindo EJ²; Anza Aguirrezabala I²; Salas Lario M³; Muñoz Jiménez HS¹; González Sánchez B²; Cano Rojo JA²; De Gracia Gómez G²; Rojo Cánovas M²; Robles Bravo JM²
1 Área III de Salud. Lorca. Murcia
2 Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia
3 Centro de Salud San Diego. Lorca. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Analizar la dependencia y la motivación para dejar el hábito tabáquico entre los profesionales de un área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Encuesta a todos los profesionales de un área de salud. Se recogen variables demográficas y se incluyen los test de Fagëstrom (dependencia) y Richmond (motivación para dejar el tabaco).

RESULTADOS

La tasa de respuesta 29,5%. Fumador diario 21,6%, ocasional 8,0%, exfumador 30,3%, nunca ha fumado 40,1%. Test de Fagëstrom media de 3,4 (DS 2,8) en los que fuman a diario, y de 0,8 (DS 1,3) en los fumadores ocasionales; en su clasificación en categorías se ha obtenido una baja dependencia en el 66,4% de los fumadores a diario y el 100% de los fumadores ocasionales, en la categoría de dependencia media 17,7%, y 15,9% en la de alta dependencia. Test

de Richmond puntuación media de 5,0 (DS 2,3) en fumadores a diario y de 5,5 (DS 2,4) en fumadores ocasionales; por categorías se ha obtenido una baja motivación en el 35,3% de los fumadores a diario y 35,1% en fumadores ocasionales, motivación media en el 38,7% y 24,3%, y alta motivación en el 26,1% y 40,5%, respectivamente. El 31,5% de los fumadores manifiesta alta motivación y el 21% tienen una baja dependencia y una alta motivación.

CONCLUSIONES

Los profesionales han declarado una baja dependencia al tabaquismo, perteneciendo todos los fumadores ocasionales a la categoría de baja dependencia. La motivación para el abandono ha resultado en unos valores medios, pero el colectivo que se sitúa en la categoría de alta motivación (sobre todos los ocasionales) parece indicar que existen posibilidades de actuar sobre los profesionales para conseguir el abandono de su hábito. De estos 2/3 manifiestan tener una baja dependencia lo que facilitaría el abandono. Existe la posibilidad de instaurar estrategias de abandono que puedan dar resultados entre los profesionales.

PÓSTER 027 CIRUGÍA CARDIACA EN PACIENTES OCTOGENARIOS.

Autores: Palencia Gómez MJ; Ruiz Gascón AB; Felipe García G; Cuerda Clemente D; Sánchez García R; Alcaraz López J
IDC Salud

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Debido al aumento de la esperanza de vida, el número de octogenarios con valvulopatía aórtica y enfermedad coronaria susceptibles de tratamiento quirúrgico se ha incrementado considerablemente. Estos pacientes tienen una mayor morbilidad asociada y múltiples factores de riesgo preoperatorios. El objetivo del presente estudio ha sido analizar los resultados quirúrgicos de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de pacientes octogenarios sometidos a cirugía cardíaca desde el 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2013.

RESULTADOS

Han sido intervenidos un total de 84 pacientes > 80 años. De ellos 50 varones (59%) y 34 mujeres (41%). La edad media fue de 81,83 +/- 1,69 (rango 80-86 años). 65 pacientes recibieron sustitución valvular aórtica y en 19 pacientes se asoció revascularización coronaria. La estancia media preoperatoria fue de 2,35 días (1-17) y la estancia posoperatoria media de 11,51 (1-102). En cuanto a las complicaciones posoperatorias: 3 pacientes fueron reintervenidos por sangrado (3,1%), 3 pacientes precisaron implante de MP definitivo por bloqueo A-V completo (3,1%), 10 (10,4%) pacientes presentaron empeoramiento de la función renal precisando 5 de ellos hemofiltración, 1 paciente presentó ACV transitorio (1,04%) y no hubo ningún ACV con déficit permanente. El riesgo estimado preoperatorio según Euroscore fue de 13,78 +/-12,4 de Euroscore logístico y 8,88 +/- 2,24 Euroscore numérico. La mortalidad hospitalaria fue del 4,76% (4 pacientes).

CONCLUSIONES

Nuestros resultados apoyan el hecho de que la cirugía de revascularización coronaria y de sustitución de válvula aórtica en pacientes > 80 años presenta unos excelentes resultados en términos de morbimortalidad (inferiores a los previstos según las escalas de riesgo) y debe de continuar siendo la primera opción en el tratamiento en estos pacientes. En la valoración de los pacientes ancianos es básica la colaboración multidisciplinar para la elección del tratamiento más adecuado: "Heart team".

PÓSTER 028 CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES EXTRANJEROS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

Autores: De la Torre Merelles B
Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Conocer las características de los pacientes extranjeros que ingresan con problemas cardíacos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y prospectivo de todos los pacientes extranjeros que han ingresado en nuestra unidad de cardiología entre los meses de mayo de 2013 y enero de 2014. Se recogieron los datos referentes a sexo, edad, patología de ingreso, nacionalidad, antecedentes, factores de riesgo cardiovasculares y días de estancia. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio han cumplido criterios de inclusión 20 pacientes, de los cuales el 75% eran hombres. La edad media de estos pacientes fue de 57,5 años. La estancia media fue de 7,5 días. Ingresaron pacientes de 13 nacionalidades distintas, siendo las procedencias más prevalentes Reino Unido, Bulgaria y Rumanía con un 15% cada una. En relación a los factores de riesgo, el 55% presentaba HTA, el 40% tenía hábito tabáquico y el 25% presentaba dislipemia. El 40% de los pacientes presentaba 2 o más factores de riesgo. El 30% de los pacientes tenía antecedentes cardíacos y un 10% hipotiroidismo. La patología que motivó el ingreso más prevalente fue la Cardiopatía Isquémica con un 60% de los pacientes, seguido de los trastornos del ritmo con un 25%.

CONCLUSIONES

Los pacientes extranjeros que ingresan en nuestra unidad presentan unos antecedentes, factores de riesgo y patologías similares a las de nuestros pacientes españoles.

PÓSTER 029 CASO CLÍNICO. INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA: MIOCARDIOPATÍA DILATADA ISQUÉMICA CON DISFUNCIÓN SISTÓLICA VI SEVERA

Autores: Cegrí Antelo M¹; Martínez Hortal A²; Torres Redondo FE²; Oliver Lozoya D¹; Ferrá Cabrera P¹; Manchón Barnes IM¹; González Sánchez B³; Cano Rojo JA³; Jodar Bornás S³

1 Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia
2 Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena
3 Estudiante de Enfermería

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) se define según el American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/AHA) como "un síndrome clínico consecuencia de trastornos estructurales o funcionales que disminuyen la capacidad del ventrículo para llenarse o para eyectar sangre" y constituye uno de los grandes síndromes que afectan a un porcentaje elevado de la población.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 69 años que ingresa por disnea progresiva de 2 días de evolución hasta convertirse de mínimos esfuerzos. Antecedentes Personales: enfermedad coronaria severa de dos vasos en 2009 con disfunción sistólica moderada-severa. FA persistente. Implante de DAI. Nuevo cateterismo el 12 de febrero de 2013 con implante de *stent*. Enfermedad actual: paciente con UPP en sacro grado II, unos 3-4 días después del alta tras la realización del cateterismo empezó con empeoramiento progresivo de disnea y congestión periférica. Ingresó el 23 de marzo en UCI por IC severa requiriendo VMNI durante 4 días y drogas vasoactivas, presentando varias rachas de TVNS. Tras estabilización y mejoría progresiva, se decide realizar cateterismo derecho para completar el estudio y decidir mejor camino terapéutico para el paciente.

PLAN DE CUIDADOS

Realizar plan de cuidados de enfermería a un paciente diagnosticado de IC aguda. Patrones Funcionales de Salud. Taxonomía NANDA, NOC, NIC.

Disminución del gasto cardíaco. Deterioro de la integridad cutánea. Patrón respiratorio ineficaz. Dolor agudo.

REFLEXIÓN

Tras la aplicación del plan de cuidados, el paciente evoluciona favorablemente y se decide su alta hospitalaria y seguimiento cardíaco en HUVA. El manejo del paciente con insuficiencia cardíaca avanzada

es complejo y demanda un abordaje multidisciplinar, requiere de ayuda por parte de la familia para identificar signos y síntomas de dicha afección cardiaca, así como poder llevar a cabo medidas básicas para su resolución.

PÓSTER 030 CASO CLÍNICO. MIOCARDIOPATÍA DILATADA POSPARTO

Autores: Ferrá Cabrera P¹; Martínez Hortal A²; Torres Redondo FE²; Cegrí Antelo M¹; Oliver Lozoya D¹; Manchón Barnes IM¹; González Sánchez B³; Cano Rojo JA³; Jodar Bornás S³

1 Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia
2 Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia
3 Estudiante de Enfermería

INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía periparto es un síndrome clínico y fisiopatológico caracterizado por disfunción miocárdica y dilatación del ventrículo izquierdo o ambos ventrículos con hipertrofia inapropiada. Se desarrolla en mujeres con corazón normal entre el tercer trimestre del embarazo y los primeros seis meses posparto.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 22 años de edad que fue ingresada en el servicio de cuidados intensivos, a los 75 días de haberle practicado cirugía de cesárea, con diagnóstico de miocardiopatía posparto. Se le aplicó el proceso de atención y se establecieron diagnósticos de enfermería.

PLAN DE CUIDADOS

Se elabora un plan de cuidados de enfermería para una paciente diagnosticada de miocardiopatía dilatada posparto. Patrones Funcionales de Salud de Majory Gordon; Taxonomía II NANDA, NOC, NIC. Diagnósticos de enfermería: intolerancia a la actividad, disminución del gasto cardiaco, ansiedad ante la muerte.

REFLEXIÓN

La aplicación del proceso de atención de enfermería permite llevar una continuidad de la respuesta humana y otorgar cuidado enfermero de calidad. Se produjo una respuesta negativa a la terapéutica establecida. En la valoración holística de la paciente se detectaron alteraciones emocionales producidas por la sensación de muerte inminente e incertidumbre por el futuro de sus hijos, por lo que las intervenciones de enfermería se hicieron específicas logrando la aceptación de su pronóstico y una muerte digna.

PÓSTER 031 ENFERMERÍA Y LOS NUEVOS FÁRMACOS ANTICOAGULANTES

Autores: Lara Lara D; Segura Saint-Gerons C; Luque López R; Mengíbar Pareja V
Hospital General Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular no valvular (FANV) es la arritmia cardiaca más frecuente y su prevalencia aumenta exponencialmente con la edad, siendo el embolismo cerebral su complicación más importante. La anticoagulación oral ha demostrado ser una de las medidas terapéuticas más efectivas para disminuir la incidencia de embolismos cerebrales y sistémicos, siendo clásicos los fármacos antagonistas de la vitamina K, pero estos han presentado una serie de problemas prácticos, por lo que ha aparecido un nuevo grupo de fármacos anticoagulantes orales (NACO), que constituyen una alternativa mejor y más segura.

OBJETIVOS

Cuantificar los pacientes con FANV *de novo* que acuden a nuestra consulta. Implicación de enfermería en la educación para la salud (EpS) de los pacientes a los que se les prescribe NACO.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo, realizado entre el 1 de octubre de 2013 y el 31 de enero de 2014 en la consulta externa de cardiología. Se estudiaron variables demográficas, tipo de arritmia y NACO prescrito y se explicó en la consulta el empleo y características del NACO prescrito.

RESULTADOS

Se han estudiado en total 728 pacientes de los cuales 396 (54,39%)

eran hombres y 335 (46,01%) mujeres. Del total de pacientes estudiados 163 pacientes (22,39%) tenían arritmia embolígena, de los cuales 136 (83,43%) de la muestra arritmica tenían FANV y 27 pacientes (16,56%) tenían fibrilofluter auricular (FLA/FA). A 68 pacientes (41,71%) se le prescribió dabigatrán etexilato, a 60 de ellos (36,80 %) rivaroxabán y a 31 pacientes (19,01 %) apixabán.

CONCLUSIONES

Los NACO, aunque son más seguros que los antagonistas de la vit.K, no están exentos de riesgos. Al no necesitar controles periódicos, puede disminuir la percepción de riesgo por parte del paciente. Enfermería tiene la obligación de implicarse en la EpS de estos pacientes para que realicen el tratamiento de forma correcta y segura.

PÓSTER 032 APLICACIÓN DEL MÉTODO FRIEHI

Autores: Cuevas López E; Fabregat Albert MJ; Olivella García D; Torta Castelló R
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

INTRODUCCIÓN

Una de las técnicas que más realiza el personal de enfermería en nuestro servicio de cardiología es el electrocardiograma (ECG). Con esta prueba se permite visualizar de forma eficaz si existe algún tipo de alteración cardiológica. Por este motivo es de suma importancia que el personal de enfermería tenga suficientes conocimientos para poder interpretar de manera rápida y eficaz un ECG. El método FRIEHI (Frecuencia, Ritmo, Intervalo, Eje, Hipertrofia, e Isquemia), permite interpretar rápidamente cualquier ECG. Todo el personal de enfermería que esté en el servicio de cardiología debe conocer el método FRIEHI para poder actuar con rapidez en caso de que el paciente presente una alteración cardiaca y precise de tratamiento inmediato.

OBJETIVO

Realizar una guía práctica sobre el método para que pueda ser consultada por cualquier profesional de enfermería en el momento que lo necesite.

MATERIAL Y MÉTODO

La elaboración de una guía básica, práctica y didáctica sobre el método FRIEHI, dirigida al personal de enfermería que trabaja en el servicio de cardiología.

CONCLUSIÓN

Con la utilización de este método, el personal de enfermería será capaz de reconocer de una manera precoz si el paciente sufre alguna patología cardiaca grave que precise tratamiento con urgencia. Este conocimiento pretende aumentar la seguridad y satisfacción de enfermería, así como unificar criterios de trabajo que proporcionen una mayor calidad de cuidados al paciente.

PÓSTER 033 IMPLANTACIÓN DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE. PROTOCOLO ELABORADO A PARTIR DE PATRONES DISFUNCIONALES

Autores: Carrasco Abellán DL¹; Martínez Martínez D²; Pérez Martínez F¹; Pérez Martínez N¹

1 Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia
2 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN

El DAI es un dispositivo con una batería (5-9 años), un condensador, circuitos de control y electrodos (descarga, sensado y estimulación). Sus indicaciones son prevención secundaria (parada cardiaca debida a FV o TV, síncope, riesgo MS) y prevención primaria (Madit II, Mustt, miocardiopatía dilatada e hipertrófica, síndrome de Brugada y QT largo). Su implantación ha aumentado progresivamente y en nuestro hospital especialmente en el último

año, lo que hace necesario su protocolización. Partir de patrones disfuncionales y de diagnósticos enfermeros y no solo de la técnica quirúrgica, mejora nuestro trabajo y la percepción del usuario.

OBJETIVO

Responder a las necesidades del paciente quirúrgico, creando un protocolo de actuación, un plan de cuidados para unificar criterios, evitar posibles complicaciones y dar seguridad al paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica y consenso del equipo. Aplicar el método científico en la práctica asistencial para identificar las necesidades de los usuarios, establecer planes de cuidados y resolver problemas identificados, codificándolos según patrones de Gordon y taxonomía NANDA.

RESULTADO

Elaboración de protocolo e instauración en servicio. Principales diagnósticos enfermeros: riesgo de infección, riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, déficit de autocuidado: baño e higiene, déficit de conocimientos, temor y angustia, dolor agudo y malestar.

CONCLUSIONES

Partir de los patrones disfuncionales prevalentes da lugar a un trabajo enfermero más satisfactorio para los pacientes y como todo protocolo asegura la continuidad y calidad de los cuidados, da seguridad al enfermero en su trabajo diario y sirve de referente para la formación del personal de nueva incorporación. Incidimos en la importancia de confortar al paciente, proporcionarle un entorno seguro, explicarle el procedimiento, transmitirle tranquilidad y acompañarle durante todo el proceso.

PÓSTER 034 ANÁLISIS DEL GRADO DE INFORMACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE QUE VA A SOMETERSE A UN CATETERISMO

Autores: Parra Carrillo AB¹; Martínez Gómez ME¹; Salas Alcaraz JF¹; Pallarés Martínez IM²; López Parra CM¹; Sánchez Giménez AB³

1 Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia

2 Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia

3 Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Ante la proximidad de una intervención quirúrgica, es frecuente la aparición de ansiedad en mayor o menor grado, lo que acarrea consecuencias en la recuperación física y emocional de los pacientes, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado coste económico. Aportar información clara, concisa y adaptada contribuye a disminuir la ansiedad ante procedimientos invasivos. Conocer el grado de información que el paciente recibe acerca del procedimiento. Valorar la influencia de la información en la disminución de la ansiedad del paciente antes del procedimiento

METODOLOGÍA

El estudio se ha desarrollado a partir de una metodología cualitativa, basada en la realización de entrevistas abiertas antes y después de la intervención a 10 pacientes en un periodo de un mes en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Rafael Méndez de Lorca (Murcia). Pacientes que se sometieron a cateterismo, y se les facilitó una guía flexible de preguntas abiertas intercaladas con preguntas cerradas con posibilidad de dar su opinión. Finalmente se procedió al análisis de toda la información obtenida.

RESULTADOS

El análisis de la información reveló que los pacientes no recibían una información satisfactoria, a pesar de que todos habían firmado un consentimiento, si bien eran conocedores del diagnóstico y de la indicación del procedimiento, la mayoría desconocían en qué consistía, así como los cuidados posteriores (reposo, inicio de descompresión/ dieta/actividad).

CONCLUSIÓN

Es necesario mejorar la información a pacientes y familiares para así poder garantizar que el consentimiento del paciente se produce una vez que está debidamente informado y, además poder disminuir la ansiedad que conlleva el procedimiento y la aparición de complicaciones.

PÓSTER 035 CONOCIMIENTOS SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LOS TRABAJADORES DE UN CENTRO INSTITUCIONALIZADO

Autores: López Carrillo S¹; López Marín E¹; González Martínez JM²; Magdaleno Castaño M¹; Rizos Lara ML¹; Gallego Ortiz A¹

1 Residencia para mayores Rodríguez Penalva. Huéscar. Granada

2 Residencia para mayores San Jaime - Fundación Fernández de las Heras y Santas Martires. Huéscar. Granada

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Cada año miles de personas mueren por paradas cardiorrespiratorias ya que no reciben tratamiento médico lo suficientemente rápido. La importancia de la parada cardiorrespiratoria, como problema sanitario, hace que la formación en técnicas de resucitación cardiopulmonar constituya un tema de gran interés. Es necesario potenciar la formación en resucitación de todos los ciudadanos. Durante la enseñanza se adquieren conocimientos sobre resucitación cardiopulmonar. Se aprenden técnicas y conocimientos que es necesario reforzar con la práctica clínica, y con la ayuda y consejo de otros profesionales más cualificados. Evaluar los conocimientos sobre actuación ante una parada cardiorrespiratoria de los profesionales de un centro institucionalizado de personas mayores. Centro en el que los servicios de emergencias más próximos están a 15 km.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, cuantitativo y cualitativo, retrospectivo, mediante encuestas con preguntas cerradas, realizadas a 44 profesionales. Entre ellos enfermeros, auxiliares de enfermería, cocineros, personal de limpieza y vigilantes de seguridad. Dichas encuestas fueron anónimas.

RESULTADOS

Tras la realización de estas encuestas, hallamos que: un 29,54% no presenta conocimientos previos, mientras que un 88,6% considera que necesita más formación. Un 22,72% comenzaría con ventilación en una parada cardiorrespiratoria mientras que un 63,63% comenzaría por las compresiones cardiacas. Un 27,7% se implicaría lo justo en una parada cardiorrespiratoria y un 72,72% participaría activamente. Un 47,7% contestó que NO sabrían realizar las maniobras de resucitación cardiopulmonar ante una parada.

CONCLUSIONES

Tras la realización de este estudio observamos que se debería implantar en el centro un programa específico de formación con charlas y talleres, tanto para personal sanitario como de servicios, mejorando, de esta manera, la calidad asistencial de estos trabajadores y la esperanza de vida de las personas que sufren paradas cardiorrespiratorias.

PÓSTER 036 CATETERIZACIÓN DE VENA ANTECUBITAL PARA EL ACCESO A CAVIDADES CARDIACAS DERECHAS EN LA CORONARIOGRAFÍA REALIZADA POR VIA RADIAL

Autores: Beneyto Armengot L; Vázquez Cutillas C; Torres Cruzado N; Morán Muñoz MJ; Miralles Arqués S; López Palop R; Carrillo Sáez P; Frutos García A; Cordero Fort A

Hospital Universitario San Juan de Alicante

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El acceso radial ha demostrado beneficios para el paciente tanto en la coronariografía diagnóstica como en el intervencionismo coronario. El uso sistemático de esta vía reduce las complicaciones vasculares, mejora el confort del paciente tras el cateterismo ya que no precisa inmovilización en cama y puede asociarse, según

algunos estudios, a reducciones de la mortalidad. La necesidad de acceso a cavidades derechas puede condicionar el empleo de la vía radial, haciendo que se pierdan parte de sus beneficios u obligando a utilizar el acceso femoral. La cateterización de la vena antecubital puede permitir la realización de estudios derechos y acceso a cavidades derechas sin perder los beneficios de la vía arterial radial para el cateterismo izquierdo.

MATERIAL Y MÉTODO

El personal de enfermería de la unidad de hemodinámica procede a cateterizar de forma estéril una vena antecubital mediante la técnica habitual utilizando un catéter tipo Abbocath de un máximo de 18 G (este catéter u otros de menor G permiten que la guía del introductor penetre por su luz). Posteriormente se colocará un introductor del *French* necesario para el procedimiento a realizar. A través de esta vena se introduce el catéter preciso hasta las cavidades derechas sin necesidad de recurrir a la vía femoral.

RESULTADOS

Durante los años 2012 y 2013 se ha intentado esta técnica en 91 procedimientos, consiguiéndose la cateterización de la vena antecubital en 81 procedimientos (89%). En 48 de estos casos (59%) se realizó el procedimiento con un catéter de Swan-Ganz, el cual precisa un introductor de 7 *French* (2,5 mm de diámetro).

CONCLUSIONES

La cateterización de la vena antecubital por parte del personal de enfermería en pacientes que precisan estudios cardiacos izquierdos y derechos permite preservar el uso de la arteria radial, sin perder los beneficios que esta proporciona, favoreciendo la deambulacion y el alta precoz del paciente.

PÓSTER 037 CICLO DE EVALUACIÓN PARA GARANTIZAR LA NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS POR ENFERMERÍA

Autores: Rodríguez Martín-Gil B; Gracia Ródenas MR; Hellín Gil MF; Pérez Martínez MT; Anierte Romero AI; Quintana Giner M; Ferrer Bas MP; Fernández Redondo MC

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El servicio de farmacia hospitalaria dispone de un sistema de notificación de reacciones adversas a medicamentos, para comunicar y registrar los acontecimientos adversos derivados de éstos y donde enfermería es parte del personal sanitario con autorización para acceder, cumplimentar y enviar el formulario. En la anterior edición de este congreso, se presentaron los resultados de la encuesta realizada a los enfermeros del área de cardiología, evidenciándose la baja participación y el desconocimiento del sistema de notificación. El servicio de calidad, inició un ciclo de evaluación en todo el hospital, con el objetivo de determinar si estas deficiencias en la notificación eran extensibles al resto de áreas hospitalarias y así, establecer medidas que garantizaran la correcta notificación de todas las reacciones adversas.

MÉTODOS

Con carácter retrospectivo se estudiaron las notificaciones totales realizadas entre enero y diciembre de 2012 y se determinaron las causas potenciales mediante el diagrama de causa-efecto (Ishikawa), para establecer 4 criterios de evaluación: reacciones adversas serán notificadas por enfermería, se notificará antes de 24 h, tendrán cumplimentados datos del paciente, tendrán cumplimentados datos del fármaco.

RESULTADOS

Se realizaron 46 notificaciones, obtuvo un cumplimiento del primer criterio 2,17%, el segundo 8,69%, el tercero 41,30% y el cuarto 60,87%. Frecuencias absolutas de incumplimiento. 1.º criterio (45), 2.º criterio (42), 3.º criterio (27), 4.º criterio (18). Las notificaciones fueron realizadas por: enfermería 1, facultativos 1 y farmacéuticos 44. El formulario utilizado fue: hoja amarilla (24), intranet (19), otros (3).

CONCLUSIONES

El enfermero es el profesional que está en continuo contacto con el paciente y el encargado de administración del tratamiento, siendo el primero en detectar cualquier efecto adverso que acontezca, por ello

se hace imprescindible su implicación en farmacovigilancia. Cuenta de ello dan los servicios de calidad y cardiología que, tras los resultados obtenidos, han implantado medidas correctoras.

PÓSTER 038 CULTURA DE SEGURIDAD REFERIDA POR ENFERMEROS DEL ÁREA DE CARDIOLOGÍA

Autores: Gracia Ródenas MR; Anierte Romero AI; Quintana Giner M; Manzano S; Pérez Martínez MT; Fernández Redondo MC; Pascual Figal DA

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La tendencia de la profesión enfermera ha girado en torno a la implantación de estrategias de mejora continua para establecer un clima de seguridad dirigido al paciente, por ello, conocer la opinión de los trabajadores sobre el tema asegura la detección de posibles fallos que pueden ser causados incluso por la dinámica de la propia institución. Conocer la opinión de enfermeros del área de cardiología sobre la seguridad del paciente hospitalizado.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal, mediante encuesta con 5 respuestas posibles, al personal de enfermería del área de cardiología.

RESULTADOS

N=24 (17 mujeres). Afirmaciones destacadas: sensación de errores usados en contra (58% de acuerdo, 29% en desacuerdo, 13% indiferente); durante el cambio de turno se pierde información (33% en desacuerdo, 17% indiferente, 50% de acuerdo/muy de acuerdo); pérdida de información durante el traslado de pacientes (75% de acuerdo, el 15% en desacuerdo); la libertad para cuestionar decisiones (75% en desacuerdo/muy de desacuerdo); en la prevención de errores por la organización (71% de acuerdo/muy de acuerdo, 17% en desacuerdo/muy en desacuerdo, resto indiferente); información oportuna de cambios (60% de acuerdo/muy de acuerdo, en desacuerdo/muy de desacuerdo el 23% y el 17% ns/nc); para la organización la seguridad es prioridad (71% de acuerdo/muy de acuerdo, el 26% en desacuerdo/muy de desacuerdo). La valoración de la seguridad del paciente y la calidad de sus cuidados la consideran aceptable (38%), muy buena (42%), excelente (12%), mala (8%) y nadie la considera deficiente.

CONCLUSIONES

La seguridad del paciente está bien considerada por este grupo de enfermeros, exceptuando lo referido a la comunicación/coordinación y la libertad del personal en toma de decisiones. La cultura de seguridad referida por el enfermero, debe evidenciarse por resultados positivos en la coordinación y comunicación dentro de las unidades, tarea de la que debe encargarse la institución.

PÓSTER 039 ANGIOPLASTIA AMBULANTE CON ALTA EN EL MISMO DÍA. UN PASO MÁS

Autores: Iglesias Mier T; Soriano Escobar ML; Gómez Martínez O; Pescador Valero A; Gallardo López A; Jiménez Mazuecos J; Gutiérrez Díez A; Melehi El Asalli D; Córdoba Soriano JG; Salmerón Martínez FM; Rodríguez Carcelén MD
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El intervencionismo coronario percutáneo (ICP) en pacientes estables puede ser realizado en determinados casos de forma ambulatoria sin comprometer la seguridad y evitando el ingreso hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de las características y evolución de pacientes con cardiopatía isquémica estable, seleccionados para intervencionismo ambulatorio por vía radial y alta a domicilio en el mismo día tras una estancia entre 4-6 horas en la unidad con monitorización a cargo del personal de enfermería.

RESULTADOS

En 2013 se realizaron 82 procedimientos electivos ambulantes no ingresados, de los cuales 19 fueron excluidos por complejidad de

acuerdo a un protocolo preestablecido. Se incluyeron 63 pacientes en el programa, de los cuales 9 casos fueron ingresados tras el ICP a criterio del operador (razones técnicas del procedimiento o complicaciones posteriores durante la observación). Edad 67±11 años. 71% varones. HTA 71%. DM 41%. Dislipemia 88%. Tabaquismo 12%. Acceso radial 100%. Doble antiagregación 100%. 6 French 98%. Duración del procedimiento 50± 31 minutos. Monovaso (91%). No hubo complicaciones vasculares. A las 24 h no hubo eventos clínicos ni reingresos. Al mes un caso ingresó por dolor no anginoso y buena evolución.

CONCLUSIÓN

Un programa de angioplastia ambulante es factible y eficiente sin comprometer la seguridad en al menos dos tercios de los pacientes.

PÓSTER 040 RECURSOS HUMANOS EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA Y PREVENCIÓN SECUNDARIA: PROYECTO RECABASIC

Autores: Ramón Carbonell M1; García Hernández PM²; Santillán García A³; Hernández Hernández I¹; Martínez Castellanos T⁴; Mora Pardo JA⁵; Portuondo Maseda MT⁴

1 Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

2 Hospital Universitario San Cecilio. Granada

3 Hospital General Yagüe. Burgos. Burgos

4 Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

5 Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla

INTRODUCCIÓN

Los programas de prevención y rehabilitación cardiaca precisan, para conseguir sus objetivos, de diferentes profesionales integrados en un equipo multidisciplinar. Es esta conjunción, de conocimientos, habilidades y actitudes, la que origina una asistencia integral al paciente. La mayoría de los equipos de rehabilitación cardiaca están fundamentados en el trabajo y competencias del personal de enfermería. La guía de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología describe a enfermería como la responsable para programar el ejercicio físico y asesorar en el control de los factores de riesgo cardiovascular.

OBJETIVOS

Un grupo trabajó en una clasificación donde se reflejaran los diferentes tipos de programas que existen en la práctica actual con el objetivo de concretar estándares básicos de programas de prevención y rehabilitación cardiaca públicos y privados. Atendiendo a las áreas de recursos humanos y actividades según fase del programa y el ámbito de desarrollo del programa: hospitalario, especializado, atención primaria y asociaciones o clubes de pacientes. Concretar los componentes del equipo multidisciplinar de trabajo en cada uno de esos estándares.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica (español e inglés) en Cochrane plus, Pubmed, Medline, Cuiden, Scielo, Cinahl, Lilacs, IME, Google académico y Biblioteca Virtual del Sistema Andaluz de Salud. Descriptores de perfil y competencias de enfermería, actividades, recursos humanos.

RESULTADOS

Este posicionamiento consensuado en el grupo de trabajo dio como resultado la categorización de los programas de rehabilitación cardiaca y prevención secundaria en tres categorías: básico, avanzado y excelente.

CONCLUSIONES

El desarrollo de los programas en diversos ámbitos hace interesante la inclusión de nuevos profesionales: internista, intensivista, andrólogo. Esto se fundamenta en las situaciones de desarrollo novedosas que están surgiendo y asentándose: atención primaria, clubs de pacientes, medio rural siempre con el referente hospitalario.

PÓSTER 041 GUÍA AL ALTA PARA PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS

Autores: Parra Carrillo AB¹; Martínez Gómez ME¹; López Parra CM¹; Sánchez Giménez AB²; Salas Alcaraz JF¹; Pallarés Martínez IM³

1 Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia

2 Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia

3 Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Debido al constante aumento de la edad poblacional y la cronificación de las enfermedades, cada vez es más frecuente encontrarnos con pacientes portadores de marcapasos, requiriendo cuidados y conocimientos específicos, que los pacientes, sus familias y/o sus cuidadores deben conocer. Elaborar una guía escrita de recomendaciones al alta para pacientes portadores de marcapasos, con el fin de proporcionar información clara, concisa y comprensible para los pacientes y sus familiares sobre las pautas y recomendaciones a seguir para el correcto funcionamiento del dispositivo.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de la creación y funcionamiento de un grupo de trabajo sobre recomendaciones al alta hospitalaria del paciente portador de marcapasos. El grupo funciona desde junio de 2013 formado por tres enfermeras. Se elabora un cronograma de reuniones, decidiendo la estructura y contenidos. Se parte de una búsqueda bibliográfica amplia y se valida con profesionales sanitarios conocedores de la materia, comprobando con los pacientes el entendimiento y utilidad. La guía es revisada por la unidad de calidad e investigación iniciando el proceso de difusión a profesionales y usuarios.

RESULTADOS

Se desarrolla un documento que consta de 9 apartados: ¿por qué se necesita un marcapasos?, ¿qué es un marcapasos cardiaco?, descripción de un marcapasos, colocación de un marcapasos, instrucciones generales al alta, actividades de la vida diaria, interferencias con su marcapasos, duración y recambio de marcapasos, información general. Se proporciona esta guía al alta como parte de las intervenciones de enfermería en pacientes con conocimientos deficientes y como anexo del informe de continuidad de cuidados al alta.

CONCLUSIONES

Es un documento en continua actualización y crecimiento que ayuda a mejorar la información que facilitamos al paciente y a su familia. La entrega de material, escrito y gráfico, es bien recibida por el paciente y el familiar, disminuyendo su ansiedad y proporcionando los conocimientos adecuados para el cuidado en el domicilio.

PÓSTER 042 EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Autores: Martínez Martínez L¹; Rogel Rodríguez R²; García Lloret D²; Espinosa Ramón S³; Martínez Caballero M⁴

1 Hospital Ibermutuamur-Patología Laboral. Murcia

2 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

3 SINAC

4 Fundación RAIS

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La rehabilitación cardiaca es un programa integral que pretende lograr que aquellas personas que han sufrido una cardiopatía recuperen y mejoren su condición física, social y psicológica. Asimismo, informa al paciente sobre la enfermedad que padece, los factores de riesgo responsables, cómo prevenirlos y los beneficios que ello le aporta. Ofrece apoyo psicológico para superar el estrés generado y asesoramiento socio-laboral. El programa está supervisado en todo momento por un equipo multidisciplinar: Cardiólogo, médico rehabilitador, psicólogo, fisioterapeuta y enfermera. Definir las funciones e intervenciones de enfermería en los programas de rehabilitación cardiaca.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de libros, artículos y páginas web relacionadas con la rehabilitación cardiaca que resalten la intervención de enfermería.

RESULTADOS

Desarrollo de las funciones de enfermería en las distintas fases del programa:

Fase I: Ingreso hospitalario. Valoración del paciente y su entorno. Control hemodinámico. Inicio de actividad y movilización temprana. Apoyo psicológico. Información y educación al alta sobre hábitos de vida saludables. Control de factores de riesgo cardiovasculares.

Fase II: Ambulatoria. Participación activa en la realización de pruebas funcionales para la estratificación de riesgo. Acogida en la

unidad. Coordinación en el desarrollo de sesiones de calentamiento y entrenamiento físico. Control hemodinámico. Charlas de educación sanitaria sobre factores de riesgo cardiovasculares. Apoyo psicossocial. Participación en sesiones de relajación y terapias grupales.

Fase III: Mantenimiento. Actuación conjunta de enfermería en atención primaria y especializada para estimular al paciente al mantenimiento del control de los factores de riesgo y continuidad de ejercicio físico independiente sin monitorización, para evitar así la aparición de un nuevo evento.

CONCLUSIÓN

El programa de rehabilitación cardíaca implica una estrecha relación enfermera-paciente, en la que inicialmente el paciente será dependiente de los cuidados hasta llegar a la autonomía completa.

PÓSTER 043 PROGRAMA EDUCATIVO PARA PACIENTES CON MARCAPASOS DEFINITIVO

Autores: Vera Cifuentes C; Palazón Galera E; Vera Cifuentes M
Universidad de Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El propósito fue determinar el conocimiento que poseen los pacientes portadores de marcapasos definitivo tras la asistencia a un programa educativo impartido por enfermeras, así como el comportamiento en su vida cotidiana, en sus factores: manejo de electrodomésticos, actividad sexual, actividades recreativas y actividad laboral.

MATERIAL Y MÉTODO

El diseño utilizado fue cuantitativo, de tipo descriptivo y cuasiexperimental. La población fue de 123 pacientes durante 3 meses. La muestra fue de 43 pacientes según criterios previamente establecidos. Se utilizó un cuestionario dividido en tres partes: la primera recoge información relacionada con los datos demográficos, la segunda consta de 29 ítems de respuesta dicotómica sobre el comportamiento sobre su vida cotidiana, y la tercera consta de 27 ítems de respuesta dicotómica sobre el comportamiento asumido por el usuario en su hogar tras participar en el estudio.

RESULTADOS

Se observó con respecto a la variable "conocimiento" que el 93% tuvo un conocimiento acertado en todos los ítems que constituyen el instrumento aplicado sobre esta variable. En cuanto a la variable "comportamiento", en términos generales, el 60,4% cumplió satisfactoriamente los aspectos interrogados.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que haber logrado que 40 de los 43 pacientes conozcan acertadamente todos los aspectos interrogados, da prueba de la efectividad del programa. Del mismo modo, considerando las limitaciones que impone la edad de la mayoría de los pacientes en el día a día, se puede concluir que el programa es efectivo, pero que se hace necesario un reforzamiento del mismo en el transcurso del tiempo, para alcanzar un porcentaje más alto.

PÓSTER 044 EXPERIENCIA Y RESULTADOS DE LA TRAQUEOSTOMÍA EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA

Autores: Piñero Sáez S; Caballero García MJ
IDC Salud Hospital Albacete

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Evaluar los resultados de la técnica de traqueostomía en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca en el periodo de enero de 2010 hasta enero de 2014, a los cuales se les ha realizado la técnica de traqueostomía durante el posoperatorio.

RESULTADOS

Durante este periodo, han sido intervenidos un total de 1397 pacientes, de los cuales 21 precisaron una traqueostomía durante su posoperatorio en la unidad de cuidados intensivos. Los pacientes presentaban una media de edad de 72,4 años, con un intervalo de 50 a 84 años. Seis de ellos estaban diagnosticados de patología

respiratoria previa. La intervención quirúrgica se realizó en 3 casos de forma urgente. En los restantes, la cirugía fue programada. Las intervenciones fueron 13 sustituciones valvulares, 3 revascularizaciones coronarias, 2 disecciones Ao, 3 valvulares y coronarios. Tres pacientes portaban tubo endotraqueal desde el hospital de referencia, no realizándose la intubación inicial en nuestro centro. Dieciséis de los veintiún pacientes presentaron una reintubación durante su estancia en la UCI. Los cinco restantes no llegaron a la extubación de la ventilación mecánica invasiva previa a la traqueostomía. Como complicaciones más reseñables relacionadas con la técnica, 2 pacientes presentaron una mediastinitis durante el posoperatorio; no hubo otras complicaciones significativas. La mortalidad hospitalaria de los pacientes fue del 38% (8/21). Se ha realizado un seguimiento de todos los pacientes, encontrando que 2 han presentado *exitus* extrahospitalario.

CONCLUSIONES

La traqueostomía para la ventilación del paciente intervenido de cirugía cardíaca es una técnica segura, con escasas complicaciones y que puede ser beneficiosa en determinados pacientes para continuar con el *weaning* de la VMI durante su posoperatorio. Pese a todo, sigue asociándose con una alta mortalidad no relacionada con la técnica.

PÓSTER 045 PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO Y SANITARIO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO

Autores: Pérez Martínez F¹; Martínez Martínez D²; Carrasco Abellán DL¹
1 Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia
2 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El implante de marcapasos definitivo es un procedimiento quirúrgico en el que el personal de enfermería participa activamente. Se trata de describir el perfil de los pacientes sometidos a la colocación de un marcapasos definitivo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo transversal en el que se ha revisado la historia clínica y el informe de alta de cardiología, en pacientes portadores de marcapasos definitivo. Para determinar el perfil socio-sanitario de los pacientes sometidos a estos procedimientos se han obtenido los datos relativos al periodo de enero a diciembre de 2013. El análisis estadístico que se aplicó ha sido el método de Chi² y el método de la t de Student.

RESULTADOS

El estudio ha incluido un total de 175 pacientes sometidos a distintos procedimientos cardíacos, excluyéndose 5 pacientes a los que se les implantó un DAI y un paciente al que se le colocó un Holter. El principal motivo de ingreso para el implante de marcapasos definitivo ha sido el síncope, tratándose de una población autónoma que mantiene un alto grado de independencia. La media de edad de los pacientes sometidos a este tipo de procedimientos se encuentra por encima de los 78 años de la vida, siendo frecuente la presencia de antecedentes de enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia.

CONCLUSIONES

La principal indicación de marcapasos definitivo en nuestra población fue el bloque aurículo-ventricular, seguido de la disfunción del seno, lo cual se asemeja a los resultados consultados de estudios publicados. Se desprende la importancia de las recomendaciones dirigidas a que la población evite los factores de riesgos cardiovasculares para mejorar la calidad de vida.

PÓSTER 046 IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS DEFINITIVO. PROTOCOLO ELABORADO A PARTIR DE PATRONES DISFUNCIONALES

Autores: Pérez Martínez F¹; Martínez Martínez D²; Moreno Tomás MC¹; Carrasco Abellán DL¹; Salmerón Gracia A¹
1 Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia
2 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN

El marcapasos cardiaco es un aparato compuesto por un generador y uno o dos electrodos. Sus principales indicaciones son bloqueo auriculo ventricular y enfermedad del seno, teniendo para el paciente la consideración de cirugía cardiaca. Partir de patrones disfuncionales y de diagnósticos enfermeros y no solo de la técnica quirúrgica, nos permite realizar un trabajo más efectivo.

OBJETIVOS

Crear un protocolo de actuación para unificar criterios, evitar complicaciones y dar seguridad al paciente. Responder a las necesidades del paciente durante el proceso quirúrgico tendiendo a la excelencia en los cuidados enfermeros.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica y consenso del equipo. Recoger los diagnósticos enfermeros, aplicar la valoración de Patrones Funcionales de Gordon y taxonomía NANDA. Aplicar el método científico en la práctica asistencial para identificar las necesidades, establecer planes de cuidados y resolver problemas identificados.

RESULTADOS

La protocolización permite un trabajo de enfermería más eficiente y de mayor calidad. Los principales diagnósticos enfermeros son: riesgo de infección r/c destrucción tisular por herida quirúrgica y procedimientos invasivos. Riesgo de desequilibrio de la Temperatura corporal r/c nerviosismo y temperatura del quirófano. Déficit de autocuidado: higiene. Déficit de conocimientos r/c la intervención y postoperatorio inmediato. Temor y angustia r/c intervención quirúrgica y proceso anestésico.

CONCLUSIONES

Partir de los patrones disfuncionales prevalentes en los pacientes candidatos a marcapasos a la hora de elaborar el protocolo de implantación y no solo la técnica quirúrgica da lugar a un mejor trabajo enfermero, asegura la continuidad y calidad de los cuidados, da seguridad al enfermero y sirve de referente para la formación del personal. Importancia de confortar e informar al paciente, proporcionando un entorno seguro.

PÓSTER 047 PERFIL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CARDIACA

Autores: García Hernández PM¹; Ramón Carbonell M²; Martínez Castellanos T³; Mora Pardo JA⁴; Portuondo Maseda MT⁵; Santillán García A⁶; Hernández Hernández I²

- 1 Hospital Universitario San Cecilio. Granada
- 2 Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia
- 3 Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid
- 4 Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla
- 5 Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid
- 6 Hospital General Yagüe. Burgos

INTRODUCCIÓN

El concepto de enfermería generalista o polivalente está desfasado en la realidad asistencial. Esto, unido al desarrollo en nuestro país de los programas de prevención y rehabilitación cardiaca, implica la necesidad de definir el perfil profesional que debe cumplir la enfermería en estos programas. La legalidad vigente en España va por detrás de la realidad de la praxis asistencial. Así, que la legalidad vigente no reconozca la situación real, no debe significar que las asociaciones de profesionales no acometan la definición de las funciones, competencias y perfil de enfermería en sus áreas de actuación. Nace un proyecto en el seno de un grupo de trabajo de una sociedad, al observar que es necesario definir, poner en valor y posicionarse en los aspectos determinantes del perfil y competencias profesionales para la evolución, perfeccionamiento, desarrollo y especialización de la enfermería cardiológica preventiva.

OBJETIVO

Determinar el perfil profesional de enfermería cardiovascular en los programas de prevención y rehabilitación cardiaca.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en inglés y español en: Cochrane plus, Pubmed, Medline, Cuiden, Scielo, Cinahl, Lilacs, IME, Google académico y Biblioteca Virtual del Sistema Andaluz de Salud. Descriptores: perfil y competencias de enfermería, actividades, recursos humanos. Se encontraron 180 referencias de las cuales

100 eran artículos en revistas científicas, 7 revisiones sistemáticas o metanálisis, 6 guías de práctica clínica y 71 libros, actas de congresos, páginas web acreditadas.

CONCLUSIONES

Se determinaron tres dominios: conocimientos, habilidades y actitudes. Divididos en dimensiones: asistencial, acreditación, conocimientos académicos, gestión, docencia, investigación e idiosincrasia. Cada dimensión requiere unas competencias profesionales que son definidas por diversos conceptos de perfil competencial. Se perfila la adecuación necesaria e imprescindible entre el desarrollo del puesto de trabajo y la competencia profesional, promovida y consensuada generando así un posicionamiento fuerte de la enfermería cardiovascular preventiva.

PÓSTER 048 ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE VISITAS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Autores: Martín Pérez S; Labiano Pérez-Seoane C; Rubio Marco E; Lizárraga Ursua Y; Andueza Alegría I; Bazanovi M; Vázquez Calatayud M
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La adopción de políticas de visitas es esencial para cubrir las necesidades de los pacientes y familiares de las unidades de cuidados especiales. Describir la adherencia a la política de visitas de la unidad. Analizar las incidencias identificadas en la adhesión a la política vigente. Estudiar la asociación entre el nivel de cumplimiento de la política, el sexo y la conducta del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo realizado en una unidad de cuidados especiales con una política de visitas flexible, en un hospital universitario. Muestreo de conveniencia. Recogida de datos: instrumento elaborado y pilotado para el registro de la adherencia a la política de visitas de la unidad.

RESULTADOS

Se recogieron durante tres meses 50 registros (n=50pacientes). De los cuales el 50% no cumplió la política. La edad media de los pacientes fue de 69,76 años (DE: 12,72), 56% hombres. Estado emocional: 58% normal, 42% con algún tipo alteración (desorientación, ansiedad o labilidad). No hubo asociación entre el nivel de cumplimiento de la política de la unidad, el sexo ($\rho=-0,161$, $p=0,264$) y la conducta ($\rho=-0,129$, $p=0,362$). De los casos que cumplieron el horario establecido, un 6% carecía de acompañantes. Del 50% restante, un 10% acompañó a su familiar durante las 24 h por desorientación y/o estado crítico. Sin embargo, a un 4% de los familiares que solicitaron acompañar al paciente las 24 h no se le permitió. Se identificaron otros motivos en los que se amplió el horario: durante las comidas, la realización de pruebas, el ingreso u otros motivos.

CONCLUSIONES

En la mitad de los casos no se cumple la política de visitas. No hay uniformidad en la justificación para la adhesión (o no) al horario definido. Se plantea la necesidad de conocer cómo perciben el paciente, las familias y los profesionales la política de la unidad para poder optimizar e individualizar la política establecida.

PÓSTER 049 PROGRAMA EFAOPAC (CON EL EJERCICIO FÍSICO Y LA ALIMENTACIÓN ÓPTIMA, SE REDUCE EL PERÍMETRO ABDOMINAL Y AUMENTA EL NIVEL EN SANGRE DEL C- HDL)

Autores: Arias Fernández MT; Cañón Sánchez A; García Mulero P; Marcos González N; García Abella M; Moreno Martínez P; Prieto García E
Complejo Asistencial Universitario de León

INTRODUCCIÓN

Es un programa de prevención secundaria, desarrollado por un grupo de enfermeras de distintas unidades del área de cardiología en colaboración con un equipo multidisciplinar. Se lleva a cabo en personas que han sufrido una angina de pecho y/o un infarto de

miocardio, que son revascularizados y tienen dificultades (laborales, familiares, de transporte, etc.) para acoplarse al programa de rehabilitación cardiaca que ofrece el Complejo Asistencial Hospitalario de León.

OBJETIVOS

Fomentar la implicación y responsabilidad de las personas con una enfermedad cardiovascular en el control de los factores de riesgo CV modificables, siguiendo el tratamiento médico y adoptando estilos y hábitos de vida saludables.

MATERIAL Y MÉTODOS

Captación de pacientes (personal de enfermería-unidad coronaria): entrega del consentimiento informado. Registros del peso, talla, medida del PA y analítica y ECG al ingreso en la unidad coronaria y cada 3 meses (durante 2 años). Consulta con el cardiólogo al mes del alta, 6, 12 y 24 meses. Prueba de capacidad funcional (servicio registros coronarios): ergometría con gasto de oxígeno, al mes de alta (antes del comienzo del ejercicio) a los 3, 12 y 24 meses. Programa de ejercicio (servicio de rehabilitación cardiaca): 3 meses (un día/semana). Los pacientes son instruidos y realizan los ejercicios en su domicilio. Actividad física (caminata) según su capacidad de esfuerzo. Controlan la intensidad del esfuerzo con un podómetro personal. Encuesta previa y a los dos años, de adherencia al ejercicio, IPAQ (Cuestionario Internacional de Actividad Física). Programa de alimentación (servicio de endocrinología y nutrición): estudio antropométrico y dieta personalizada, al mes del alta, 6, 12 y 24 meses. Encuesta previa, recordatorio de 24 h, cada 3 meses y final a los 24 meses, de adherencia a la dieta (Dansinger-2005). Programa de ayuda rehabilitación psíquica (tabaquismo, ansi edad, bulimia, depresión): antes del alta hospitalaria y visitas periódicas según necesidad de cada paciente.

PÓSTER 050 EL TEST DE ACETILCOLINA INTRACORONARIA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ANGINA VASOESPÁSTICA

Autores: Clemente García A; Valverde Navarro MJ; Velasco Álvarez A; Ruiz Valero C; García Teruel E; Soto Fernández D; García Molina V; García-Escribano García I; Cano Vivar P; Consuegra Sánchez L; Cascón Pérez JD
Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El test de acetilcolina es recomendado por las guías de práctica clínica en cardiología como método diagnóstico de la angina vasoespástica en pacientes con dolor torácico, tests no invasivos no diagnósticos y angiografía coronaria normal. Su implementación en la práctica clínica no ha sido exitosa fundamentalmente por estudios previos que han informado de complicaciones graves (vasoespasmos severos, taquiarritmias graves, muertes). El objetivo de este estudio ha sido el de describir, así como evaluar, la seguridad y eficacia del protocolo de acetilcolina que se emplea en el Hospital Robert-Bosch (Stuttgart, Alemania).

MATERIAL Y MÉTODO

Para realizar el test de acetilcolina ponemos el disolvente acuoso (2ml) en el vial de acetilcolina 1% (20mg). Extraemos 2 ml de un suero fisiológico al 0,9% de 100 ml e inyectamos los 2 ml de la disolución de acetilcolina. Solución stock 1. Se extraen 10 ml de un nuevo suero fisiológico 0,9% de 100 ml y se inyectan 10 ml de la solución stock 1. Solución stock 2. De nuevo se toman 10 ml de stock 2 que se añaden a 90 ml de ssf al 0,9%. Solución stock 3.

RESULTADOS

En 12 estudios realizados desde enero de 2012 en pacientes con angina de pecho (de esfuerzo 50%, angina mixta 25%) hemos obtenido un resultado positivo (reducción luminal del vaso de >70% y síntomas compatibles), siendo negativo en el 75% de los casos (16% dudosos). El tiempo de preparación del test es de 15 minutos, la realización de la prueba es de aproximadamente de 25 minutos y como única complicación fue la de una pausa sinusal > 5 segundos.

CONCLUSIÓN

El test es una prueba sencilla, relativamente económica y que puede facilitar el diagnóstico de aquellos pacientes con angina estable y que no presentan lesiones en sus coronarias y, por lo tanto, son susceptibles de tratamiento médico.

PÓSTER 051 ¡EQUIPO DE RESPUESTA A EMERGENCIAS, DÍGAME!

Autores: Subiela García JA¹; Celdrán Baños Al¹; Manzanares Lázaro JA¹; Cascales Palazón E¹; García Guillén MJ¹; Díaz Martínez AM¹; Lozano Ballester MJ¹; Moreno Sánchez IF¹; Torres Pérez AM²

1 Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Pozo Aledo. Murcia
2 Centro de Salud de Andorra. Murcia

INTRODUCCIÓN

El ERC (European Resuscitation Council) en sus recomendaciones de 2010 propone la adopción de una cadena adicional a la cadena de supervivencia extrahospitalaria para ambientes intrahospitalarios, una "cadena de prevención intrahospitalaria" para ayudar a los hospitales en la estructuración de sus procesos de cuidados para prevenir y detectar el deterioro de los pacientes y el paro cardíaco.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es determinar cuál es el estado actual de los sistemas de respuesta al deterioro clínico de los pacientes y la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCRi) existentes en los nueve hospitales de referencia del Servicio Murciano de Salud (SMS) basado en las recomendaciones de 2010 del ERC.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica relacionada con la prevención y tratamiento de la PCRi para determinar cuáles son los puntos clave entre los que se incluyen: Prevención de la PCRi y una escala de aviso precoz. Estructura y organización del equipo de respuesta a emergencias intrahospitalario (EREi). Análisis del material necesario para atender las PCRi. Formación continuada. Evaluación continua del proceso.

Estudio observacional descriptivo mediante cuestionario con preguntas abiertas y cerradas donde han analizado con detalle todos los puntos en cada una de las nueve áreas de salud del SMS.

RESULTADOS

Se han encontrado organizaciones muy dispares y sistemas de organización diferentes en cuanto a estructura y material en cada uno de los sistemas de emergencias analizados.

CONCLUSIONES

Existe evidencia científica de que el reconocimiento y las actuaciones tempranas en situaciones clínicas de inestabilidad fisiológica pueden prevenir paradas cardíacas, muertes, retrasos de ingreso y/o readmisiones en UCI. Proponemos, por tanto, una guía basada en las directrices del ERC haciendo uso de las técnicas de información y comunicación (TIC), que permita la implantación progresiva de un sistema de emergencia intrahospitalario homogéneo en todo el SMS.

PÓSTER 052 SOPORTE MECÁNICO CIRCULATORIO DE CORTA DURACIÓN (ECMO). CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA INTENSIVA

Autores: Horrillo Alonso I¹; Celaya Ruiz N¹; Martínez Sáenz T²; Sanmartín Saavedra D²

1 Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. Vizcaya
2 Hospital Universitario Cruces. Vizcaya

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), es el sistema de asistencia circulatoria y/o respiratoria más usado; permite un soporte cardiovascular de carácter temporal, siendo capaz de sustituir las funciones de ventilación, oxigenación y bombeo en aquellos pacientes que presentan un fallo reversible de dichas funciones y que no responden a otras medidas terapéuticas; o en aquellos que presentan un fallo irreversible a la espera de tratamiento definitivo (soporte ventricular de larga duración, trasplante cardíaco). En el año 2013 atendimos a 7 pacientes con este sistema de asistencia circulatoria. Establecer un protocolo de cuidados para los pacientes con ECMO. Diseñar un póster como herramienta de divulgación del protocolo.

MATERIAL Y MÉTODO

Amplia revisión bibliográfica de publicaciones relacionadas con el tema. Análisis de la evidencia basada en nuestra propia experiencia.

Empleo de la metodología NANDA para la elaboración del protocolo. Diseño de un póster que explique de manera gráfica y simple los principales cuidados para este tipo de pacientes.

RESULTADOS

Se realizó un póster con el protocolo de cuidados, haciendo una descripción de las diferentes intervenciones de enfermería.

CONCLUSIONES

La elaboración de un protocolo de cuidados normaliza la práctica y facilita la tarea del personal de nueva incorporación. La utilización del póster es una herramienta ágil y útil para la divulgación de un protocolo, favoreciendo que se proporcionen unos cuidados integrales y estandarizados a los pacientes.

OPTA A PREMIO

PÓSTER 053 PROGRAMA DE INTERACCIÓN ENFERMERA ENTRE PROFESIONALES DE HEMODINÁMICA Y HOSPITALIZACIÓN

Autores: Valverde Bernal J; Delgado Sánchez FJ; Márquez López A
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La dinámica de hospitalización en hospitales de tercer nivel ha representado un cambio funcional para optimizar recursos que conllevan la hospitalización de pacientes de hemodinámica en unidades diferentes a cardiología. Esto ha representado un esfuerzo por parte de enfermería para difundir y compartir conocimientos, unificar criterios, prevenir complicaciones y proporcionar cuidados de calidad. Difundir el conocimiento de los protocolos de actuación pre y posintervencionismo al conjunto de profesionales de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Tras una revisión bibliográfica exhaustiva, se revisaron y modificaron los protocolos de actuación en vigor tras consenso con el equipo interdisciplinar. Se diseñó un programa de revisión diaria de todos los pacientes hospitalizados de hemodinámica, que sería puesto en marcha por el turno tarde al disponer de una franja horaria más adaptable. Se realizó una difusión del programa entre todos los mandos de enfermería. Los datos relacionados con los cuidados pre y posintervencionismo fueron registrados para su posterior análisis. El periodo de muestreo fue de noviembre de 2011 hasta octubre de 2013.

RESULTADOS

Muestra total de 445 pacientes de 23 unidades diferentes. El 71% ingresaron en 15 salas de hospitalización diferentes, siendo las más visitadas ginecología, traumatología y cirugía. Tan solo un 10% estaban ubicados en cardiología. Actuaciones destacadas: el 42% actualización de conocimientos en el cuidado al paciente de hemodinámica; el 52% valoración de la extremidad. El 73% valoración del paciente y resolución de dudas; el 10% retirada de pulsera hemostática como educación; el 2% de las consultas se resolvieron telefónicamente.

CONCLUSIONES

Gran aceptación del programa por enfermería de hospitalización, observándose interés por la adquisición de conocimientos, creándose un nexo cercano entre equipos. Compartir el conocimiento entre profesionales contribuye a aumentar la seguridad de los cuidados de enfermería, así como la mejora de la calidad de éstos. El intercambio de opiniones sobre los cuidados proporciona una herramienta de control de calidad.

OPTA A PREMIO

PÓSTER 054 CUIDA TU CORAZÓN

Autores: Sardonís Ruiz LM¹; Gómez López F¹; Izquierdo Torre M V¹; Ocariz Aguirre MA¹; Hernando García FJ¹; Peña Larrazabal MI¹; Pereiro Pérez MA¹; Bañuelos San José MA¹; García Imaz J¹; Gómez García X²; Etxebarria Izquierdo EJ³; López Gorostidi N⁴

1 Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Vizcaya

2 Estudiante de Enfermería

3 Clínica Corachan. Barcelona

4 IMQ

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un problema de enorme magnitud, siendo la principal causa de muerte en los países desarrollados. La aparición epidémica de las enfermedades cardiovasculares está asociada con hábitos de vida malsanos y factores de riesgo cardiovascular modificables como el tabaco, colesterol, diabetes, hipertensión arterial, sedentarismo o la obesidad.

OBJETIVOS

Disminuir la morbimortalidad de la enfermedad cardiovascular en nuestro entorno, promoviendo y facilitando la adopción de un estilo de vida cardiosaludable y la prevención de los factores de riesgo cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el año 2013 se pone en marcha un programa de educación sanitaria basado en recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología sobre prevención de los factores de riesgo cardiovascular y consejos sobre estilos de vida cardiosaludables, dirigido a los pacientes y familiares del área de cardiología de nuestro hospital. Tras cada charla, a cada persona se le entregó una guía con recomendaciones cardiosaludables y se recogió un cuestionario anónimo de valoración del programa. Revisión bibliográfica de las actuaciones de enfermería para la adopción de estilos de vida cardiosaludable.

RESULTADOS

De entre los datos analizados, podemos destacar que dos de cada tres personas no practican ejercicio físico o solo lo realizan ocasionalmente, y que prácticamente la mitad no siguen una alimentación cardiosaludable. La totalidad de los pacientes y familiares que participaron en el programa, lo valoraron de forma positiva al aclarar sus dudas, adquiriendo nuevos conocimientos que les han ayudado a modificar hábitos malsanos y a practicar hábitos de vida cardiosaludables.

CONCLUSIONES

El papel de la enfermera como educadora para la salud llevando a cabo intervenciones de promoción de estilos de vida cardiosaludables, así como de prevención de los factores de riesgo cardiovascular es clave para reducir la morbimortalidad de la enfermedad cardiovascular.

OPTA A PREMIO

PÓSTER 055 NANDA (NOC-NIC) Y PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON EN LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores: Gambra Michel MC
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

En el año 2012 se creó la unidad multidisciplinar de insuficiencia cardiaca (UMIC). Elaborar un póster informativo de educación al paciente con insuficiencia cardiaca (IC), relacionado con el autocontrol de su enfermedad, que contribuya a la disminución de los ingresos en urgencias y en la planta de hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODO

Se elaboró un póster sobre la educación del paciente con IC que incluía los siguientes aspectos. Conocimiento sobre el significado y proceso de su enfermedad. Reconocimiento de los síntomas (hábitos de vida). Actuación ante la descompensación (titulación de fármacos). Educación a la familia (cuidador principal). NANDA (NOC-NIC) y los Patrones Funcionales de Marjory Gordon: percepción y manejo de la salud, nutricional-metabólico, eliminación, actividad y ejercicio, sueño y descanso, cognitivo y perceptivo, rol-relaciones, sexualidad y reproducción.

CONCLUSIÓN

La UMIC ha adaptado los diagnósticos NANDA (NOC-NIC) a los Patrones Funcionales de Marjory Gordon para organizar la consulta de la unidad. Los resultados demuestran que las intervenciones de enfermería han sido beneficiosas para lograr los objetivos de la UMIC.

OPTA A PREMIO

PÓSTER 056 MARCAPASOS SIN CABLES. UN AVANCE TECNOLÓGICO

Autores: Merino Parrondo JP; López Fernández MA; Morala Salam E
Hospital Universitario La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN

Recientemente se han comenzado a implantar en algunos hospitales de España los nuevos marcapasos sin cables (Nanostim™) Estos dispositivos cambian la fisonomía tradicional de los marcapasos y la manera de ser implantados. Se trata de un pequeño aparato (10% del tamaño habitual), que es a la vez generador y electrodo, y que se aloja directamente en la cámara a estimular, lo que aporta muchas ventajas para el paciente. Y todo ello sin afectar a la durabilidad de la batería. Dado que la enfermería tiene un papel activo en el campo de la estimulación cardiaca, creemos que es útil y necesario conocer las oportunidades, diferencias y limitaciones que nos ofrece.

DISCUSIÓN

Esta nueva técnica elimina muchas complicaciones que existen en el implante tradicional: neumotórax, hematoma, infección del bolsillo quirúrgico, fractura de electrodos de estimulación, decúbito de la batería, etc. Además, en cuanto al paciente, mejora su comodidad, elimina el bulto visible así como cicatrices quirúrgicas y suprime las restricciones de la actividad. Sin embargo, actualmente este dispositivo solo funciona en modo VVIR. Asimismo hay que contar con las posibles complicaciones derivadas de la punción venosa femoral: sangrados, fístulas, pseudoaneurismas, etc. También existe la posibilidad de embolización del dispositivo hacia las arterias pulmonares y además aún no está disponible el seguimiento remoto domiciliario.

OPTA A PREMIO

PÓSTER 057 USUARIOS INFORMADOS. CONSENTIMIENTO

Autores: Iglesias Puente P; Mas Benlloch C; Pegalajar Pineda FA
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado es el compromiso que se establece, de forma conjunta, entre el personal sanitario y el cliente durante la relación clínica, llegando a ser la culminación de la decisión autónoma del paciente, y siendo un derecho del mismo y un deber de los profesionales sanitarios. Se encuentra recogido en la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y en la Ley 1/2003 de la Generalidad valenciana de derechos del paciente cuya finalidad es hacer al usuario participe de forma activa de las decisiones que formen parte de su vida.

MATERIAL Y MÉTODO

No son nuevos los modelos de enfermería en los que se promueve el concepto de autonomía; ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Ayudarle a lograr su independencia a la mayor brevedad posible. Es por esto por lo que enfermería, como colaboradora en las técnicas invasivas y cuidadora en el pre y posintervención, debe hacer uso de sus conocimientos asesorando ante cualquier tipo de duda y velar por el cumplimiento del CI, así como por el total respeto a la libertad de decisión y por el trato unitario del individuo, debiendo ser tratado como un ser concreto con su historia personal única y promoviendo el igualitarismo entre el sanitario y el enfermo.

CONCLUSIÓN

En el contexto de la visión holística del paciente/cliente y de la humanización de los cuidados de enfermería, tan de moda en los últimos tiempos, nuestro principal papel debe ser fomentar el respeto máximo a la dignidad del ser humano y promover la mejor calidad asistencial poniendo nuestros conocimientos, habilidades y experiencia al servicio de la persona.

OPTA A PREMIO

PÓSTER 058 MANEJO DEL MARCAPASOS POR ENFERMERÍA

Autores: Pérez Rodríguez MT; Moreno Zorrilla FV; García Pérez C; Poza Domínguez A
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las células eléctricas especializadas del sistema de conducción cardiaca, generan y coordinan la trasmisión de los impulsos eléctricos a las células miocárdicas. Cuando este sistema fisiológico falla, es preciso utilizar un dispositivo con capacidad para generar estímulos eléctricos, provocando la despolarización y contracción de corazón: el marcapasos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica y estudio del manual del marcapasos bicameral de nuestro hospital.

CONCLUSIÓN

Es fundamental que el personal de enfermería maneje perfectamente y con seguridad cualquier marcapasos para actuar resolutivamente ante una emergencia, aumentando así los estándares de calidad de los cuidados enfermeros.

OPTA A PREMIO

PÓSTER 059 ATRECTOMÍA ROTACIONAL DE URGENCIA EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA EXTRACORPÓREA

Autores: Gómez López F; Izquierdo Torre MV¹; Sandóns Ruiz LM¹; Ocariz Aguirre MA¹; Hernando García FJ¹; Peña Larrazábal MI¹; Pereiro Pérez MA¹; Bañuelos San José MA¹; García Imaz J¹; Gómez García X²; Etxebarria Izquierdo EJ³; López Gorostidi N⁴

1 Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Vizcaya

2 Estudiante de Enfermería

3 Clínica Corachan. Barcelona

4 IMQ

INTRODUCCIÓN

La aterectomía rotacional facilita desde 1988 el intervencionismo coronario en lesiones severamente calcificadas o con gran dificultad para pasar un STENT. Se realiza con un dispositivo formado por una desbrozadora con forma de oliva recubierta de microcristales de diamante que al girar a alta velocidad pulveriza el calcio de la placa, formando micropartículas que se eliminan a través del sistema reticuloendotelial. Funciona según el principio de "corte diferencial", es decir, actúa sobre el material inelástico preservando los elementos sanos de la pared arterial, ya que estos son elásticos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos un caso clínico realizado de urgencia durante una guardia en nuestra unidad en el año 2013. Paciente de 77 años con antecedentes personales de HTA, dislipemia y ACV isquémico al que realizamos un cateterismo urgente objetivando EAC severa de tres vasos: ostium CI, CD y Cx. Estabilizamos al paciente hemodinámicamente colocándose BCIAo y MP endovenoso. Se traslada de modo urgente al quirófano de cirugía cardiaca donde se realiza un triple bypass (arteria mamaria izquierda a DA, venas safenas a CD y Cx). Durante el posoperatorio presenta shock cardiogénico con elevación persistente del segmento ST en cara inferior y empeoramiento de la función del VI.

PLAN DE CUIDADOS

Se realiza de nuevo coronariografía, objetivando trombosis precoz del puente de vena safena a la CD. Tras intento fallido de angioplastia se decide realizar de modo urgente una aterectomía rotacional al ostium de la CD efectiva lo que permitió la colocación de un STENT, y salvar la vida del paciente.



REFLEXIÓN

La aterectomía rotacional es un procedimiento intervencionista complejo. Al no ser utilizado de forma rutinaria, requiere una gran experiencia y coordinación entre los miembros del equipo de hemodinámica sobre todo si se realiza durante una urgencia. El conocimiento de la técnica y la perfecta integración de la enfermería en el equipo intervencionista, garantiza la seguridad y eficacia del procedimiento.

OPTA A PREMIO

PÓSTER 060 DISFUNCIÓN SINTOMÁTICA DE MARCAPASOS TRAS RECAMBIO DE ELECTRODO.

Autores: Alba Saá F; Pacios Pacios MDLA; Sánchez Alonso A
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN

Un marcapasos está compuesto por un generador y unos electrodos que sensan y estimulan el músculo cardíaco para lograr una contracción del mismo. Tanto la técnica de implantación, como ser portador de uno, no están exentos de posibles complicaciones.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 88 años, hipertensa, bradicárdica, portadora de marcapasos definitivo en modo DDD, que acude a urgencias por síncope. Se le diagnostica rotura de electrodo del dispositivo. Realizado recambio del mismo, ingresa en planta, entrando de nuevo en bradicardia, generando este caso clínico.

PLAN DE CUIDADOS

El plan de cuidados individualizado, basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson, y las taxonomías NANDA-NOC-NIC tenía como diagnóstico principal: disminución del gasto cardíaco.

REFLEXIÓN

Las intervenciones de enfermería aplicadas a esta paciente fueron clave para la resolución del problema de colaboración surgido, y pueden ser aplicados en casos similares.

PÓSTER 061 SEGUIMIENTO DAI. EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA

Autores: Carmona Heredia AM; Aguirre Montoya JC; Villares Jiménez A
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En el servicio de cardiología de nuestro hospital se realizan los seguimientos de marcapasos (MP) por enfermería. En el año 2009 se implantaron los primeros desfibriladores automáticos implantables (DAI) y desde entonces se revisan estos dispositivos en consulta y gran parte de ellos se siguen con monitores domiciliarios. Comparar las terapias de DAI de nuestro servicio con los datos del Registro Español de Desfibrilador Automático Implantable (REDAI). Analizar la experiencia de enfermería en el seguimiento de DAI.

MATERIAL Y MÉTODO

Se recogieron datos de todos los primoimplantes de DAI desde enero de 2009 a diciembre de 2012, consultando la historia clínica de los pacientes. Se analizaron los datos con el programa SPSS 19. Los datos del REDAI se consultaron en su página web.

RESULTADOS

El número de implantes en este periodo fue de 45, recambios 11 y recolocaciones 2. La mayor parte se implantaron en varones (86,2 %). La principal indicación fue la prevención primaria. La cardiopatía de base más frecuente fue la isquémica. Durante el seguimiento 10 pacientes presentaron eventos, la taquicardia ventricular sostenida fue la arritmia que más presentaron, de las cuales la mayoría se resolvió con terapia antiataquicardia.

CONCLUSIONES

El número de implantes por millón de habitantes es inferior al descrito en el REDAI, pero las características de los pacientes y las indicaciones de implantación no presentan diferencias significativas. El personal de enfermería entrenado en el seguimiento de los MP, ampliando los conocimientos, puede perfectamente llevar a cabo las revisiones de DAI, prestando atención a los eventos que puedan presentar y estado del dispositivo, tanto en las revisiones presenciales como en los controles mediante monitor domiciliario.

PÓSTER 062 EVALUACIÓN Y MEJORA DE LOS CARROS DE PARADAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

Autores: Cano Rojo J. A; Rojo Cánovas M; Casanova Navarro L; De Gracia Gómez G; Saura Lucas S; González Sánchez B; Tudela Andreu R; González López C; Gómez Martínez I; Robles Bravezo JM
Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El carro de parada y su adecuado mantenimiento repercuten en el proceso de la parada cardiorrespiratoria y en otras situaciones de urgencia. El personal de enfermería debe garantizar el cumplimiento del protocolo de mantenimiento del mismo para conseguir una correcta asistencia en la reanimación cardiopulmonar. Por ello, su evaluación continua garantiza su adecuado mantenimiento y la seguridad del paciente. Describir la situación de los carros de paradas de todas las unidades de hospitalización medico quirúrgicas a través de los indicadores de calidad establecidos en el Hospital Rafael Méndez de Lorca. Evaluar el mecanismo de revisión y reposición de los elementos incluidos en el mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo, observacional y transversal. La población estudiada estuvo conformada por los 18 carros de paradas existentes en el hospital. Para la recogida de datos se utilizó un instrumento de evaluación elaborado *ad hoc* que contiene los 10 indicadores de evaluación establecidos con una escala dicotómica de respuesta. Se revisó cada uno de los carros por parte de los miembros del equipo investigador.

RESULTADOS

Se encontró que el indicador de mayor cumplimiento fue "el carro de paradas debe contener un listado con la medicación del protocolo" y el indicador de menor cumplimiento fue "el carro de paradas tendrá solo el número de unidades indicadas en el protocolo".

CONCLUSIONES

Estos resultados han permitido conocer la situación de los carros de paradas del hospital, así como determinar cuáles cumplían con las condiciones correctas de mantenimiento establecidas. A su vez, ha permitido establecer áreas de mejora como la revisión del protocolo, formación al personal sobre el mantenimiento de los carros de paradas y el establecimiento de rutinas de evaluación de los mismos.

PÓSTER 063 TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA MITRAL MEDIANTE IMPLANTACIÓN DEL DISPOSITIVO MITRACLIP. EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

Autores: Cepas Sosa A; Muñoz Villarreal AB
Hospital General Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia mitral es el resultado de la alteración de los velos de la válvula mitral lo que produce un flujo sistólico retrógrado desde el VI a la AI. Esto acaba desembocando en insuficiencia cardíaca grave. El dispositivo Mitraclip se implanta vía percutánea y se coloca a nivel de los velos mitrales, evitando la regurgitación previamente existente.

OBJETIVO

Conseguir mejoría clínica y disminución de la mortalidad con la implantación del dispositivo Mitraclip.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de los pacientes implantados con el dispositivo Mitraclip.

RESULTADOS

Se implantó el dispositivo Mitraclip a 18 pacientes, 13 hombres y 5 mujeres con una edad media de 57 ± 19 años. La etiología ha sido funcional en 16 pacientes y orgánica en 2 pacientes. En un 95% de los casos se realizó con éxito la implantación. Se ha observado mejoría clínica en el grado funcional. La mayoría de los pacientes mejoraron al menos 1 nivel de grado funcional, solo 2 pacientes se mantuvieron en el mismo grado funcional, 1 en GF III y otro GF IV. Con respecto a la insuficiencia mitral todos la redujeron al menos un grado, pasaron de grado 3-4 a 1-2.

CONCLUSIÓN

La implantación del Mitraclip supone menos eventos adversos, mejoría clínica, mejoría de la función de eyección y de la calidad de vida.

PÓSTER 064 ELABORACION DE UN CHECKLIST PARA LA SALA DE HEMODINÁMICA

Autores: Collado Martín M; Morales Vicente MJ; López Zarrabeitia I
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La seguridad del paciente es esencial en la gestión sanitaria. La asistencia sanitaria es cada día más efectiva y más compleja, siendo la seguridad del paciente uno de los aspectos de calidad asistencial más valorados por los ciudadanos, profesionales y gestores de los servicios sanitarios. Se han realizado diversos estudios que ponen de manifiesto la morbimortalidad de los efectos adversos y el aumento del gasto sanitario. La OMS, en su esfuerzo por abordar cuestiones de seguridad, creó la iniciativa “la cirugía segura salva vidas”, desarrollando la Lista de Verificación de la Seguridad Quirúrgica (LVSQ) o *checklist*. Elaboración de un *checklist* adaptado a hemodinámica, para ser utilizado de manera habitual en el desarrollo de nuestro trabajo diario, que mejore la seguridad del paciente y su percepción sobre la misma.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica y experiencia asistencial en hemodinámica.

RESULTADOS

Diversos hospitales de todo el mundo han logrado demostrar que usando la LVSQ durante las operaciones de cirugía mayor, reducen la incidencia de muertes y complicaciones. Esta LVSQ es una propuesta para la aplicación en quirófano, entendiendo que los diferentes entornos clínicos la adaptarán a sus propias circunstancias. En hemodinámica es necesaria una herramienta que evite efectos adversos y minimice las complicaciones, teniendo en cuenta que la complejidad de los procedimientos que se realizan, aumenta de manera exponencial. Presentamos un *checklist* adaptado a hemodinámica, que incide en los aspectos más importantes del trabajo diario, cuyo objetivo es minimizar los riesgos evitables más comunes basándonos en las características más esenciales de éstos LVSQ, simplicidad y brevedad.

CONCLUSIONES

El *checklist* ha demostrado ser una herramienta útil y segura en la práctica quirúrgica. Permite condensar información, ayuda a reducir errores, mejora los estándares de calidad y el uso de buenas prácticas. La adaptación de estos *checklist* a cada unidad mejora los resultados esperados.

PÓSTER 065 PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE TRASPLANTADO DE CORAZÓN

Autores: Martínez Martínez L¹; Rogel Rodríguez R²; García Lloret D²; Espinosa Ramón S³; Martínez Caballero M⁴

1 Hospital Ibermutuamur-Patología Laboral. Murcia

2 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

3 SINAC

4 Fundación RAIS

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El trasplante de corazón se realiza en personas con afecciones cardiacas tan severas que el resto de tratamientos resultan insuficientes. El posoperatorio requiere de cuidados exhaustivos dirigidos a mantener la seguridad y dignidad del paciente, prevenir complicaciones y favorecer su recuperación. Establecer un plan de cuidados estandarizado para pacientes recién trasplantados de corazón.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una valoración e identificación de diagnósticos extraídos de la taxonomía II de la NANDA; para los criterios de resultados se ha seguido la NOC y para las intervenciones enfermeras, la NIC.

RESULTADOS

DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC	NIC
00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	0208 Nivel de movilidad 1811 Conocimiento: actividad prescrita	1400 Manejo del dolor 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo/eliminación 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación 0221Terapia de ejercicios:deambulaci3n 5612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito
00155 RIESGO DE CAÍDAS r/c: • Disminuci3n de la fuerza f3sica en las extremidades inferiores • Uso de dispositivos de ayuda	1909 Conducta de seguridad: prevenci3n de caidas 1912 Estado de seguridad: caidas	6490 Prevenci3n de caidas
00146 ANSIEDAD r/c: • Cambio en el estado de salud • Cambio en el entorno	1402 Control de la ansiedad	5820 Disminuci3n de la ansiedad 1850 Fomentar el sueño 5618 Enseñanza: procedimiento/ tratamiento
00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD r/c: Desequilibrio entre aportes y demandas de ox3geno	0005 Tolerancia a la actividad	0180 Manejo de la energ3a 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/ arreglo personal
00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES	1813 Conocimiento:r3gimen terap3utico	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad 2380 Manejo de la medicaci3n 5614 Enseñanza: dieta prescrita 7370 Planificaci3n del alta

CONCLUSIÓN

Este plan de cuidados supone una guía de cuidados de calidad que repercute en la satisfacci3n, seguridad y recuperaci3n de los pacientes reci3n trasplantados de coraz3n.

PÓSTER 066 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LOS ENSAYOS CLINICOS DE CARDIOLOGÍA

Autores: Romero Aniorte AI; Quintana Giner M; Orenes Piñero E; Tello Montoliú A; Veliz Martínez A; Manzano Fernández S; Marín F; Valdés Chávarri M
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La labor de enfermería en los ensayos clínicos (EC) engloba

tareas poco definidas, pero que resultan fundamentales en la buena consecución de estos. Cada vez es más frecuente encontrar profesionales de la enfermería dedicados a estos estudios. La cardiología es el área, tras la oncología, en la que más EC se realizan en la actualidad en España. Describir el rol de enfermería en los EC en cardiología.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción de la participación en EC, de dos enfermeras pertenecientes a un grupo de Investigación en cardiología, durante 3 años, con dedicación a tiempo completo a EC y proyectos de investigación.

RESULTADOS

Se han llevado a cabo 7 EC en fase II y III, en los cuales han participado 149 pacientes con cardiopatía isquémica, patología valvular y miocardiopatía hipertrófica, ensayando tratamientos destinados al control de DM tipo II, hipercolesterolemia, anticoagulación y mejora de la capacidad funcional, realizando 663 visitas (221 visitas/año). Se realizaron 9 registros en los cuales han participado 428 pacientes con una media de 163 visitas al año (489 visitas en total). El personal de enfermería de EC participó en todas las visitas de los EC y registros, realizando tareas propias de enfermería dentro de los protocolos de los estudios: exploración física, electrocardiograma, extracción de muestras sanguíneas, administración de medicación cuando procede y asesoramiento en materia de control de factores de riesgo cardiovascular.

CONCLUSIONES

La presencia de enfermería en los EC en cardiología redonda positivamente en la atención al paciente que participa en el estudio y en calidad de los datos que se recogen, además de suponer una garantía más de la aplicación de las Normas de Buena Práctica Clínica y una mayor adherencia a los protocolos. El rol de la enfermera de EC: la coordinación del estudio junto con los cuidados de enfermería propiamente dichos.

PÓSTER 067 TRAYECTORIA CLÍNICA DE PACIENTES CON SÍNCOPE Y BLOQUEO DE RAMA DE HAZ DE HIS

Autores: Madrid Muñoz E; Arjona Hernández M; Rosillo Martínez F; Orenes Torrecillas C; Barnes Martínez J; Fernández Redondo MC
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Debido a que el manejo de pacientes con bloqueo de rama de haz de His y síncope, es discutido en las guías de práctica clínica y hay diferentes actitudes terapéuticas, nos parece interesante revisar la trayectoria clínica (TC) de estos pacientes que se remiten para evaluación de conducción His-ventrículo (HV) a nuestra unidad de arritmias, atendiendo a los diagnósticos de enfermería asociados.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional retrospectivo, comprendido entre los años 2010 y 2013, de las TC de estos pacientes, con un análisis descriptivo desde el estudio electrofisiológico (EEF) hasta el diagnóstico y tratamiento definitivos. Fuente de información: historia clínica.

RESULTADOS

Los diagnósticos de enfermería asociados a las actividades de enfermería en estos procedimientos fueron: Ansiedad.Temor. Dolor agudo. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Riesgo de infección. Déficit de conocimiento. Se observa que el EEF determina la indicación directa de implante de MP en aproximadamente un tercio de los pacientes con BR y síncope. En el grupo de pacientes con una conducción HV<70ms, a los que se les implantó un registrador de eventos subcutáneo, se detecta bloqueo auriculoventricular (BAV) paroxístico con seguimiento medio de un año en un cuarto, evitando el implante de marcapasos innecesario en un porcentaje importante de este grupo.

CONCLUSIÓN

Los diagnósticos de enfermería más repetidos durante los procedimientos desarrollados en nuestra unidad, están relacionados con el cambio del estado de salud, con el procedimiento quirúrgico, falta de conocimiento para el manejo de salud, destrucción tisular y aumento a la exposición ambiental.

PÓSTER 068 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CARDIOPATA EN EL PRECATETERISMO Y POSCATETERISMO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Autores: Díaz Micol C¹; Cascales Palazón E¹; Subiela García JA¹; Crespo Castillo MJ¹; Cervantes Guerrero A¹; Torres Pérez AM²

1 Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Pozo Aledo. Murcia
2 Centro de salud de Andorra. Teruel

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El cateterismo cardiaco es un método terapéutico y diagnóstico aplicable a pacientes con lesiones obstructivas de las arterias que irrigan el corazón. En nuestra área de salud, debido a la alta incidencia de derivaciones de pacientes con patología cardiaca a un hospital de tercer nivel, nos planteamos estandarizar los cuidados pre y pos cateterismo. Mejorar la calidad en los cuidados de enfermería ofrecidos a los pacientes y fomentar la coordinación entre ambos centros hospitalarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en bases de datos Pubmed, Medline, CINAHL, Scielo España y en base de datos de editorial Elseiver, utilizando los descriptores DeCS: angioplastia, cateterismo cardiaco, unidad de cuidados coronarios y cateterismo periférico.

RESULTADOS

Al analizar los datos de los años 2012 y 2013 hemos identificado que en nuestra área, se derivaron a otra área de salud (con hospital de tercer nivel que incluye en su cartera de servicios el cateterismo cardiaco), un total de 151 cateterismos cardiaco terapéuticos, de los cuales por sexo el 50,9% eran varones y por franja de edad el 58,3% eran >40 años. Los datos muestran que la incidencia anual es lo suficientemente relevante como para crear una lista de chequeo pre y poscateterismo que garantice los cuidados mínimos que se tienen que prestar a este tipo de pacientes, así como una mejora en la seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

El establecimiento como protocolo de esta lista de chequeo nos ha demostrado que durante la atención al paciente que se va a someter a un cateterismo cardiaco, facilita y mejora la atención pre y pos procedimiento, obteniendo como resultado una detección precoz y una reducción de complicaciones, una mejora en la coordinación entre ambos hospitales y, por tanto, una disminución en los tiempos de estancia hospitalaria.

PÓSTER 070 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA FAMILIA DE UN NIÑO POSOPERADO DE CIRUGÍA CARDIACA

Autores: Callejas Dolader D; Pijuán Aragón E; Batet Escusa M; González García L; Illán Fernández N; Gracia Martínez D

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La llegada de un bebé a una familia siempre es motivo de alegría. Pero ¿qué pasa cuando este bebé sufre una cardiopatía y debe ser operado? La situación cambia: preocupación, desorientación y rotura de las expectativas establecidas. El bebé permanecerá ingresado durante un periodo más o menos largo y sus familiares deberán pasar mucho tiempo en el hospital, lo que cambiará su rutina familiar, su estado emocional, psicológico y físico. Las enfermeras que cuiden a estos pacientes no deben olvidar nunca que tras cada paciente hay una familia preocupada.

OBJETIVOS

Ser conscientes de la importancia de saber tratar sentimientos e inquietudes de los familiares, debiendo ser tratados de igual manera que los problemas del paciente en sí. Facilitar herramientas al personal de enfermería para que puedan realizar una buena escucha y atención a los padres para poder abordar las dudas o necesidades que surjan.

MATERIAL Y MÉTODO

Recogida de experiencias personales en estas situaciones de varias enfermeras de la unidad de cuidados intensivos neonatales. Búsqueda bibliográfica.

RESULTADOS

Con una buena formación del personal, los padres de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales son capaces de verbalizar mejor sus sentimientos e inquietudes y se sienten más tranquilos.

CONCLUSIONES

Ayudar a que los padres expresen sentimientos, preocupaciones e inquietudes es una de las mejores herramientas para minimizar el impacto que puede causar esta situación.

PÓSTER 071 PREVALENCIA DEL ESTRÉS COMO DIAGNÓSTICO ENFERMERO. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Autores: Núñez Tallón MA; Abad García MM; Gallego López MI; Pérez Fernández AM

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El término estrés proviene del griego *estrigere* que significa provocar tensión. Es la respuesta del organismo de índole física o emocional a toda demanda de cambio real o imaginario que produce adaptación y/o tensión. El estrés puede ser bueno (*euestres*) o malo (*distres*), todos lo experimentamos en sus diferentes grados, solo cuando la respuesta normal al estrés se hace intensa o prolongada puede ser nocivo para la salud. Es difícil de medir pero resulta indudable que puede aumentar el riesgo cardiovascular. Manejar, prevenir y combatir el estrés mediante educación sanitaria intrahospitalaria para ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y aleatorio sobre una muestra de 200 casos nuevos. Realización de valoración enfermera al ingreso, observación de manifestaciones, verbalizaciones y respuestas humanas a lo largo de su estancia hospitalaria. Recogida de datos, revisión de planes de cuidados individualizados de enfermería basados en el modelo de Virginia Henderson y bibliográfica.

RESULTADOS

De los 200 pacientes revisados el 72% eran varones. El 20% de mujeres y el 10% de hombres presentaban como antecedente un síndrome ansioso depresivo. El 90% presentaba el estrés como diagnóstico enfermero al ingreso relacionado con falta de conocimientos ante una situación desconocida y estresante como es un evento coronario disminuyendo en un 50% durante la estancia hospitalaria tras las intervenciones de enfermería aplicadas sobre ese diagnóstico.

CONCLUSIONES

Proporcionar una educación sanitaria para mejorar la salud emocional y física disminuye la ansiedad y mejora los niveles de estrés. Tratar siempre de identificar todo lo que le produzca una mayor tensión. Intentar seguir una dieta equilibrada. Hacer ejercicio de forma regular. No perder la perspectiva de las cosas y ver la vida en positivo.

PÓSTER 072 EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR NO INVASIVA

Autores: Palazón Galera E; Vera Cifuentes M; Vera Cifuentes C
Universidad de Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El propósito es revisar las distintas modalidades de imagen cardiovascular no invasiva para evaluar su eficacia en prevención cardiovascular. Asimismo, describir la utilidad de estas técnicas en los pacientes que padecen aterosclerosis, y sus posibles estrategias terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODO

Nos hemos centrado fundamentalmente en técnicas ecográficas y tonométricas para la evaluación de la estructura y función arterial.

De este modo, la muestra reunía 50 sujetos con hipertensión arterial (HTA) y aterosclerosis o riesgo de ella, a los cuáles se les medía regularmente la presión arterial, asimismo, se realizaron mediciones de la impedancia torácica, la función cardiaca y su relación con la resistencia de las arterias.

RESULTADOS

En cuanto al papel de la evaluación vascular no invasiva en prevención cardiovascular, responde que en primer lugar, nos lleva a definir los diferentes niveles de prevención, y, en ese contexto, describir la utilidad de estas técnicas. La prevención puede dividirse en primordial (dirigida a evitar la manifestación de los factores de riesgo), primaria (muy útil al detectar la aterosclerosis preclínica, pudiendo intensificar medidas preventivas) y secundaria. La prevención se fundamenta en indicadores clínicos, con escalas basadas en la presencia (o no) de los principales factores de riesgo, como HTA y las características de los sujetos, como edad o sexo.

CONCLUSIONES

La incorporación de técnicas de imagen no invasivas a los experimentos de investigación básica sobre terapia celular cuenta con importantes ventajas. Por una parte, permiten explorar *in vivo* los efectos terapéuticos en la anatomía y la fisiología. Además, evalúan de forma seriada la progresión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento y, frecuentemente, realizan mediciones cuantitativas más precisas o incluso determinaciones que serían imposibles empleando otros métodos.

PÓSTER 073 ESTUDIO POR IVUS DE LA ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR EN EL SÍNDROME DE TAKO-TSUBO

Autores: Clemente García A; Valverde Navarro MJ; Velasco Álvarez A; Ruiz Valero C; Soto Fernández D; García Molina V; García Teruel E; Cano Vivar P; Consuegra Sánchez L; Cascón Pérez JD
Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La etiología del síndrome de *tako-tsubo* continúa siendo controvertida. Inicialmente se abogó por la teoría del espasmo coronario. Posteriormente se han postulado numerosos mecanismos, entre los que se destacan miocarditis, rotura de placas no obstructivas con trombolisis espontánea, alteraciones microvasculares, alteraciones anatómicas (arteria descendente anterior muy larga) y geométricas ventriculares (gradiente con obstrucción en el tracto de salida del ventrículo izquierdo), y, el más aceptado, toxicidad por niveles elevados de catecolaminas y neuropéptidos de estrés.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó estudio por IVUS de la arteria descendente anterior de forma consecutiva a los pacientes diagnosticados de síndrome de *tako-tsubo* en el laboratorio de hemodinámica de nuestro centro.

RESULTADOS

Se diagnosticaron en nuestro laboratorio un total de 19 síndromes, de los cuales, se sometió a IVUS a los 10 últimos. El 85% fueron mujeres. En 2 de ellos se apreció imagen de placa ateromatosa ulcerada. En 6, enfermedad aterosclerosa con placas no significativas de morfología estable y los 2 restantes presentaron coronarias estrictamente normales.

CONCLUSIONES

Nuestros hallazgos vienen a confirmar que el síndrome de *tako-tsubo* no está originado por un único mecanismo, si bien es cierto que la arteriosclerosis coronaria no detectada por angiografía está presente en un alto porcentaje de casos.

PÓSTER 074 INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTES DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. PROGRAMA DE EDUCACIÓN

Autores: Sánchez Bellido M; Rubies Eroles GM; Hernández Gimeno M
Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

INTRODUCCIÓN

En nuestro país la cardiopatía isquémica ocasiona el mayor número de muertes por enfermedad cardiovascular con un total del 31% y dentro de ella, el infarto agudo de miocardio es la más frecuente, con el 61% de las muertes. La educación sanitaria tiene un impacto positivo en los pacientes y su familia.

OBJETIVOS

Demostrar la necesidad de información en los pacientes con cardiopatía isquémica mediante sesiones de educación sanitaria para evaluar el grado de satisfacción del paciente que recibe la sesión de educación sanitaria y conocer el perfil de los pacientes que han participado en las sesiones.

MATERIAL Y METODOS

Material: Presentación PPT (con vídeo) + comentarios. Sesiones semanales programadas.

RESULTADOS

Han participado un total de 265 personas, de las cuales 113 eran pacientes de cardiología (88 participaron en el estudio), y 111 familiares de pacientes de cardiología. El perfil del paciente es el de un varón, de edad entre 71 a 80 años, con uno o dos factores de riesgo cardiovascular, jubilado y vive en pareja en la periferia de Lleida o en zona rural. Todos los pacientes que han participado en el estudio creen necesario recibir información que les ayude en la vida diaria. Esto ha sido apoyado por el 100% de los pacientes.

CONCLUSIONES

Las sesiones a pacientes ingresados por cardiopatía isquémica han tenido muy buena aceptación entre pacientes, familiares y acompañantes. La totalidad de los pacientes que han participado en el estudio muestran alto grado de satisfacción de la información recibida. Una línea de investigación en el futuro debería tratar de conocer el grado de cumplimiento de las recomendaciones tratadas y la repercusión en el control de su patología cardíaca.

PÓSTER 075 EN LA HIPOTERMIA INDUCIDA TERAPÉUTICA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA HERRAMIENTA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

Autores: Neiro Rey MC; Torreiro Pampín ML; Gil Canabal MP; Becerra Do Ejo C; López Sixto SM; Benítez Canosa MC; Gago Gago MC; Castro Cruz SI
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

El *checklist* o lista de verificación consiste en una lista formal usada para identificar, planificar, comparar o comprobar una secuencia de acciones y sirve de ayuda visual facilitando al usuario superar las limitaciones de su memoria. La hipotermia inducida terapéutica (HIT) es la disminución controlada de la temperatura corporal a 32-34°C por razones terapéuticas, durante 12-24 horas en pacientes adultos, inconscientes, tras recuperar la circulación espontánea después de una PCR, por todo ritmo y en todo ámbito. Está demostrado que aumenta la supervivencia y la probabilidad de recuperación neurológica.

OBJETIVO

Elaborar un *checklist* adaptado para ser usado en el procedimiento de la HIT en el marco de los cuidados posresucitación en la PCR, ayudando a reducir los errores de omisión.

MATERIAL Y MÉTODO

Fue necesario utilizar una herramienta con una estructura lógica, de corta cumplimentación, con frases sencillas y lenguaje básico, siguiendo el orden del flujo del procedimiento terapéutico y modificándola según cambios en el protocolo.

RESULTADOS

La aplicación de la lista de verificación fue propuesta por la enfermería de nuestra unidad para evitar olvidos y asegurarse que las acciones se realizan de acuerdo con el procedimiento, cumplimentándose en un periodo corto de tiempo.

CONCLUSIONES

El *checklist* ha demostrado ser una guía útil, segura, que permite condensar información y modificaciones en función de su propia realidad, evitando que se nos pasen cosas por alto. Se debería expandir su uso adaptándolo a procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos.

PÓSTER 076 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL NEONATO CON VENTRÍCULO ÚNICO, SÍNDROME HIPOPLASIA CAVIDADES IZQUIERDAS EN EL POSOPERATORIO DE NORWOOD O HÍBRIDO

Autores: González García L; Gracia Martínez D; Illán Fernández N; Pijuán Aragón E; Batet Escusa M; Callejas Dolader D; Server Estruch A; Celdrán Torres L

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El corazón de los niños con esta patología funciona como si solo existiera medio corazón, es decir, un único ventrículo, el ventrículo derecho (VD). Para que estos pacientes sobrevivan, el VD pasa a ser la bomba principal del cuerpo y, aparte de enviar la sangre no oxigenada a los pulmones, asume la función de ventrículo izquierdo (VI), que es enviar la sangre al resto del cuerpo. Estos niños irán siempre a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). El tratamiento quirúrgico se realizará en los 10 primeros días de vida y consistirá en la cirugía de Norwood o en un tratamiento híbrido (*stent* en el ductus y *banding* pulmonar, en los casos de alto riesgo como niños prematuros de menos de 37 semanas de gestación o peso menor de 2500 gramos). Determinar las pautas necesarias para mantener al neonato posoperado de Norwood o híbrido hemodinámicamente estable.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en bases de datos de cardiología. Revisión de la praxis enfermera en una unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS

La correcta formación del personal sobre esta patología y sobre los cuidados posoperatorios nos proporcionará las herramientas necesarias para saber manejar a estos pacientes, y así poder reaccionar ante cualquier complicación que pueda surgir.

CONCLUSIONES

La especificidad de esta cardiopatía y de la cirugía correspondiente, requiere un personal especificado, que sepa tratar a este tipo de pacientes para evitar posibles complicaciones que puedan aparecer.

PÓSTER 077 CARDIOVERSIÓN EN EL NEONATO

Autores: Gracia Martínez D; Callejas Dolader D; Pijuán Aragón E; Illán Fernández N; Batet Escusa M; González García L
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Una cardioversión es un procedimiento que puede restaurar el ritmo irregular o acelerado del corazón (arritmia) a un ritmo regular. Esta técnica puede realizarse mediante una desfibrilación eléctrica y/o drogas antiarrítmicas. La fibrilación ventricular (FV) y la taquicardia ventricular sin pulso son los tipos de arritmias que pueden ser revertidos con una desfibrilación eléctrica, y aunque son una causa rara de parada cardíaca hospitalaria en neonatos, se pueden llegar a encontrar hasta en el 10-20% de los casos en algún momento de la parada. La necesidad de que esta práctica se lleve a cabo de una forma rápida, organizada y protocolizada hace que el personal que maneja al paciente esté bien familiarizado con el procedimiento de cardioversión, de esta manera revertir la situación de FV y aumentar los porcentajes de supervivencia del neonato.

OBJETIVOS

Identificar un ritmo desfibrilable y aplicar las medidas, tanto eléctricas como farmacológicas correspondientes para recuperar el correcto funcionamiento cardíaco. Familiarizarse con la técnica para poder ejecutarla de forma rápida y segura.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de artículos bibliográficos. Revisión de la praxis enfermera en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

RESULTADOS

Con la exposición de un procedimiento basado en artículos científicos y la praxis de enfermería podremos dar a conocer a los

demás profesionales una técnica actualizada y contrastada para poder llevar a cabo en el caso de verse en la situación que se describe.

CONCLUSIONES

La especificidad de la técnica y el hecho de que precise una ejecución de forma rápida y segura hacen que sea necesario que el personal de enfermería sepa ejecutarla sin demora ni errores.

PÓSTER 078 LABOR DE LA ENFERMERÍA EN LA CIRUGÍA CARDIACA

Autores: Vera Cifuentes M; Palazón Galera E; Vera Cifuentes C
Universidad de Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El objetivo que persigue este trabajo es describir la atención de enfermería a pacientes sometidos a cirugía cardiaca, así como determinar el sexo más afectado, hábitos tóxicos y complicaciones posoperatorias.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo longitudinal con una muestra de 11 pacientes del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Tras el proceso quirúrgico se monitorizó la función respiratoria y cardiovascular, presión arterial media y estudios hemogasométricos. En el preoperatorio la intervención de enfermería se dirigió al apoyo psicológico, la sedación preoperatoria, la profilaxis antibiótica, el sondaje vesical y el sondaje nasogástrico.

RESULTADOS

De los 11 pacientes estudiados sometidos a cirugía cardiaca, 9 corresponden al sexo masculino. Con respecto a los hábitos tóxicos, 10 de ellos eran fumadores. Por último, 8 pacientes tuvieron un posoperatorio satisfactorio. Cabe destacar que hubo un fallecido debido a un tromboembolismo pulmonar en el posoperatorio inmediato.

CONCLUSIONES

Según la literatura consultada, la incidencia de los problemas cardiovasculares es mayor en hombres que en mujeres, tal y como ocurre en nuestro estudio. Se confirma que el tabaquismo es un factor de riesgo en los pacientes que presentan estos problemas. Se demuestra que la atención recibida por nuestros pacientes desde el punto de vista de enfermería fue correcta. Hay que continuar trabajando en la esfera educativa de nuestra población para disminuir el hábito tabáquico, ya que esta es una de las causas que produce mayor alteraciones cardiovasculares.

PÓSTER 079 CUIDADOS ENFERMEROS A PACIENTES NEONATALES CON TRASPOSICIÓN DE GRANDES VASOS

Autores: González García L; Gracia Martínez D; Illán Fernández N; Pijuán Aragón E; Batet Escusa M; Callejas Dolader D; Server Estruch A; Celdrán Torres L

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La trasposición de grandes vasos (TGV) es un defecto cardiaco congénito en el que los vasos que llevan la sangre del corazón hasta los pulmones o hacia el resto del cuerpo están conectados indebidamente, es decir, la arteria aorta está conectada al ventrículo derecho y la arteria pulmonar al ventrículo izquierdo, lo opuesto a la anatomía de un corazón normal. La vida de estos pacientes depende de la existencia de un conducto que permita la mezcla de sangre oxigenada y no oxigenada. Esta compleja patología es muy común en las unidades de cuidados intensivos y precisa unos cuidados específicos por parte del personal de enfermería. Determinar las pautas necesarias para mantener al neonato con TGV lo más hemodinámicamente estable posible.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en bases de datos de cardiología. Revisión de la praxis enfermera en una unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS

La correcta formación del personal sobre esta patología nos proporcionará las herramientas necesarias para saber manejar a estos pacientes y así poder reaccionar ante cualquier complicación que pueda surgir.

CONCLUSIONES

La especificidad de esta cardiopatía requiere un personal especificado, que sepa tratar a este tipo de pacientes para evitar posibles complicaciones que puedan aparecer.

PÓSTER 080 ENLACE ESPECIALIZADA-PRIMARIA: ENVÍO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL ALTA A TRAVÉS DE INTRANET (PROGRAMA GACELA)

Autores: López Caballero T; González Martínez MI; García Fidalgo J; Alonso Porto MJ

Complejo Asistencial Universitario de León

INTRODUCCIÓN

El programa Gacela, sistema informático de información sanitaria de cuidados de enfermería, se instauró en nuestro hospital en noviembre de 2011, pero no fue hasta septiembre de 2012 cuando se empezó a utilizar el informe de enfermería al alta. Es el documento apropiado para recoger de manera rápida y eficaz la información necesaria para la planificación de cuidados en el ámbito extrahospitalario, acorde con el estado de salud y las necesidades del paciente de cirugía cardiaca en el momento del alta.

OBJETIVOS

Mostrar las aplicaciones que internet tiene para la continuidad de los cuidados de enfermería al alta de los pacientes operados de cirugía cardiaca, mediante el programa Gacela, así como la comunicación efectiva con los profesionales de atención primaria. Conseguir una buena adherencia al tratamiento a través de los cuidados de enfermería y así disminuir la tasa de reingresos.

MATERIAL Y MÉTODO

El material utilizado es el ordenador, utilizando Internet Explorer proporcionado por nuestro hospital. En el momento del ingreso se hace una valoración completa del paciente que queda registrada en el programa, desarrollándose todo el plan de cuidados en soporte informático. Cuando el paciente es dado de alta se hace un volcado directo de los antecedentes personales y se añaden las variables sobre las que hay que intervenir, originadas durante su estancia hospitalaria y se envía al centro de salud al que pertenece el paciente.

CONCLUSIONES

La tecnología informática es una extraordinaria herramienta en la realización y envío del informe de enfermería al alta. La elaboración del informe de alta de enfermería, utilizando este método, nos ha permitido proporcionar al paciente una calidad de cuidados óptima cuando va a su domicilio.

PÓSTER 081 CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON BERLIN HEART

Autores: Illán Fernández N; Batet Escusa M; Callejas Dolader D; García Martínez D; González García L; Pijuán Aragón E

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El trasplante es la única solución para pacientes con enfermedades cardíacas irreversibles. El tiempo de espera hasta conseguir un donante puede ser muy elevado, lo que obliga a recurrir a nuevas técnicas con el fin de sostener al paciente hasta que esté disponible el corazón para el trasplante. Una de estas técnicas es el Berlin Heart o dispositivo de asistencia ventricular. Es un sistema pulsátil que ha demostrado ser exitoso en niños de todas las edades, desde el recién nacido hasta el adolescente. Se implanta en quirófano bajo circulación extracorpórea y puede sustituir a un solo ventrículo o a ambos. Tras la implantación de este sistema, el personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos debe conocer los cuidados que precisa el paciente con dicho dispositivo.

OBJETIVO

Explicar en qué consiste la asistencia ventricular. Conocer los cuidados que precisa un paciente con Berlin Heart.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de la praxis enfermera en una unidad de cuidados intensivos. Búsqueda bibliográfica en bases de datos.

RESULTADOS

El personal de enfermería de cuidados intensivos conocerá el funcionamiento de la asistencia ventricular y los cuidados que deben realizarse en un niño portador de dicho dispositivo.

CONCLUSIONES

El conocimiento del correcto funcionamiento del dispositivo y del manejo y cuidados que debe recibir el paciente aumentará las posibilidades de éxito de la asistencia.

PÓSTER 082 REHABILITACIÓN CARDIACA Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE CARDIOVASCULAR

Autores: Vera Cifuentes M; Palazón Galera E; Vera Cifuentes C
Universidad de Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La educación del paciente es un componente importante en los programas de rehabilitación cardiaca. La educación favorece la adherencia del paciente al programa, disminuye la ansiedad, facilita el proceso de la recuperación y evita la progresión de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se tomó una muestra de doce sujetos. Las actividades educativas en el programa de rehabilitación cardiaca variaron de acuerdo al momento de la recuperación y a las necesidades específicas del paciente. En un inicio, la educación estuvo más encaminada a la comprensión de la enfermedad, reconocimiento de los signos de alarma y a la preparación del paciente para el regreso a casa. En una etapa posterior la educación estuvo dirigida a la modificación de factores de riesgo y la adopción de nuevos estilos de vida.

RESULTADOS

Todos los sujetos se mostraron complacidos con la ayuda que se les iba a proporcionar. Los doce sujetos se adaptaron bien al programa educacional hasta el comienzo de la segunda etapa. En esta hubo dos bajas debido a problemas familiares en un caso, y a la recaída de la enfermedad en el otro.

CONCLUSIONES

El profesional de enfermería, así como todos los demás miembros de equipo de rehabilitación cardiaca, es responsable de ofrecer oportunidades educativas y terapéuticas para el cambio a nuevos estilos de vida. La adherencia del paciente a los tratamientos y el programa es la mejor manera de medir el éxito. Los programas de rehabilitación cardiaca deben usar todas las técnicas y herramientas necesarias para ayudar a los pacientes a reducir la morbilidad y mortalidad cardiovascular. Con la creciente necesidad de contar con más centros de rehabilitación cardiaca, se hace necesario el desarrollo de programas educativos de calidad basados en la satisfacción del paciente.

PÓSTER 083 PROGRESIÓN EN ENFERMERÍA DE LOS CUIDADOS CRÍTICOS CARDIOVASCULARES

Autores: Palazón Galera E; Vera Cifuentes M; Vera Cifuentes C
Universidad de Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las enfermedades cardiovasculares son la segunda causa de muerte en Europa. Resulta crucial, y es el objetivo de este trabajo, resaltar la necesidad de una buena preparación por parte del personal de enfermería en los cuidados críticos cardiológicos (educación sanitaria, información útil o saber diferenciar un dolor torácico).

MATERIAL Y MÉTODO

Se han realizado 68 observaciones entre 26 pacientes en un plazo de 3 meses. Todos ellos estaban informados previamente del estudio y habían dado su consentimiento. Se trata de un estudio lineal, descriptivo, observacional estructurado y retrospectivo. Se utiliza un instrumento evaluador de la continuidad de cuidados críticos y validación de la fiabilidad interobservador en varias unidades de cuidados críticos.

RESULTADOS

Entre los diversos problemas observados predomina en primer

lugar el dolor agudo de origen isquémico (25%), seguido de las alteraciones hemodinámicas y las situaciones de compromiso de la vía aérea. Destacan intervenciones enfermeras como mantenimiento de apósitos limpios y secos, cura de heridas cada 24 horas y estériles y observación de punto de inserción de vía ante signos de inflamación entre otros. Además, gracias a la preparación enfermera, el paciente es capaz de identificar los recursos con los que cuenta y encuentra la causa o causas de su temor.

CONCLUSIONES

La educación sanitaria resulta fundamental en los cuidados, así como el personal de enfermería debe adquirir unos conocimientos específicos, de acuerdo a las tareas y cuidados que debe prestar a los pacientes. Gracias a los logros que se están consiguiendo en los planes de cuidados, cada vez se cuenta con una atención de mejor calidad y ese es un motivo claro del progreso de enfermería.

PÓSTER 084 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATALES CON DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE

Autores: Batet Escusa M; Callejas Dolader D; González García L; Gracia Martínez D; Illán Fernández N; Pijuán Aragón E; Server Estruch A; Celdrán Torres L
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

En una unidad de cuidados intensivos de neonatos es frecuente encontrar niños prematuros o nacidos a término con persistencia de ductus arterioso. Los niños con esta patología precisan unos cuidados específicos por parte del personal de enfermería. El ductus es un vaso sanguíneo que comunica el tronco de la arteria pulmonar con la aorta descendente proximal. Puede producir problemas pulmonares debido a la insuficiencia cardiaca izquierda. El ductus se cierra de manera fisiológica entre las 24-48h de vida, aunque en los prematuros puede tardar más. Proporcionar las pautas necesarias para mantener al neonato con ductus arterioso persistente lo más hemodinámicamente estable posible.

MATERIAL Y MÉTODO

Busqueda bibliográfica en bases de datos de cardiología. Revisión de la praxis enfermera en una unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS

La correcta formación del personal sobre esta patología nos proporcionará las herramientas necesarias para saber manejar a estos pacientes y así poder reaccionar ante cualquier complicación que pueda surgir.

CONCLUSIONES

La especificidad de esta cardiopatía requiere un personal especificado que sepa tratar a este tipo de pacientes para evitar posibles complicaciones que puedan aparecer.

PÓSTER 085 MANEJO DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS INMEDIATOS DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON TRASPLANTE CARDIACO

Autores: Pijuán Aragón E; Illán Fernández N; Batet Escusa M; Callejas Dolader D; Gracia Martínez D; González García L
Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El trasplante cardiaco como última alternativa a las diferentes patologías cardiacas es cada vez más común a causa de la mejoría de la protección miocárdica, la aparición de nuevas tecnologías quirúrgicas y el progreso de los cuidados pre y posoperatorios. Al llegar a la unidad de cuidados intensivos, el paciente trasplantado cardiaco, presenta aspectos únicos que se deben tener en cuenta debido a la especificidad de su intervención, como las anomalías que puede sufrir el corazón, su rechazo o complicaciones infecciosas derivadas de la misma. La enfermera que recibe al paciente posoperado debe

conocer previamente datos esenciales del mismo (edad y peso, accesos venosos, etc.), así como las posibles complicaciones cardiovasculares, infecciosas y metabólicas y cómo actuar frente a ellas.

OBJETIVOS

Determinar los cuidados de enfermería que debe recibir un paciente trasplantado cardiaco inmediatamente después de la intervención quirúrgica tras su llegada a la unidad de cuidados intensivos.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en bases de datos. Revisión de la praxis enfermera en una unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS

El personal de enfermería será capaz de conocer la situación actual del niño, estabilizarlo hemodinámicamente y prever posibles complicaciones inmediatas que pueda sufrir y cómo solucionarlas.

CONCLUSIONES

Las habilidades de la enfermera de cuidados intensivos es esencial para incrementar la supervivencia durante el período crítico posoperatorio, pudiendo anticiparse a los posibles problemas y su solución.

PÓSTER 086 HERIDA QUIRÚRGICA POSOPERADO CARDIACO Y DRENAJES EN UCI NEONATAL

Autores: Batet Escusa M; Callejas Dolader D; González García L; Gracia Martínez D; Illán Fernández N; Pijuán Aragón E; Server Estruch A; Catalán Serrano R; Valvidieso Rivera I

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La llegada a la unidad de cuidados intensivos neonatales de un paciente recién intervenido de cirugía cardiaca es una situación de estrés. Además, estos pacientes son portadores de multitud de dispositivos como tubos de drenaje, vías centrales, periféricas y diferentes tipos de sondas. Por este motivo, es aconsejable la aplicación de un método predeterminado en donde aparezcan de manera resumida y ordenada los aspectos a tener en cuenta según el tipo de herida quirúrgica (tórax abierto o cerrado), que se le haya realizado y de qué drenajes es portador, para poder garantizar la seguridad del paciente en todo momento.

OBJETIVOS

Facilitar el cuidado inmediato al paciente neonatal posoperado de cirugía cardiaca de una manera sistemática. Estandarizar el procedimiento a seguir para minimizar la producción de errores.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica a través de internet. Revisión de procedimientos enfermeros de la unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS

Facilitar el trabajo de la enfermera responsable del neonato recién llegado de quirófano.

CONCLUSIONES

Disponer de un sistema predeterminado de actuación o a la hora de valorar las heridas quirúrgicas y drenajes en el posoperado cardiaco, reduce los riesgos de cometer errores ante un paciente con variedad de dispositivos y en un ambiente estresante.

PÓSTER 087 GUÍA CLÍNICA DE IMPLANTE DE MARCAPASOS

Autores: Orfila Arias V; Sáiz Petrus A. C; Pons Pons N; Luna Gallardo P

Hospital General Mateu Orfila. Menorca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Con la elaboración e introducción de la Guía Clínica de Implante de Marcapasos se pretende mejorar la efectividad de las intervenciones y la calidad de la atención sanitaria. El objetivo de este trabajo relacionado con los profesionales que en este proceso participan, es estandarizar y unificar sus intervenciones, asimismo, la finalidad vinculada con los pacientes es que sean conocedores de la secuencia de actuaciones que se le van a ir realizando desde el momento de su ingreso en la unidad de cuidados intensivos hasta el día del alta.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la elaboración de esta guía se han realizado búsquedas bibliográficas y reuniones periódicas de consenso con los responsables de los diferentes servicios implicados, (UCI y quirófano), el personal facultativo de la UCI, el personal de enfermería de la UCI, el personal de la unidad de calidad del hospital.

RESULTADOS

El análisis *a posteriori* y pormenorizado de la aplicación de esta guía permitirá conocer los aspectos positivos y negativos que se generan en su praxis.

CONCLUSIONES

Una vez identificados, se intentará mejorar todos aquellos aspectos que hayan tenido una incidencia adversa, potenciar los positivos y reconocer cuestiones que no habían sido consideradas en su elaboración inicial y que permitirán actuar desde una perspectiva más global e integral.

PÓSTER 088 CURA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN PACIENTES POSCIRUGÍA CARDIACA EN UCI NEONATAL

Autores: Illán Fernández N; Batet Escusa M; Callejas Dolader D; Gracia Martínez D; González García L; Pijuán Aragón E; Server Estruch A; Valvidieso Rivera I; Catalán Serrano R

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Una herida es toda lesión traumática de la piel y mucosas con solución de continuidad de las mismas y afectación variable de estructuras adyacentes. El correcto tratamiento de las heridas quirúrgicas (HQ) previene la infección y el deterioro del estado de la herida y acelera el proceso de cicatrización. En una unidad de cuidados intensivos neonatales son frecuentes los pacientes posoperados de cirugía cardiaca. Estos tipos de cirugía precisan cuidados específicos de las heridas correspondientes. Existen diferentes tipos de cuidados dependiendo de si la herida es abierta o cerrada.

OBJETIVOS

Conseguir la estandarización de las curas de la HQ. Reconocer qué tipo de antiséptico y/o apósitos debe utilizarse para cada tipo de HQ por parte del personal de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en bases de datos de cardiología. Revisión de protocolos de unidades de cuidados intensivos neonatales.

RESULTADOS

La estandarización de las curas de los diferentes tipos de HQ y la formación del personal sobre cómo realizarlos nos proporcionará un correcto manejo de estas y así evitar posibles complicaciones derivadas de estas cirugías.

CONCLUSIONES

Las graves complicaciones derivadas de un mal manejo de las HQ de un paciente posoperado cardiaco hacen que sea necesario un personal formado y capacitado para tratarlas adecuadamente.

PÓSTER 089 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL NEONATO PORTADOR DE DRENAJE PERICÁRDICO

Autores: Callejas Dolader D; Pijuán Aragón E; Batet Escusa M; González García L; Illán Fernández N; Gracia Martínez D

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN

En el éxito de los procedimientos de la cirugía cardiaca influye la calidad de los cuidados de enfermería aplicados. El drenaje pericárdico es uno de los tipos de drenaje que habitualmente se colocan en los neonatos posoperados de cirugía cardiaca. Este facilita la eliminación del contenido hemático acumulado en el pericardio durante y después de la intervención. En la actualidad se dispone de avanzados y diversos sistemas cerrados de drenaje torácico desechable que garantizan un manejo óptimo y seguro para el paciente. La enfermera intensivista debe ser conocedora del correcto funcionamiento del

drenaje pericárdico y de las posibles complicaciones derivadas del uso de éste dispositivo (obstrucción de fluidos, desplazamiento, lesión de los tejidos, infección), como evitarlas, y en el caso necesario, poder aportar una solución viable. El éxito de los procedimientos quirúrgicos cardíacos depende en gran manera de los cuidados posoperatorios. El papel de la enfermera es fundamental.

OBJETIVOS

Determinar las pautas a seguir para el correcto cuidado y manejo de este dispositivo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han realizado búsquedas de información a nivel bibliográfico en bases de datos. Revisión de la praxis enfermera en una unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS

Favorecer el correcto funcionamiento del dispositivo para minimizar posibles complicaciones que puedan surgir.

CONCLUSIONES

Es importante disponer de personal de enfermería formado en los cuidados del drenaje pericárdico para un buen manejo de este dispositivo y, evitar así, posibles complicaciones.

PÓSTER 090 HE VUELTO A LA VIDA. ¡CÓDIGO CORAZÓN!

Autores: Miranda Suárez P; Caveda Lorenzo RM; García Suárez E
Hospital Universitario Central de Asturias

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El principado de Asturias durante el año 2012 pasó a ser la primera comunidad en el tratamiento avanzado del infarto agudo de miocardio por millón de habitantes. Los tratamientos han sido realizados mediante intervencionismo coronario percutáneo conocido como ACTP Primaria que forma parte de una estrategia organizada en Asturias como Código Corazón. Este establece el procedimiento a seguir por los profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias ante un paciente diagnosticado de infarto agudo de miocardio con elevación del ST. Dar a conocer cuál es la estrategia a seguir en una activación del Código Corazón y cómo se desarrolla el trabajo en la sala de hemodinámica.

MATERIAL Y MÉTODO

Recopilación bibliográfica sobre el tema a tratar y experiencia personal en el desarrollo de la labor enfermera de hemodinámica.

RESULTADOS

La actividad comienza con la activación por parte del centro coordinador de urgencias, si se trata de ámbito extrahospitalario, o del cardiólogo de guardia del centro hospitalario propiamente dicho. Desarrollaremos también qué trabajos desempeña la enfermería en la sala de hemodinámica. Las labores que desarrollan como instrumentista y circulante, materiales más habitualmente empleados, registros de tiempos en las diferentes actuaciones y posterior traslado del paciente al finalizar el procedimiento. La guardia la llevan a cabo un hemodinamista y dos profesionales de enfermería apoyados por cardiólogos de guardia e intensivistas cuando se precise.

CONCLUSIÓN

El conocimiento de la estrategia a seguir en una activación del Código Corazón ha demostrado su utilidad en el trabajo en la sala de hemodinámica.

PÓSTER 091 HIPERTENSIÓN PULMONAR Y ENFERMERÍA: DESDE UN ENFOQUE CARDIOLÓGICO

Autores: Medina Carrillo V; Salas Olivares A; Bejar Romo D; Galindo Castillo E
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

La hipertensión pulmonar consiste en la elevación de la presión de la arteria pulmonar produciendo una remodelación de los lechos vasculares distales y posteriormente la hipertrofia y disfunción del ventrículo derecho. Puede presentarse de forma idiopática o secundaria a algunas cardiopatías congénitas o enfermedades pulmonares o reumáticas.

Tradicionalmente se ha considerado una enfermedad catastrófica y con una corta esperanza de vida. En la actualidad, gracias al diagnóstico temprano y la gran evolución de la farmacoterapia, debe relacionarse como una afección crónica donde adquiere

vital importancia la educación del paciente en sus autocuidados y el manejo de la enfermedad. Enfermería también juega un papel crítico en la educación y entrenamiento del paciente en el manejo de vasodilatadores pulmonares específicos por vía subcutánea, intravenosa o inhalada.

A caballo entre la neumología y la cardiología, el principal objetivo terapéutico es mejorar la función del ventrículo derecho al disminuir las presiones pulmonares, por lo que es esencial el manejo de diuréticos y drogas vasoactivas además de todo el tratamiento específico para la enfermedad.

PÓSTER 092 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES NEONATALES PORTADORES DE MARCAPASOS TEMPORAL EXTERNO

Autores: Pijuán Aragón E; González García L; Gracia Martínez D; Callejas Dolader D; Batet Escusa M; Illán Fernández N
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Un marcapasos es un dispositivo electrónico alimentado por una batería que proporciona estímulos eléctricos al corazón cuando el sistema eléctrico intrínseco del mismo es incapaz de mantener el gasto cardíaco adecuado a las necesidades del paciente. Existen diversos tipos de marcapasos, nos centraremos en los marcapasos temporales internos. Estos se utilizan de forma provisional hasta que se resuelve el problema que ha originado el trastorno. Describiremos las complicaciones más frecuentes y específicas que pueden surgir tras su colocación (desplazamiento del electrodo, funcionamiento inapropiado del marcapasos, infecciones, disritmias, etc.) y cómo los cuidados de enfermería pueden evitar o disminuir estas complicaciones.

OBJETIVOS

Determinar las pautas a seguir para el correcto cuidado y manejo del marcapasos temporal interno en el neonato.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en bases de datos de cardiología. Revisión de la praxis enfermera en una unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS

Los conocimientos acerca de los cuidados de enfermería necesarios que debe recibir un neonato portador de marcapasos temporal externo mejoran el pronóstico del paciente, evitando las complicaciones relacionadas con la utilización del dispositivo.

CONCLUSIONES

La formación específica del personal de enfermería acerca de los cuidados neonatales con este tipo de dispositivo permite poder evitar posibles complicaciones y saber reaccionar en caso de empeoramiento clínico del paciente.

PÓSTER 093 COMPLICACIONES EN LA CIRUGÍA CARDIACA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Autores: Moreno Zorrilla FV; Pérez Rodríguez MT; García Pérez C; Poza Domínguez A
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El posoperatorio de cirugía cardíaca está determinado por las condiciones biológicas previas a la intervención, los desequilibrios producidos por el acto quirúrgico y los efectos secundarios ocasionados por la CEC. Nuestro objetivo es mostrar las complicaciones inmediatas que presentan los pacientes, para así poder prevenirlas, realizar un diagnóstico precoz y presentar un plan de cuidados estandarizados (taxonomía NANDA, NOC y NIC).

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se ha realizado de forma retrospectiva sobre 175 pacientes sometidos a cirugía cardíaca programada con y sin CEC, durante el periodo comprendido entre enero y julio de 2011 en el Servicio de Reanimación y UCI del CHUAC, mediante la vigilancia intensiva e integral del paciente. La recogida de datos se elaboró mediante el programa Excel.

RESULTADOS

En las edades comprendidas entre 71 y 80 años se realizaron el 47% de las cirugías cardíacas, prevaleciendo los hombres en todos los rangos. La enfermedad concomitante más frecuente fue la HTA, seguida de la dislipemia. El tipo de cirugía que más prevaleció fue el RvA, seguido del *bypass* coronario. En la mayoría de los casos se utilizó CEC, lo que conllevó un mayor aumento de complicaciones, destacando las hemodinámicas.

CONCLUSIONES

Los cuidados de enfermería en la cirugía cardíaca disminuyen las complicaciones derivadas de las distintas técnicas empleadas.

PÓSTER 094 IMPACTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA EN LA SOCIEDAD Y TRASPLANTE CARDIACO

Autores: Vera Cifuentes C; Palazón Galera E; Vera Cifuentes M
Universidad de Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) es uno de los factores que provoca una mayor morbimortalidad de la población general. Por ello, nuestro objetivo es socializar este problema e intercambiar experiencias mediante el abordaje tanto de esta patología como del trasplante cardíaco.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la selección de los pacientes con ICC inicialmente se escogieron para el estudio 50 individuos de forma aleatoria. Para paliar las limitaciones de la muestra, esta se ponderó de modo que fuese representativa, por grupos de edad y sexo. Se incluyó una encuesta en la que se indagaba acerca del cumplimiento de ciertos requisitos como posibilidad de acceso y comunicación fluida con la red de atención primaria, así como preguntas abiertas sobre su preferencia de las consultas, su experiencia personal y el nivel de conocimiento sobre el trasplante cardíaco. Esto goza de suma importancia puesto que hay que tener presente características tanto de los receptores como de los donantes; factores limitantes como la hipertensión pulmonar, la insuficiencia renal o la edad superior a los 65 años han dejado de considerarse como contraindicaciones en la práctica.

RESULTADOS

Según muestra el estudio, la ICC se está convirtiendo en uno de los principales problemas de salud pública en los países de nuestro entorno. Se confirma el aumento de su prevalencia entre los mayores de 45 años y se anticipa un mayor incremento para los próximos años. Como es previsible, la esperanza de vida sigue incrementándose, con la consiguiente necesidad de más recursos para su tratamiento.

CONCLUSIONES

En los últimos años, el número de trasplantes realizados está estabilizado, con tendencia decreciente. Esto nos lleva a valorar distintos aspectos como la selección de candidatos y los resultados, en particular las causas de mortalidad.

PÓSTER 095 GESTIÓN E INDICACIÓN DE LAS UNIDADES MONITORIZACIÓN CARDIACA CONTINUA EN EL SCASEST POR ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

Autores: Medina Carrillo V; Galindo Castillo E; Salas Olivares A; Béjar Romo D
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Pese a que las guías de práctica clínica reconocen que un 3% de los SCASEST sufren alteraciones del ritmo cardíaco no recogen ningún nivel de recomendación sobre la monitorización continua durante la hospitalización. La Unidad de Cuidados Intermedios de Cardiología del Hospital 12 de Octubre cuenta con 16 telemetrías para las 24 camas disponibles. Por ello, la gestión de estos dispositivos y de las necesidades de monitorización de los pacientes de forma ágil y autónoma por parte de enfermería precisa establecer unas recomendaciones estandarizadas en forma de protocolo.

MATERIAL Y MÉTODO

Mediante la búsqueda de evidencia se pretende identificar las necesidades de monitorización en el paciente con SCASEST

además de los cuidados de enfermería propios de esta intervención y establecer unos criterios de actuación.

CONCLUSIONES

La creación y aprobación de un protocolo que permita la gestión de los dispositivos de monitorización prevé un impacto positivo en referencia a la seguridad y autonomía en la toma de decisiones por parte de enfermería, además de la disminución de la variabilidad y el aumento de la calidad en esta intervención.

PÓSTER 096 MIEDO AL ALTA HOSPITALARIA. CASO CLÍNICO

Autores: Núñez Tallón MA; Abad García MM; Gallego López MI; Pérez Fernández AM

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

INTRODUCCIÓN

Cuando llega el momento del alta hospitalaria a muchos pacientes les da miedo salir del hospital porque en él se sienten seguros.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 44 años que ingresa en nuestra unidad por dolor torácico sin factores de riesgo cardiovascular ni otra patología. Madre de dos hijos, el más pequeño es un bebé de dos meses al que está amamantando. Al momento del ingreso presenta cuadro de ansiedad relacionado con la lactancia, "¿qué va a pasar con mi bebé?", le explicamos que procuraremos facilitarle sacaleches y siete horas después del ingreso presenta nuevo dolor torácico con compromiso hemodinámico. Se traslada al hospital de referencia para realizar cateterismo cardíaco, objetivándose enfermedad de un vaso. Cuando regresa a planta ya no presenta dolor torácico pero sí mucho dolor en las mamas. Durante su estancia le traían el bebé a la sala de lactancia, lo que le aportaba tranquilidad, pero llegó el día en que se le notifica el alta y es cuando surgen preguntas, miedos, incertidumbre. Quiere irse a casa por su bebé pero, "y si repite el ángor, ¿cómo sé que no me voy a morir?". Para ella era más cómodo estar ingresada, le traían al bebé a las horas de lactancia y se sentía segura, si repetía el dolor ya sabía que tenía atención inmediata. Ello derivó en dos días más de ingreso, muchas horas de información y de conversación orientadas a ayudarla a disminuir la ansiedad que le generaba irse del hospital.

REFLEXIÓN

La ansiedad relacionada con el alta hospitalaria disminuyó por las intervenciones enfermeras y apoyo familiar aunque no consiguió afrontarlo plenamente ya que durante las dos semanas siguientes al alta acudió a urgencias en cuatro ocasiones.

PÓSTER 097 CASO CLÍNICO. PROCESO ENFERMERO EN COMPLICACIÓN TRAS IMPLANTE DE MARCAPASOS

Autores: Bengoa Endemaño N¹; Puche Domech MDC¹; Córcoles Martínez B²; Díaz Ramírez J²; Frutos Sánchez A³; Cerón Lucas A⁴; Moreno Alfaro MJ⁴; Moreno Alfaro M⁴; Melgarejo González M¹

1 Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia

2 Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

3 Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

4 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

INTRODUCCIÓN

Una de las complicaciones más frecuente tras la implantación de un marcapasos es la infección de la herida quirúrgica, por ello se realizará un plan de cuidados de enfermería.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 73 años con antecedentes personales: no alergias medicamentosas, hipertensión y obesidad. Ingresada con fiebre elevada de varios días de evolución, con bordes de la incisión enrojecidos y dolor agudo tras alta hace 2 días por implantación de marcapasos. El patrón principal alterado que analizaremos es: VI. Cognitivo-

Perceptual: Dolor agudo en zona de incisión. (00132) Dolor agudo r/c la intervención quirúrgica m/p verbalización del paciente.

PLAN DE CUIDADOS

Resultados (NOC) (2102) Nivel de dolor:

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
Dolor referido	2	5	3 días
Expresiones orales de dolor	1	5	2 días
Posiciones corporales protectoras	2	5	3 días
Expresiones faciales de dolor	2	5	2 días

Intervenciones (NIC): (2314) Administración de medicación intravenosa. Seguir los 5 principios de administración de medicación. Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación. (2210) Administración de analgésicos. Determinar ubicación, característica, calidad y gravedad del dolor antes de medicación. Comprobar historial de alergias. Controlar signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos. Evaluar eficacia del analgésico observando señales y síntomas de efectos adversos.

CONCLUSIÓN

Tras la realización de las actividades programadas se manifiesta una notable mejoría en el grado de dolor alcanzando el objetivo marcado.

PÓSTER 098 ANGINA DE PECHO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Cerón Lucas A¹; Díaz Ramírez J²; Bengoa Endemaño N³; Puche Domech MDC³; Moreno Alfaro MJ¹; Frutos Sánchez A⁴; Moreno Alfaro M¹; Córcoles Martínez B²; Melgarejo González M³

1 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia
2 Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia
3 Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia
4 Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN

El tema a tratar es la angina de pecho. En saber cómo se reconoce y cómo se evita puede estar la diferencia entre vida y muerte, por lo tanto, podría resultar interesante el abordaje de esta cuestión.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 68 años, procedente del servicio urgencias por presentar episodios de dolor torácico opresivo. Antecedentes: diagnosticada de fibrilación auricular paroxística, obesa y diabetes insulinodependiente. En la valoración realizada según Marjory Gordon, el patrón alterado más relevante es el cognitivo / perceptivo: orientado y consciente. Sin afectación visual, audición, ni sensibilidad táctil. No tiene problemas de lenguaje, memoria ni aprendizaje. Dolor agudo localizado en el MSI. Total Glasgow: 15.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico principal (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p informe verbal de dolor.

Resultado (NOC). (1605) Control del dolor.

Puntuación Inicial (PI): 2 Puntuación Diana (PD): 4 Tiempo (T) (horas): 24

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
(160502) Reconoce el comienzo del dolor	2	4	1 días
(160505) Utiliza analgésicos de forma apropiada	2	4	24 días

*Escala: Comprometido: Extremadamente (1) / Sustancialmente (2) / Moderadamente (3) / Levemente (4) / No comprometido (5)

Intervenciones (NIC). 1400 Manejo del dolor. Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo. Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor, cuando corresponda.

REFLEXIÓN

Tras realizar las actividades de enfermería elegidas, hemos conseguido alcanzar los objetivos programados en su exigido tiempo, debido al buen planteamiento y actuación del equipo multidisciplinar.

PÓSTER 099 CASO CLÍNICO. PROCESO ENFERMERO EN PACIENTE SOMETIDO A CATETERISMO

Autores: Bengoa Endemaño N¹; Puche Domech MDC¹; Díaz Ramírez J²; Córcoles Martínez B²; Cerón Lucas A³; Moreno Alfaro M³; Frutos Sánchez A⁴; Moreno Alfaro MJ³; Melgarejo González M¹

1 Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena
2 Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia
3 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia
4 Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN

Debido a la alta prevalencia de ingresos para la realización de cateterismos se ha detectado la necesidad de realizar un plan de cuidados de enfermería.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 65 años con antecedentes personales: no alergias, hipertensión y claudicación intermitente. Ingreso programado para realización de angioplastia cardiaca trasluminal percutánea (ACTP). El patrón principal alterado que tratamos es: X. adaptación-tolerancia al estrés: aumento de ansiedad y nerviosismo ante la intervención.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico principal (00146) Ansiedad r/c preocupación m/p estrés.

Resultados (NOC). Severidad de los síntomas (2103). Frecuencia del síntoma. Malestar asociado. Sueño alterado. Intervenciones (NIC). Explicarle procedimientos y posibles sensaciones que puede experimentar. Crear un ambiente de confianza. Ayudarle a identificar situaciones que precipitan la ansiedad. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad si están prescritos. Utilizar un enfoque seguro que de seguridad. Instruirle sobre el uso de técnicas de relajación.

REFLEXIÓN

Tras la realización de las actividades programadas en el plan de cuidados se manifiesta una notable mejoría en el grado de ansiedad y preocupación alcanzando el objetivo marcado.

PÓSTER 100 ATROSCLEROSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Córcoles Martínez B¹; Moreno Alfaro M²; Moreno Alfaro MJ²; Frutos Sánchez A³; Bengoa Endemaño N⁴; Puche Domech MDC⁴; Cerón Lucas A²; Díaz Ramírez J¹; Melgarejo González M⁴

1 Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia
2 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia
3 Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia
4 Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia

INTRODUCCIÓN

La aterosclerosis es un trastorno caracterizado por el depósito de placas de ateroma en la arteria, ocasionando un riesgo de trombosis y necrosis produciendo la oclusión del vaso.

OBJETIVO

El plan de cuidados irá enfocado a que el paciente acepte y afronte su nueva situación.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 50 años, obeso, hipertenso, hipercolesterolemia y fumador. Acude a urgencias por dolor en miembros inferiores al caminar, desapareciendo en reposo. Diagnóstico: aterosclerosis, tratamiento quirúrgico, se amputa miembro por isquemia y necrosis. En la valoración de enfermería según Marjory Gordon el patrón alterado es el patrón adaptación tolerancia al estrés por el duelo que supone perder un miembro.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico principal (00146) Ansiedad r/c cambios en el estado de salud m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.

Resultados (NOC). (1211) Nivel de ansiedad. Puntuación actual: 1 Puntuación diana: 5 Tiempo: 10 días

CÓDIGO	INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
121108	Irritabilidad	1	5	10 Días
121117	Ansiedad verbalizada	1	5	8 Días

NOTA: 1-Grave, 2-Sustancial, 3-Moderado, 4-Leve, 5-Ninguno.

Intervenciones (NIC). Disminución de la ansiedad. Actividades: utilizar enfoque sereno que dé seguridad. Establecer actividades recreativas reduciendo tensiones. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre situaciones estresantes.

REFLEXIÓN

Tras la evaluación, las actividades han sido adecuadas para la mejoría del paciente, disminuyendo la ansiedad y recuperando su bienestar.

PÓSTER 101 ANGINA DE PECHO INESTABLE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Frutos Sánchez A¹; Moreno Alfaro MJ²; Moreno Alfaro M²; Cerón Lucas A²; Puche Domech MDC³; Córcoles Martínez B⁴; Díaz Ramírez J⁴; Bengoa Endemaño N³; Melgarejo González M³

- 1 Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia
- 2 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia
- 3 Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia
- 4 Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

INTRODUCCIÓN

La angina de pecho inestable se define como dolor y opresión a nivel del pecho, debido a una falta de riego sanguíneo en el miocardio.

OBJETIVO

Planificar las acciones del cuidado del paciente para resolver diagnósticos de enfermería a través de la valoración integral del individuo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 58 años, fumador, obeso, sedentario e hipercolesterolemia. Acude a urgencias con disnea, dolor torácico y sensación de opresión aguda por esfuerzo intenso. Tras prueba de esfuerzo se diagnostica angina de pecho inestable. Según la valoración de enfermería, el patrón alterado es patrón actividad ejercicio por encontrarse hemodinámicamente inestable.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico Principal (00092) Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre aportes y demanda de oxígeno m/p malestar debido al esfuerzo y cambios electrográficos indicadores de arritmias.

Resultados (NOC). (0005) Tolerancia de la actividad.

Puntuación actual: 2 Puntuación diana: 5 Tiempo: 4 días

CÓDIGO	INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
000502	Frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad	2	5	3 Días
000514	Facilidad para realizar actividades de la vida diaria	2	5	15 Días

NOTA: 1-Gravemente comprometido, 2-Sustancialmente, 3-Moderadamente, 4-Levemente, 5-No comprometido.

Intervenciones (NIC). Manejo de la energía. Actividades: vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad. Observar la localización y naturaleza del dolor durante el movimiento/actividad.

REFLEXIÓN

Las actividades han sido adecuadas para la mejoría del paciente, ayudándole a recuperar su bienestar.

PÓSTER 102 ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Frutos Sánchez A¹; Moreno Alfaro MJ²; Cerón Lucas A²; Moreno Alfaro M²; Córcoles Martínez B³; Díaz Ramírez J³; Bengoa Endemaño N¹; Puche Domech MDC⁴; Melgarejo González M⁴

- 1 Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia
- 2 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia
- 3 Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia
- 4 Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia

INTRODUCCIÓN

Un aneurisma aórtico abdominal se presenta cuando el vaso sanguíneo grande (aorta) que irriga el abdomen, la pelvis y las piernas se agranda o se ensancha anormalmente.

OBJETIVO

Planificar las actividades de enfermería ayudando a mantener el propio bienestar del individuo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 65 años de edad, fumador e hipertenso. Acude a urgencias tras presentar dolor intenso repentino y persistente en la zona abdominal y lumbar, con sudor frío y frecuencia cardiaca rápida. Tras tomografía computarizada del abdomen se confirma el diagnóstico de aneurisma aórtico abdominal. Al realizar la valoración, el patrón más relevante que se encuentra alterado es: patrón cognitivo perceptual a consecuencia del dolor intenso que padece nuestro paciente.

Diagnóstico principal (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p informe verbales de dolor.

Resultados (NOC). (2102) Nivel del dolor.

Puntuación actual: 1 Puntuación diana: 5 Tiempo: 2 días

CÓDIGO	INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO
210201	Dolor Referido	1	5	2 Días
210222	Agitación	1	5	2 Días

NOTA: 1-Grave, 2-Sustancial, 3-Moderado, 4-Leve, 5-Ninguno.

Intervenciones (NIC). Manejo del dolor. Actividades: Realizar una valoración exhaustiva del dolor, localización, característica, duración, intensidad. Realizar cuidados analgésicos correspondientes. Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.

REFLEXIÓN

Tras la evaluación del plan de enfermería, el control del dolor ha sido fundamental para restaurar el estado de salud del paciente.

PÓSTER 103 PLAN DE CUIDADOS PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores: Córcoles Martínez B¹; Moreno Alfaro M²; Frutos Sánchez A³; Moreno Alfaro MJ²; Díaz Ramírez J¹; Bengoa Endemaño N⁴; Puche Domech MDC⁴; Cerón Lucas A²; Melgarejo González M⁴

- 1 Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia
- 2 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia
- 3 Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia
- 4 Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia

PLANIFICACIÓN

Después de realizar la valoración siguiendo los 11 patrones de Marjory Gordon, indicamos los patrones alterados:

1. Patrón de percepción-manejo de la salud. El paciente porta una sonda vesical de silicona existiendo riesgo de infección.
2. Patrón de eliminación. Dificultad para la eliminación de líquidos, así como retención.
3. Patrón de actividad-ejercicio. Dificultades de movilidad.

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo previsto (Días)
(050307) Digestión de líquidos adecuada	4	5	7
(050304) Color de la orina	3	5	7
(050313) Vacía la vejiga completamente	3	5	7

Escala de Likert: 1: Desviación grave del rango normal; 2: Desviación sustancial; 3: Desviación moderada; 4: Desviación leve; 5: Sin desviación.

Intervenciones (NIC): (5) (4040) Cuidados cardiacos. Controlar el equilibrio de líquidos. Controlar el estado respiratorio. Establecer ejercicios y periodos de descanso. Observar si hay disnea, taquipnea y ortopnea.

(0590) Manejo de la eliminación urinaria. Control periódico de la eliminación urinaria. Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario.

REFLEXIÓN

Tras la realización del plan, llevado a cabo por un equipo interdisciplinar, se han alcanzado los objetivos propuestos relacionados con la eliminación urinaria, disminuyendo los edemas y el peso del paciente, facilitando a su vez, la movilidad, y disminuyendo la fatiga.

PÓSTER 104 ATENCIÓN A UN PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Autores: González Sánchez B¹; Martínez Hortal A²; Torres Redondo FE²; Cano Rojo JA¹; Jodar Bornas S¹; Manchón Barnes IM³; Ferra Cabrera P³; Cegri Antelo M³; Oliver Lozoya D³

1 Estudiante de Enfermería

2 Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia

3 Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca más común y la que más incremento en prevalencia tiene con respecto a la edad. Se está convirtiendo en un problema muy costoso para los diferentes servicios de salud, siendo la hospitalización la principal causa. La FA es la arritmia cardiaca mantenida más prevalente en los SUH: origina el 3,6% de las urgencias generales de nuestro país y más del 10% de los ingresos.

OBJETIVO

Realizar un plan de cuidados específico a un paciente diagnosticado de fibrilación auricular (FA) que llega por sus propios medios al servicio de urgencias hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO

A través de la observación y la recogida de datos se procedió a una valoración holística de nuestro paciente que fue diagnosticado de FA. Para ello se han utilizado los Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Posteriormente se diagnosticó y planificaron los cuidados siguiendo la taxonomía NANDA, NOC, y NIC. La ejecución de las actividades se realizó aplicando los resultados de las evidencias científicas, apoyándonos en los protocolos de la unidad y diferentes guías de práctica clínica.

RESULTADOS

Primero se eligió un resultado, posteriormente se eligieron y valoraron los indicadores, luego se valoró el resultado y, por último, se fijó el resultado a conseguir según escala Likert. (0400) Efectividad de la bomba cardiaca. Valor actual: 2, puntuación diana: 3. Plazo: 1 día. (0405) Perfusión tisular: cardiaca. Valor actual: 2, puntuación diana: 4. Plazo: 1 día. (1121) Nivel de ansiedad. Valor actual: 1, puntuación diana: 4. Plazo: 1 día.

DISCUSIÓN

Tras la realización de un plan de cuidados siguiendo la taxonomía NANDA, con su valoración previa según los Patrones de Marjory Gordon, junto con el trabajo multidisciplinar de todo el equipo sanitario se ha asegurado la aplicación de unos cuidados enfermeros de calidad, que han repercutido favorablemente en nuestro paciente.



35º

CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

Avanzando hacia la autonomía

MURCIA | 7, 8 Y 9 DE MAYO DE 2014
SEDE: HOTEL NELVA

www.enfermeriaencardiologia.com

SECRETARÍA TÉCNICA:
 **Congrega**

A. Carulle - Corral, Ronda de Castro, 12 - 1º. Mg. 30082. J. Madrid - Dirección: Paseo de la Castellana, 135 - 7º 28044
Información y reservas: Tlf. 901 211 434 - Fax. 901 217 542 | E-mail: congrega@congrega.es - Web: www.congrega.es

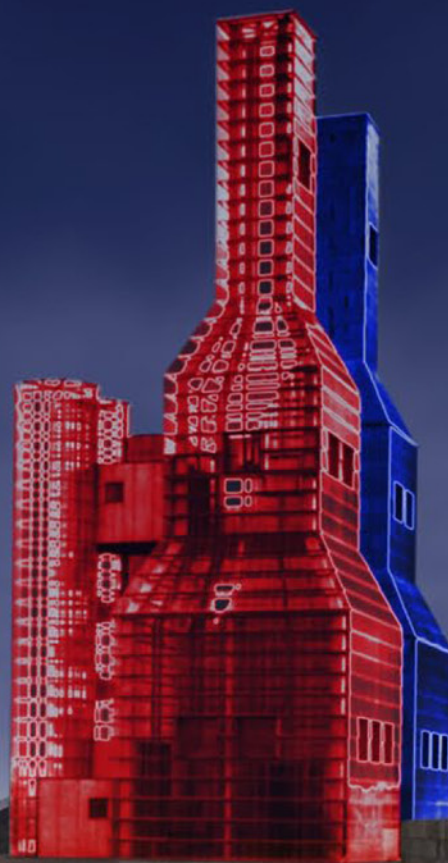
LISTADO DE AUTORES DE COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL 35.º CONGRESO NACIONAL DE LA AEEC

Abad García MM	Canca Sánchez JC	Fernández Martínez BG	González Díaz ME	López Cuenca A	Morán Muñoz MJ	Pons Salas F	Sánchez Guirao A
Abellán Alemán J	Cano Reyes A	Fernández Meseguer A	González García L	López Cuenca D	Moreno Alfaro M	Portuondo Maseda MT	Sánchez Hernández EM
Abril Gea D	Cano Rojo JA	Fernández Oliver A	González Gascue M	López Fernández MA	Moreno Alfaro MJ	Poza Domínguez A	Sánchez Jimeno S
Aguado Sánchez MSC	Cano Vivar P	Fernández Pérez E	González López C	López García T	Moreno Martínez P	Presa García S	Sánchez Lozano Y
Agudo Quilez J	Cantos Gutiérrez C	Fernández Redondo M	González Martínez JM	López Gilibert S	Moreno Pina JP	Prieto García E	Sánchez Martínez L
Aguirre Montoya JC	Cañete Moreno B	Fernández Redondo MC	González Martínez MI	López Gorostidi N	Moreno Sánchez IF	Prieto Robles C	Sánchez Moyano M
Alarcón Navarro MT	Cañón Sánchez A	Fernández Rey AB	González Muñoz P	López Marín E	Moreno Tomás MC	Puche Domlech MDC	Sánchez Muñoz CM
Alarcón Reina S	Capella Trigo ML	Fernández Trashorras AM	González Sánchez B	López Moyano G	Moreno Zorrilla FV	Pueyo Pont MJ	Sánchez Nicolás JA
Alba Navarro EM	Cardoso Sánchez C	Ferra Cabrera P	González Varela ME	López Navas MJ	Mouce Debasa L	Quintana Giner M	Sánchez Ortiz E
Alba Saá F	Carmona Heredia AM	Ferrer Bas MP	Gordillo Martín R	López Palop R	Muñoz Gallego CDP	Rabadán Anta MT	Sánchez Paños FJ
Alburquerque Clemente S	Carrasco Abellán DL	Ferreras Durán C	Gracia Martínez D	López Parra CM	Muñoz García S	Rabadán Anta T	Sánchez Peinado M
Alcahud Cortés C	Carrasco Rodríguez- Rey LF	Ferro Ricart I	Gracia Ródenas M	López Pérez L	Muñoz Guerrero CA	Rabadán Pérez M	Sánchez Ramos JG
Alcaraz López J	Carrasco Ruiz RM	Flores Antigüedad ML	Gracia Ródenas MDR	López Ruiz M	Muñoz Jiménez HS	Rabanal Alonso RB	Sánchez Sánchez EP
Alcázar Belchi MQ	Carrillo Sáez P	Flores Blanco PJ	Gracia Ródenas MR	López Sixto SM	Muñoz Martín E	Ramón Carbonell M	Sánchez Sánchez R
Alegria Pellicer A	Carrión Tortosa F	Flórez García M	Gracia Ródenas R	López Zarraiteia I	Muñoz Villareal AB	Ramón Carbonell MRC	Sánchez Santiago D
Aller Fernández C	Casado Galindo EJ	Flórez García MT	Grau Navarro E	Lorenzo Robles M	Navarro Díaz M	Ramos A	Sánchez Suárez IM
Almansa Estelles A	Casanova Navarro L	Fraile Villar MI	Gris Peñas A	Lozano Ballester MJ	Navarro Fernández M	Ramos González-Serna A	Sánchez Zamora MJ
Alonso Durán M	Cascales Fernández MD	Frapollí Gómez G	Guerra Polo J	Lozano Ortega C	Navarro Fernández R	Reche Mañas A	Sandonis Ruiz LM
Alonso Jiménez S	Cascales Palazón E	Freixas Pámiás R	Guerra Polo JM	Luna Gallardo P	Navarro Lozano R	Recuera Casado C	Sammartín Saavedra D
Alonso Porto MJ	Cascón Pérez JD	Freixedes Ordoyo C	Guerrero Juan S	Luque López R	Navarro Oliver AF	Redondo Osegui A	Santervas Sánchez R
Alonso Villa C	Castaño Ruiz M	Fronce de la Ossa N	Guillén Goberna P	Luque Serrano L	Navarro Sanz L	Reino Maceiras MV	Santillán García A
Alpiste Giménez MJ	Castillo Poyo R	Frutos García A	Gutiérrez Cobo JM	Madrid Muñoz E	Neiro Rey MC	Repullo Cortés G	Saura Lucas S
Álvarez García N	Castro Beiras A	Frutos Sánchez A	Gutiérrez Díez A	Magdalena Castaño M	Nicolás Viguera AB	Rey Acuña F	Segura Arenas AM
Álvarez Murias M	Castro Cruz SI	Fuenzalida Inostroza C	Gutiérrez Martínez M	Majó Ramirez D	Nieto García E	Rivas Báez JA	Segura Saint-Gerons C
Álvarez Pérez M	Castro F	Gago Gago MC;	Hellín Gil MF	Manchón Barnés IM	Núñez Tallón MA	Rizos Lara ML	Seane Bello M
Álvarez Sánchez MI	Castromán Souto MJ	Gainza Calleja A	Hernández Alcázar I	Manteoñ Santiago MJ	Ocáriz Aguirre MA	Robles Bravez JM	Seane Pardo N
Ambrós Ribó N	Caveda Lorenzo RM	Galán Montañés M	Hernández Castelló MC	Manzanares Lázaro JA	Olivella García D	Roca Canzobre S	Seane Pardo NM
Amor Cambón J	Cegri Antelo M	Galicía Pujol S	Hernández Castellón CM	Manzano Fernández S	Oliver Lozoya D	Rodrigo Cuadrado M	Serrano Mateos C
Andueza Alegria I	Celaya Ruiz N	Galindo Castillo E	Hernández Cuenca P	Manzano S	Orenes Piñero E	Rodríguez Alarcón P	Serve Estruch A
Aniorte Romero AI	Celdrán Baños AI	Gallego López MI	Hernández del Rincón JP	Marcos González N	Orenes Torrecillas C	Rodríguez Cañadas G	Sevanne Vega J
Anza Aguirrezabala I	Celdrán Baños AI	Gallego Ortiz A	Hernández García V	Marín F	Orfila Arias V	Rodríguez Carcelén MD	Siches Cuadra C
Areitio Yugerros C	Celdrán Torres L	Gambra Michel MC	Hernández Gimeno M	Marín-Barnuero Fabo C	Ortega López A	Rodríguez García EM	Simarro Garrigós C
Argentina Fernández E	Cepas Sosa A	Gámez Molina M	Hernández Hernández I	Márquez López A	Ortega Rueda AN	Rodríguez García I	Simó Vilaplana M
Argibay Pytlík V	Cerejillo Silva EG	García Abella M	Hernández Lapaz F	Martín Arribas L	Ortiz Blanco I	Rodríguez Martín B	Simoni Pedrera R
Arias Fernández MT	Cerón Lucas A	García Alfaya S	Hernández Manzano MN	Martín Gutiérrez E	Osés Pérez de Labeaga M	Rodríguez Martínez A	Sola Galarza I
Arizón Del Prado JM	Cervantes Guerrero A	García Fanego R	Hernández Rivas AA	Martín López P	Otálora Bleda M	Rodríguez Martín-Gil B	Solis Muñoz M
Arjona Hernández M	Clemente García A	García Fidalgo J	Hernández Roca L	Martín Martín MA	Oyanguren Artoja J	Rodríguez Mondéjar JM	Soria Gómez T
Armero Sánchez MC	Climent Coronado L	García González J	Hernández Romero D	Martín Pérez S	Pacios Pacios MDLA	Rodríguez Rodríguez JJ	Soriano Escobar ML
Arnáiz Villanueva N	Collado Martín M	García González S	Hernando García FJ	Martín Retuerto B	Palacios Muñoz P	Rodríguez Rodríguez M	Soto Fernández D
Arroyo Morón F	Coll-Vinent Puig B	García Guillén JM	Herrera Álvarez C	Martín Rodríguez M	Palazón Galera E	Rodríguez Soler J	Steen B
Asián Cordero A	Consuegra Sánchez L	García Hernández MT	Herrera Romero T	Martínez Caballero M	Palencia Gómez MJ	Rogel Rodríguez R	Subiela García JA
Avilés Albizu JM	Córcoles Martínez B	García Hernández PM	Herrero Pérez A	Martínez Castellanos T	Pallarés Martínez IM	Rojas García A	Tello Montoliú A
Azcona Ciriza L	Cordero Fort A	García Ibáñez J	Herruzo Ballanas F	Martínez García FJ	Palomino Escaño A	Rojo Cánovas M	Timoner Andreu EM
Baldo Castilleiras J	Córdoba Soriano JG	García Imaz J	Horrillo Alonso I	Martínez Gómez MA	Palzón Candel N	Roldán López R	Toledano Casado F
Ballesteros Bravo S	Córdoba Martínez MDC	García Jarillo CM	Huésca Roda J	Martínez Gómez ME	Papín Rivas P	Papín Rivas P	Torcal Laguna J
Baños Sánchez A	Cortez Quiroga GA	García Lloret D	Hurtado Martínez J	Martínez Guerrero M	Pardo Romera L	Pardo Romera L	Romero Arnau M
Bañuelos San José MA	Cousillas Corrales A	García López V	Iglesias Mier T	Martínez Hernández M	Paredes Pérez FJ	Paredes Pérez FJ	Romero González A
Barnes Martínez J	Crespo Castillo MJ	García Marín JM	Iglesias Puente P	Martínez Hortal A	Paredes Rodríguez A	Paredes Rodríguez A	Romero Ruiz C
Barrañeda Copele E	Cristóbal Domínguez E	García Martínez D	Iglesias Santomé JA	Martínez Huéscar M	Parellada Vendrell M	Parellada Vendrell M	Romeu Mirabete A
Bartolomé Fernández Y	Cuerda Clemente D	García Molina V	Igual Camacho V	Martínez López N	Parra Carrillo AB	Parra Carrillo AB	Rosales Ortega A
Batet Escusa M	Cuevas López E	García Mosquera VA	Illán Fernández N	Martínez Martínez D	Parraga Díaz M	Parraga Díaz M	Rosenfeld Vilalta L
Bauset Navarro JL	Davos Jiménez-Bazo RM	García Mulero P	Iniesta Sánchez J	Martínez Martínez L	Pascual Fidal DA	Pascual Fidal DA	Rosillo Martínez F
Bazanovi M	De García Gómez G	García Navarro I	Irizar Jáuregui J	Martínez Navarro A	Pascual Muñoz MD	Pascual Muñoz MD	Rossi López M
Becerra Do Ejo C	De Higes E	García Pérez C	Izquierdo Bernal S	Martínez Navarro MA	Pastor Pérez F	Pastor Pérez F	Rozalén Heras MD
Béjar Romo D	De la Torre Merelles B	García Pérez MDC	Izquierdo Torre M	Martínez Oliva JM	Pastor Quirante F	Pastor Quirante F	Rubies Eroles GM
Belinchón Chiclana J	De la Vera Arias E	García Ramírez R	Jaen Casinello C	Martínez Pérez M	Pedroño Vera A	Pedroño Vera A	Rubio González P
Belmonte Vico R	De Marcos White L	García Rojas A	Jiménez Díaz VA	Martínez Puertas MD	Pegalajar Pineda FA	Pegalajar Pineda FA	Rubio Marco E
Beltrán Troncoso P	De Pablo Yagüe M	García Sánchez CI	Jiménez González F	Martínez Rabadán M	Pellicer García C	Pellicer García C	Ruestes Virtus G
Beneyto Armentgot L	De Ríos Briz N	García Soto C	Jiménez Mazuecos J	Martínez Pérez M	Pellicer Villaloesca S	Pellicer Villaloesca S	Ruibal Santos P
Bengoa Endemaño N	Delgado Moreno M	García Suárez E	Jiménez Valladolid I	Mateo Berilloch C	Peña Acuña A	Peña Acuña A	Ruiz Angulo C
Benítez Canosa MC	Delgado Pacheco J	García Teruel E	Jodar Bornas S	Mateo Corchero MD	Peña Larrazabal MI	Peña Larrazabal MI	Ruiz Berna E
Bermejo Jiménez R	Delgado Sánchez FJ	García Escrivano García I	Jover García E	Mateos García MD	Pereira Ferreiro A	Pereira Ferreiro A	Ruiz de Omeda Sanz E
Bermejo Vázquez C	Díaz Martínez AM	Garcimartín Cerezo P	Jurado Román A	Mauil Lafuente E	Pereiro Pérez MA	Pereiro Pérez MA	Ruiz García MJ
Bermúdez García V	Díaz Micol C	Garlito Pérez IM	Labiano Pérez-Seoane C	Medina Carrillo	Pérez Alfageme J	Pérez Alfageme J	Ruiz Gascón AB
Berral Baeza T	Díaz Ramírez J	Garrido Bravo IP	Lacareel Rodríguez P	Melehi El Asallí D	Pérez Alonso N	Pérez Alonso N	Ruiz Jiménez E
Blanca Castillo J	Díaz Sánchez L	Garries Becchi E	Lago Celada I	Melero Lacasia A	Pérez Blanco A	Pérez Blanco A	Ruiz Merino G
Blanco Gómez MA	Díez Alonso LA	Garrote Beato E	Lago Quintero JR	Melero Rubio E	Pérez Fernández AM	Pérez Fernández AM	Ruiz Valero C
Boluda Aparicio A	Doiz Arriazu R	Gil Canabal MP	Lara Lara D	Melgarejo González M	Pérez Martínez F	Pérez Martínez F	Rus Mansilla C
Bonel Torres G	Domene Martínez F	Gil Canabal P	Lario García M	Mellado Gutiérrez M	Pérez Martínez M	Pérez Martínez M	Rustarazo Franco Y
Botana Arranz B	Domene Nieves de la	Giménez Mateo A	Lasheras Galacho JG	Mena Molina MS	Pérez Martínez MT	Pérez Martínez MT	Sáez Jiménez MR
Botas Rodríguez J	Vega G	Gimeno Blanes JR	Laveda López P	Mendiola Martínez A	Pérez Martínez N	Pérez Martínez N	Sáinz Casado T
Botifoll Campos MDC	Domínguez Naranjo A	Gómez Blaya F	Leal Hernández M	Mengibar Pareja V	Pérez Olmos A	Pérez Olmos A	Sáiz Petrus AC
Bouzas Mosquera A	Domínguez Paniagua J	Gómez Fernández M	Leal Llopis J	Merino Parrondo JP	Pérez Rodríguez MT	Pérez Rodríguez MT	Salas Alcaraz JF
Bouzas Mosquera MDC	Durán Torralbo C	Gómez Flórez I	Lekube Insausti A	Mesa Rico R	Pérez Ruescas C	Pérez Ruescas C	Salas Lario M
Bóveda Álvarez R	Durán Torralbo MC	Gómez García X	Lekuona Goya I	Miguelé González N	Pérez Taboada MA	Pérez Taboada MA	Salas Olivares A
Bracero Almagro A	Encinas Jiménez S	Gómez Jiménez MP	Lerma Barba MD	Miguez Piñeiro A	Pérez Vidal MD	Pérez Vidal MD	Salmerón García A
Caballero García MJ	-ernández M	Gómez López F	Lidón Cerezuela MB	Miralles Arqués S	Pérez Viguera P	Pérez Viguera P	Salmerón Martínez FM
Cabrera Sierra M	Espinosa Ramón S	Gómez López F	Lison Yesares A	Miranda Suárez P	Pescador Valero A	Pescador Valero A	Sánchez Alonso A
Callejas Dolader D	Exebarriá Izquierdo EJ	Gómez Martínez I	Lizárraga Ursúa Y	Mogollón Cardero P	Peteiro Vázquez J	Peteiro Vázquez J	Sánchez Bellido M
Calvo Barriuso E	Fabregat Albert MJ	Gómez Martínez O;	López Alacid FJ	Molina Ruiz MT	Pijuán Aragón E	Pijuán Aragón E	Sánchez Catalán N
Calvo Bonacho E	Fandiño Pampin MI	Gómez Moro N	López Ayala JM	Montero Álvarez M	Pinar Bermúdez E	Pinar Bermúdez E	Sánchez Chilloñ FJ
Cambronero Sánchez F	Faraudo García M	Gómez Palomar MJ	López Caballero MT	Montoya Martínez G	Piñera Gómez Y	Piñera Gómez Y	Sánchez García AB
Campo Iraeta Z	Felipe García G	Gómez Sánchez MP	López Caballero T	Mora Pardo JA	Piñero Sáez S	Piñero Sáez S	Sánchez García R
Campuzano Ruiz R	Fernández Balcones C	González Castillo F	López Carrillo S	Moralá Salam E	Plana Guillermos MA	Plana Guillermos MA	Sánchez Giménez AB
Campuzano Ruiz R	Fernández Herranz A	González Castillo FJ	López Costas M	Morales Vicente MJ	Pons Pons N	Pons Pons N	Sánchez Gómez MF

36 CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

SANTIAGO DE COMPOSTELA
7-9 DE MAYO DE 2015

SEDE: PALACIO DE CONGRESOS Y EXPOSICIONES DE GALICIA
www.enfermeriaencardiologia.com



LA EVIDENCIA ES EL CAMINO



SECRETARÍA TÉCNICA:
congrega
grupo de servicios

A Coruña - Central: Rosalía de Castro, 13 - 1º Izq. 15004 | Madrid - Delegación: Paseo de la Castellana, 135 - 7º 28046
Información y contacto: Tlf: 981 216 416 - Fax: 981 217 542 | E-mail: congrega@congrega.es · Web: www.congrega.es