

# Enfermería en Cardiología

Publicación científica de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

Enferm Cardiol. 2022; Año XXIX (Supl 1)

Versión electrónica en:  
[enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/revista/revistas](http://enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/revista/revistas)



SOCIEDAD  
ESPAÑOLA DE  
CARDIOLOGÍA

CONGRESO DE LA SALUD  
CARDIOVASCULAR

# SEC 2022

20 - 22 OCTUBRE  
PALMA & ONLINE

RESÚMENES  
DE LAS  
COMUNICACIONES  
PRESENTADAS  
EN EL  
43.º CONGRESO

- COMUNICACIONES ORALES
- CASOS CLÍNICOS
- COMUNICACIONES MINI ORALES
- PÓSTERES

#SEC22



43  
CONGRESO  
AEEC



Asociación Española de  
Enfermería en Cardiología



Spanish Association of  
Nursing in Cardiology  
(AECC)

ISSN: 1575-4146

# Enfermería en Cardiología

Scientific Journal of the Spanish Association of Nursing in Cardiology

## SUMARIO

Presentación del 43.º Congreso  
Nacional de Enfermería en Cardiología **3**

### Resúmenes de las comunicaciones presentadas en el 43.º Congreso AECC

Comunicaciones orales **5**  
Casos clínicos **31**  
Comunicaciones mini orales **42**  
Pósteres **54**  
Índice de autores **66**

Enferm Cardiol. 2022; Vol XXIX (Supl 1)

Versión electrónica en:  
enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/revista/revistas  
campusaeeec.com/revista/revistas/

## SUMMARY

Presentation of the 43rd National  
Congress of Cardiology Nursing **3**

### Abstracts of communications presented at the 43rd AECC Congress

Oral communications **5**  
Case reports **31**  
Mini-oral communications **42**  
Posters **54**  
Authors Index **66**

Enferm Cardiol. 2022; Vol XXIX (Supl 1)

Electronic version Available in:  
enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/revista/revistas  
/campusaeeec.com/revista/revistas/

#### DIRECTOR

Jonatan Valverde Bernal

#### CONSEJO DE REDACCIÓN

##### Presidencia de la AECC

Isaac Moll Adrián

##### Dirección del Comité Científico

Gemma Berga Congost

##### Dirección Pág. web

Concepción Fernández Redondo

#### REVISORAS DE INGLÉS

María E. García Cameselle

Helena Kruyer

#### JUNTA DIRECTIVA DE LA AECC

##### Presidenta de Honor

M.ª José Zabala Osés

##### Presidente

Isaac Moll Adrián

##### Vicepresidenta (en funciones)

Silvia Pérez Ortega

##### Secretaria

Sonia Mena Mejías

##### Vicesecretaria (en funciones)

Elena Escanciano Rodríguez

##### Tesorera

Miriam Quintana Giner

##### Director de la revista

Jonatan Valverde Bernal

##### Dirección de la página web

Concepción Fernández Redondo

##### Directora de Formación

Miriam Rossi López

#### COMITÉ CIENTÍFICO DE LA AECC

##### Directora

Gemma Berga Congost

##### Subdirectora

M.ª Antonia Martínez Momblán

##### Asesora

Paloma Garcimartín Cerezo

##### Vocales

Amalia Sillero Sillero

Esther Calero Molina

José Miguel Rivera Caravaca

Judith Gómez Carrillo

Marta Parellada Vendrell

Rafael Mesa Rico

#### REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN AECC

C/ Nuestra Señora de Guadalupe, 5-7

28328 Madrid (España)

Tel. 917 242 375 - FAX: 917 242 371

Secretaría: Maribel Calero

secre@enfermeriaencardiologia.com

Coordinación Editorial: Maribel Calero

revista2@enfermeriaencardiologia.com

Versión electrónica ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/revista/revistas

campusaeeec.com/revista/revistas

ISSN: 1575-4146

Dépósito Legal: M-10090-2014

© Copyright 2022 Asociación Española de Enfermería en Cardiología  
Número extraordinario

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).

# Presentación del 43.º Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología

Del 20 al 22 de octubre 2022

**Silvia Pérez Ortega**  
Vicepresidenta de la AEEC

Estimadas/os compañeras/os:

Nos complace estar aquí este año para celebrar presencialmente el **Congreso de la Salud Cardiovascular** que tendrá lugar los días **20 al 22 de octubre**, y que de manera conjunta organiza la Asociación Española de Enfermería en Cardiología y la Sociedad Española de Cardiología.

Palma de Mallorca es la ciudad escogida para este evento sobre la Salud cardiovascular, que corresponde al **43.º congreso de la AEEC**, y que nos abre sus puertas con algunas novedades.

Respecto al contenido científico, estoy convencida que todos vamos a disfrutar de la amplia oferta de sesiones enfermeras, médicas y multidisciplinarias. Entre ellas destacaremos la conferencia inaugural de la AEEC, de mano de Soledad Gallardo, enfermera y gerente del Hospital de Inca y nos hablará del valor (y la valentía) en la práctica asistencial.

Un año más la industria colabora con la AEEC, en forma de simposio sobre el cuidado del paciente con enfermedad cardiovascular aterosclerótica, con una beca no condicionada de Novartis; y tratando el abordaje enfermero en la amiloidosis cardíaca, con un simposio satélite patrocinado por Pfizer.

Además de las mesas en las que se abordaran diferentes temáticas desde el abordaje tanto enfermero, como multidisciplinar, contaremos con 4 cursos de formación para profundizar en aquellos aspectos que sean de nuestro interés.

Un año más, la cardioactualidad cerrará el programa científico, donde Elena Calvo nos hablará de las últimas novedades en investigación enfermera durante este último año.

La organización del congreso también cuenta con novedades durante este evento en el que se ha apostado por la sostenibilidad y cuidado del medioambiente, así como fomentar la conciliación personal y laboral con un espacio lúdico infantil habilitado en el Palacio de Congresos.

Os animamos a participar tanto de la parte científica como de la socialización que llevan los congresos, y que nos permite poner en común conocimientos y compartir experiencias para mejorar nuestro cuidado enfermero con el paciente cardiovascular.

Esperamos que disfrutéis del congreso y que tengáis una magnífica estancia en Palma.

Recibid un cordial saludo



**Silvia Pérez Ortega**  
Vicepresidenta de la AEEC

[vicepresidencia@enfermeriaencardiologia.com](mailto:vicepresidencia@enfermeriaencardiologia.com)

# 43º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

PALMA DE MALLORCA 20 · 22 OCTUBRE

PROGRAMA

## JUEVES 20

10:45 - 12:15 h. Sala Portixol 1

**COMUNICACIONES ORALES:**  
**CUIDADOS EN ELECTROFISIOLOGÍA Y CUIDADOS CRÍTICOS.**

10:45 - 12:15 h. Sala Portixol 2

**COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA I.**

12:30 - 14:00 h. Sala Portixol 1

**COMUNICACIONES MINI ORALES: COMUNICACIONES MINI ORALES I.**

12:30-14:00 h. Sala Portixol 2

**COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA II.**

14:00-14:45 h. Sala Menorca 1

**SIMPOSIO: NOVEDADES EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATROSCLERÓTICA: ROL DE LA ENFERMERA DE CARDIOLOGÍA Y DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA.**

Beca no condicionada  **NOVARTIS**

15:30-17:00 h. Sala Palma

**MESA: SÍNDROME CORONARIO AGUDO DESDE LA URGENCIA PREHOSPITALARIA, HEMODINÁMICA Y UCI.**

17:15-18:15 h. Sala Palma

**CONFERENCIA: EL VALOR (Y LA VALENTÍA) EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL: UNA APROXIMACIÓN REAL AL PACIENTE.** Soledad Gallardo

10:45-12:15 h. Sala Portixol 1

**COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN ELECTROFISIOLOGÍA Y ESTIMULACIÓN CARDIACA Y CUIDADOS CRÍTICOS.**

10:45-12:15 h. Sala Portixol 2

**COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA I.**

12:30-14:00 h. Sala Portixol 1

**COMUNICACIONES MINI ORALES: COMUNICACIONES MINI ORALES I.**

12:30-14:00 h. Sala Portixol 2

**COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA II.**

14:00-14:45 h. Sala Menorca 1

**SIMPOSIO: NOVEDADES EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATROSCLERÓTICA: ROL DE LA ENFERMERA DE CARDIOLOGÍA Y DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA.**

Beca no condicionada  **NOVARTIS**

15:30-17:00 h. Sala Palma

**MESA: SÍNDROME CORONARIO AGUDO DESDE LA URGENCIA PREHOSPITALARIA, HEMODINÁMICA Y UCI.**

17:15-18:15 h. Sala Palma

**CONFERENCIA: EL VALOR (Y LA VALENTÍA) EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL: UNA APROXIMACIÓN REAL AL PACIENTE.**

## VIERNES 21

09:00-10:00 h. Sala Cabrera 1

**REUNIÓN: ASAMBLEA DE LA AECC.**

09:00-10:30 h. Sala Ibiza 2

**TALLER: MONITORIZACIÓN REMOTA.** Plazas limitadas.  
Inscripción previa sin coste adicional.

10:15-11:45 h. Sala Portixol 1

**COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN HEMODINÁMICA.**

12:15-13:45 h. Sala Menorca 1

**MESA: 20 AÑOS DE LA RUTA ASISTENCIAL DE IC.**

15:00-17:00 h. Sala Santa Catalina

**CASOS CLÍNICOS: CASOS CLÍNICOS I.**

15:00-17:00 h. Sala Portixol 2

**COMUNICACIONES ORALES: OTROS CUIDADOS EN ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA.**

15:30-17:00 h. Sala Porto Pi

**SESIÓN: DOCUMENTOS DE CONSENSO DE LA AECC.**

17:15-18:15 h. Sala Portixol 2

**CURSO: TALLER TEÓRICO-PRÁCTICO: RCP DE CALIDAD.**

Plazas limitadas. Inscripción previa sin coste adicional.

17:15-19:15 h. Sala Santa Catalina

**CURSO: CUIDADOS ENFERMEROS A PACIENTES PORTADORES DE ASISTENCIA MECÁNICA CIRCULATORIA DE CORTA DURACIÓN.**

17:15-19:15 h. Sala Porto Pi

**CURSO: PRINCIPIOS BÁSICOS EN LA PRESENTACIÓN Y COMUNICACIÓN DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS.**

18:15-19:15 h. Sala Portixol 2

**CURSO: TALLER TEÓRICO-PRÁCTICO: RCP DE CALIDAD (REPETICIÓN).**

Plazas limitadas. Inscripción previa sin coste adicional.

18:30-19:00 h. Sala Menorca 2

**SIMPOSIO SATÉLITE: R-EVOLUCIONANDO EL ABORDAJE DE LA AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRETINA (ATTR-CM) A TRAVÉS DEL EMPODERAMIENTO DE ENFERMERÍA.**

Patrocinado por 

## SÁBADO 22

09:30-10:45 h. Sala Santa Catalina

**COMUNICACIONES MINI ORALES: COMUNICACIONES MINI ORALES II.**

09:30-11:00 h. Sala Portixol 2

**COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN REHABILITACIÓN CARDIACA Y MISCELÁNEA.**

10:45-11:45 h. Sala Santa Catalina

**CASOS CLÍNICOS: CASOS CLÍNICOS II.**

10:45-11:45 h. E-poster 4

**PÓSTER: ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA I.**

12:00-13:30 h. Anfiteatro Baleares

**MESA: ACTUALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA.**

12:00-13:30 h. E-poster 4

**PÓSTER: ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA II.**

13:45-14:45 h. Sala Palma

**MESA: EL SEGUIMIENTO ONLINE EN CARDIOLOGÍA: ¿ES EFICIENTE, EFICAZ Y/O EFECTIVO?.**

14:45-15:15 h. Sala Palma

**SESIÓN: ENTREGA DE PREMIOS AECC.**



## COMUNICACIONES ORALES

Jueves 20 de octubre, de 10:45 a 12:15 h.

Sala Portixol 1 (Hotel. Planta 3)

### COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN ELECTROFISIOLOGÍA Y CUIDADOS CRÍTICOS

#### ANÁLISIS DE LA CARGA DE TRANSMISIONES POR ALERTA EN LA MONITORIZACIÓN REMOTA DE HOLTER IMPLANTABLE

**Autores:** Isabel Ramírez De Diego, Francisco Méndez Zurita, Laura Sánchez Martín, Maite Grande Osorio, Daniel Majo Ramírez, Jonathan Quispe Santos, Enrique Rodríguez Font, Xavier Viñolas Prat.

**Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.**

##### INTRODUCCIÓN

La monitorización remota (MR) de los Holvers Implantables (HI) se ha incorporado al seguimiento habitual de los pacientes. No obstante, por las características de la MR de los HI se puede generar una mayor cantidad de alertas que otros tipos de dispositivos. Objetivo: analizar el número y tipo de transmisiones por alerta (TXA) recibida en la MR de los HI.

##### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo. Se analizaron todas las transmisiones recibidas durante el período octubre 2016 hasta septiembre 2021. Se analizaron las características clínicas y demográficas de los pacientes. Se definió como TXA aquella que ocurre tras un evento automático (pausa, taquiarritmia, bradiarritmia, TA/FA, agotamiento de batería), y las transmisiones inducidas por síntomas. Las TXA se clasificaron según un protocolo local de prioridad basado en color: rojo, amarillo y verde, acorde a su implicación clínica.

##### RESULTADOS

Se incluyeron 52 pacientes, edad media 60,5±6 años, 63% varones. Se analizaron 911 transmisiones (media 7 transmisiones paciente/año); de las cuales 356 (39%) fueron TXA, 394 (43%) fueron programadas ± inicial; y 161 (18%) solicitadas por el hospital. En relación con las TXA un 57% fueron clasificadas como verde, 36% amarillas y 7% rojas. Las TX por síntomas fueron las más frecuentes, sin embargo, sólo un 8,3% tuvieron implicación clínica. Un 31% de las transmisiones por pausa no fueron reales, el resto ocurrían predominantemente en período nocturno (73%) y con duración menor de 3 segundos (61%).

##### CONCLUSIONES

La obtención de registros de ECG con dispositivo portátil es factible, permitiendo identificar las recurrencias de FA por un equipo de enfermería entrenado y con una muy buena adherencia por parte de los pacientes. La posibilidad de realizar un ECG en el momento de la

La tasa de transmisiones paciente/año es superior a la de otro tipo de dispositivos. Las transmisiones programadas no mostraron hallazgos relevantes. Las TXA más frecuentes fueron por síntomas y pausas; y un bajo porcentaje conllevó a una intervención clínica. La eficiencia de los programas de MR dependerá de una adecuada configuración de alertas, una correcta colocación del dispositivo y una buena educación del paciente.

#### SÍNTOMAS Y CALIDAD DE VIDA SEGÚN SEXO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR REMITIDOS PARA ABLACIÓN CON CATÉTER

**Autores:** Alba Cano Valls, Eduard Guasch I Casany, Esther Carro, Josep Lluís Mont Girbau.

**Hospital Clínic, Barcelona.**

##### INTRODUCCIÓN

La sintomatología y su afectación en la calidad de vida son las principales indicaciones de ablación en pacientes con fibrilación auricular (FA). Se desconoce el impacto del sexo en la sintomatología de estos pacientes en nuestro entorno. Objetivo: describir la sintomatología y la calidad de vida en función del sexo en los pacientes que van a ser sometidos a ablación de FA.

##### MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron 110 pacientes (60±11 años), de los que 35 (32%) eran mujeres. La intensidad de la sintomatología (puntuación ASTA) fue en hombres 6,2±4,9 puntos y en mujeres de 8,8±5,8 puntos (p=0,02). Las mujeres presentaron más frecuentemente disnea en reposo, debilidad, cansancio, dolor torácico, síncope y pre-síncope que los hombres. La frecuencia (p=0,24) y duración (p=0,35) de los episodios fueron similares en ambos sexos. Se identificó un factor desencadenante de la FA en un 40% de las mujeres y un 16% en los hombres (p=0,01). La puntuación en calidad de vida fue de 9,4±7,5 puntos en hombres y 14,4±9,2 puntos en mujeres (p=0,006), con diferencias significativas entre sexos en el dominio físico (hombres 5,3±4,4 puntos, mujeres 8,2±5 puntos, p=0,004) y mental (hombres 4,1±3,8, mujeres 6,2±4,5, p=0,02). Hallamos un mayor impacto en las mujeres en todos los ítems a excepción de las relaciones sociales o sexuales, en la afectación del sueño o el miedo a morir.

## CONCLUSIONES

A pesar de ser una minoría de los pacientes sometidos a ablación de FA, las mujeres presentan más síntomas y perciben una peor calidad de vida. El impacto de la ablación en ambos sexos debe aún estudiarse.

## INFECCIÓN CERO EN IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS. ¿PUEDE LOGRARSE?

**Autores:** Jennifer Ortega Condes, Elena Calvo Barriuso, Sara Casalanguida, Laura Simarro Ramírez, Jordi Mercé Klein, Marcos Rodríguez García, Ignasi Anguera Camos.

**Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.**

## INTRODUCCIÓN

La infección de los dispositivos electrónicos cardíacos implantables (DECI) es una complicación grave, causante de gran morbimortalidad y aumento de recursos humanos y materiales. La incidencia reportada está alrededor del 2-4%. Se han identificado algunos factores de riesgo que favorecen esta complicación. Disponer de protocolos asistenciales específicos puede ayudar a reducir la tasa de infecciones.

La finalidad de este trabajo es analizar la tasa de infección de los marcapasos (MCP) implantados en nuestro servicio, tras la implementación de un nuevo protocolo. Además, se ha comparado con las recomendaciones publicadas recientemente, para identificar posibles áreas de mejora.

## MATERIAL Y MÉTODO

Durante el año 2020, en conjunto con el Servicio de Enfermedades Infecciosas, se consensuó un nuevo protocolo para la prevención de infecciones en implantes de DECI. Se realizó difusión del mismo y se establecieron una serie de medidas de obligado cumplimiento en todos los pacientes a los que se les planificase una implantación.

Incluye medidas divididas en tres fases. En cada una de ellas, el papel de enfermería es esencial:

- Preparación del paciente antes de la intervención, con énfasis en la higiene y preparación de la piel.
- Cuidados y procedimientos durante la intervención, para evitar la contaminación del campo y minimizar complicaciones.
- Cuidados tras la intervención y al alta hospitalaria, minimizando la manipulación de la herida.

## RESULTADOS

Se analizaron todos los pacientes sometidos a implante de MCP, entre enero de 2021 y febrero de 2022, excluyendo aquellos implantes de MCP sin cables. La información fue recogida en una base de datos, donde se incluyeron las complicaciones aparecidas en el seguimiento.

Durante este periodo se realizaron 372 intervenciones en 363 pacientes (160 mujeres, 203 hombres, edad 78,3±9,1 años). El 96% correspondieron a primoinplantados.

Tras el análisis se obtuvo una tasa de infección resultante del 0%.

## CONCLUSIONES

Es posible alcanzar tasas muy bajas de infección siguiendo estrictamente un protocolo que integre las recomendaciones más actuales para llevar a cabo los implantes.

El papel de la enfermería en relación con el cumplimiento del protocolo y, por lo tanto, a la prevención de las infecciones es esencial. Es crucial

una correcta formación e implicación del personal para conseguir mejorar los resultados.

## EXPERIENCIA INICIAL DE UN PROGRAMA AMBULATORIO DE ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR AMBULATORIO

**Autores:** M.<sup>a</sup> Teresa Espinosa Moreno, Josep Lluís Mont Girbau, Andreu Porta Sánchez, Marta Sitges Carreño, Ivo Roca Luque.

**Hospital Clínic, Barcelona.**

## INTRODUCCIÓN

El incremento de la presión asistencial asociada a la pandemia de COVID-19 ha hecho necesario reorientar los modelos de cuidados. La experiencia acumulada ha aumentado la seguridad de la ablación de fibrilación auricular pudiendo realizarla de forma ambulatoria. Educar al paciente y familia de los cuidados al ingreso y alta evitará la estancia hospitalaria, favoreciendo una menor tasa de reingresos y complicaciones. El objetivo del presente trabajo es describir la experiencia inicial en la ablación de fibrilación auricular ambulatoria.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo unicéntrico que incluye pacientes consecutivos sometidos a ablación de fibrilación auricular. Criterios de inclusión: paciente con teléfono, domicilio a menos de 60 minutos del hospital, soporte familiar, fracción de eyección ventricular izquierda  $\geq 50\%$ , ausencia de complicaciones durante el procedimiento, antecedentes de ablaciones previas sin complicaciones. Criterios de exclusión: Presencia de prótesis valvulares, ablación distinta a venas pulmonares e istmo cavo tricúspideo.

Tras el procedimiento el paciente permanece en observación 8 horas, mediante un *checklist* se corrobora la ausencia de complicaciones. Al alta, la enfermera de práctica avanzada (EPA) refuerza la información al paciente y familia. A su vez, se le indica el circuito de urgencia y se le facilita un número de teléfono al que contactar en caso de emergencia.

## RESULTADOS

Durante el primer año de puesta en marcha del programa (01/2021), se han valorado 92 pacientes y se han incluido (n=58). Los motivos de exclusión: 7 no cumplían criterios de inclusión, 10 quedaron ingresados por ablación compleja, 12 por incluirse en un protocolo de investigación y 5 por complicación precoz. Requiritieron reingreso 5 pacientes para manejo o intervención quirúrgica por pseudoaneurismas que se detectaron en los tres primeros días previo al alta.

## CONCLUSIONES

La implantación de un programa de ablación de fibrilación auricular de forma ambulatoria es seguro y eficaz, permitiendo disminuir la presión asistencial hospitalaria. La aplicación estricta de unos criterios de inclusión y exclusión y la educación clínica precoz han derivado en una escasa tasa de complicaciones y de ingreso hospitalario tras ablación de FA permitiendo el alta precoz de forma rápida y segura.

## PERFIL DE LA ENFERMERA DE SEGUIMIENTO REMOTO DE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS IMPLANTABLES CARDIACOS EN ESPAÑA

**Autores:** Antonia Ortega Díaz<sup>1</sup>, M.<sup>a</sup> José Ruiz Montilla<sup>2</sup>, Alberto Cabestrero de Diego<sup>1</sup>, María Lidia Lisbona Sacristán<sup>1</sup>, Elisabeth García de la Cruz<sup>1</sup>, Míriam García Bermúdez<sup>1</sup>, Pilar Sánchez Chamero<sup>1</sup>, Lourdes Alavedra Pérez<sup>1</sup>, Anna Barris Cutie<sup>1</sup>, Antonia Cárdenas Gómez<sup>1</sup>.

**1 Hospital Sant Joan Despí-Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona;**  
**2 Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.**

### INTRODUCCIÓN

El seguimiento remoto (SR) de dispositivos electrónicos implantables cardiacos (DEIC) se trata de una especificidad de la electrofisiología dentro del control de los DEIC. Consiste en analizar, valorar y discriminar los registros recibidos desde estos dispositivos en normales o patológicos para poder actuar y solucionarlos con presteza, si es preciso.

El SR facilita el control en poblaciones dispersas o activas laboralmente, pacientes con dificultad en la movilización, o aquellos que precisan monitorización intensiva, espaciando las visitas al centro sanitario.

Es enfermería especializada con conocimientos en arritmias quien lo realiza en la mayoría de los centros sanitarios españoles. El objetivo del presente estudio fue describir el perfil de la enfermera que realiza SR.

### MATERIAL Y MÉTODO

Cuestionario autoadministrado elaborado ad hoc compartido en un grupo de enfermeras de SR multicéntrico vía WhatsApp durante los meses de febrero-junio 2022, consta de 37 preguntas multirrespuesta recogiendo variables sociodemográficas y referentes a la organización de la unidad de SR.

### RESULTADOS

Se recibieron hasta la fecha de envío del resumen, 40 respuestas: 31 mujeres. 65% con más de 20 años trabajados, realizando SR entre 3-5 años 48%; el 60% sólo tenían grado en enfermería como formación; el 17% están reconocidas como enfermeras de práctica avanzada (EPA) y el 90% no se sentía reconocida económicamente, únicamente el 12% teletrabaja. Respecto a las alertas, sólo el 30% puede revisarlas todas diariamente; 47% de las unidades dispone de correo específico de contacto y el 45% de teléfono directo; el 55% de los pacientes realizan visita espontánea; el 80% de las respuestas manifestó haber aumentado el SR después del COVID.

### CONCLUSIONES

El número de respuestas hasta la fecha de envío del resumen fue bajo, no permitiendo una descripción precisa del perfil de la enfermera que realiza SR en España previa al envío. Sí se puede inferir que se trata en su mayoría de sexo mujer con experiencia profesional amplia, no reconocidas profesional ni económicamente como EPAs. El SR se ha visto aumentado posteriormente a la pandemia COVID, haciendo necesario el aumento de recursos humanos que permitan la revisión de todas las alertas garantizando la calidad de éste.

## RELACIÓN DE LA FRAGILIDAD Y LA CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS CARDIOLÓGICOS

**Autores:** Montserrat Nolla Benavent, Juan Carlos Val Muñoz, Gil Bonet Pineda, Estela Marca Mota, Rocío Rosa Siles, Marina Calvo Florián, Noelia Ortiz Martín, Xavier Belart Saumell, Esther Sanz Gírgas.

**Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, Servicio de Cardiología, Tarragona.**

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el número de pacientes de edad avanzada y con múltiples comorbilidades que ingresan en las Unidades de Cuidados Intensivos Cardiológicos, constituyen una proporción rápidamente creciente. A pesar de que se valora la fragilidad en estos enfermos, la utilización de escalas no está generalizada.

El objetivo del estudio es conocer la carga asistencial de enfermería a través de la escala NAS (*Nursing Activiy Scale*) y su relación con la fragilidad de los pacientes a través de la escala CFS (*Clinical Fragility Scale*), en enfermos con edad igual o superior a 65 años durante su ingreso en la Unidad Coronaria.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio preliminar observacional y prospectivo, durante el mes de abril de 2022, Se recogieron las variables demográficas, antecedentes personales y el diagnóstico de ingreso. Se calculó el promedio de la escala NAS durante el ingreso y la escala CFS al ingreso. Se comparó la carga asistencial de los pacientes sin fragilidad (0-3 pts) y con vulnerabilidad y fragilidad (4-8pts).

### RESULTADOS

Durante el mes de abril de 2022 ingresaron 34 pacientes, edad media pacientes sin fragilidad: 73 años (19 pacientes), con vulnerabilidad y fragilidad: 79 años (17 pacientes), hombres 25 (69,4%), mujeres 11 (30,6%), comorbilidades: dislipemia 23 (63,9%), diabetes *mellitus* 21 (58,3%), cardiopatía isquémica 19 (52,8%), enfermedad vascular periférica 8 (22,9%), insuficiencia renal crónica 9 (26,5%), tabaquismo 8 (22,9%), diagnóstico principal IAMEST 13 (36,1%), IAMSEST 6 (16,7%), estancia media: 3,4 días. Al comparar los 2 grupos de pacientes, se observa una carga asistencial más alta en los pacientes vulnerables-frágiles: NAS máximo: 60,94, respecto a los no frágiles: NAS máximo: 49,12.

### CONCLUSIONES

Los pacientes con fragilidad requieren una carga de trabajo mayor para enfermería, la cual se podría valorar al ingreso para optimizar la ratio de enfermería por paciente. Estos datos tienen que ser corroborados con un estudio de mayor número de pacientes, que se recogerán en la siguiente fase del estudio.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CARDIOLÓGICOS AGUDOS

**Autoras:** Silvia Pérez Ortega, Judith Prats Barrera, Elena Querol Vallés, Montserrat Venturas Nieto, Marta Parellada Vendrell.

**Hospital Clínic, Barcelona.**

**INTRODUCCIÓN**

Diferentes estudios estiman que un 40% de los pacientes que ingresan en unidades de cuidados intensivos sufrirán Insuficiencia renal aguda (IRA), y de estos un 30-40% necesitarán terapias de reemplazo renal continuas (TRRC), registrándose una mortalidad que oscila entre 40-60%. El objetivo es analizar las características clínicas de los pacientes que ingresan en una Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos y precisan terapia de reemplazo renal continua.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes que durante el 2021 ingresaron en la Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos (UCCA) y precisaron TRRC. Se revisaron las historias clínicas y se recogieron variables demográficas, clínicas (diagnóstico, antecedentes patológicos), analíticas (creatinina y filtrado glomerular) y respecto a la terapia (días con TRRC, modalidad, cambios de circuito).

Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar, y las variables categóricas en porcentaje. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS v.23.

**RESULTADOS**

718 pacientes ingresaron en la UCCA en 2021. 17 pacientes (2,34%) precisaron TRRC. El 64% fueron hombres con edad media  $68 \pm 7$  años. El diagnóstico más prevalente fue síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) Killip IV con un 47%. El 59% de los pacientes tenían insuficiencia renal crónica previa, el 64% eran hipertensos y el 47% tenían diabetes.

Los valores de creatinina fueron significativamente mayores al inicio de la TRRC,  $3,48 \pm 1,67$  mg/dl frente a  $2,30 \pm 1,12$  mg/dl al ingreso ( $p=0,02$ ). Los pacientes mantuvieron la TRRC una media de  $6,94 \pm 6,56$  días, y estuvieron ingresados de media  $19,41 \pm 13,8$  días en la UCCA. El 59% de los pacientes fallecieron en la unidad.

**CONCLUSIONES**

Los pacientes de la UCCA sometidos a TRRC son mayoritariamente hombres con SCACEST Killip IV, presentan insuficiencia renal crónica, son hipertensos y diabéticos. La TRRC se asocia a un ingreso prolongado en la unidad y a una elevada mortalidad.

Jueves 20 de octubre, de 10:45 a 12:15 h.

Sala Portixol 2 (Hotel. Planta 3).

**COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA I****EL AUTOCUIDADO ES UN DETERMINANTE INDEPENDIENTE DE LA CALIDAD DE VIDA REPORTADA POR EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA**

**Autores:** Núria José Bazán, Santiago Jiménez Marrero, Encarnació Hidalgo Quirós, Cristina Enjuanes Grau, Marta Ruiz Muñoz, Raúl Ramos Polo, Pedro Moliner Borja, Lidia Alcoberto Torres, Alberto Garay Melero, Josep Comín Colet.

**Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.**

**RELACIÓN ENTRE ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO DE SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS CARDIACOS**

**Autores:** Luis Guerra Sánchez, Miguel Bernardino Santos, Rosario Cortijo González, Pablo Lerma Lara, Sara González Alfonso, Soraya Bustamante González, Encarna López Fernández, María Ángeles Palma Ramírez.

**Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid.**

**INTRODUCCIÓN**

La frecuencia de delirio o síndrome confusional agudo, en el hospital varía entre el 20% y el 83% según la serie y las características de los pacientes. El delirio es más frecuente en pacientes ancianos con múltiples comorbilidades, con demencia previa y a aquellos sometidos a ventilación mecánica. Se contempla el inicio de la dieta oral precoz como una medida que podría reducir el delirio, pero no hay evidencia sobre su relación con un estado nutricional. El objetivo fue evaluar la relación de delirio y una clasificación nutricional deficitaria.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional descriptivo sobre 230 pacientes ingresados consecutivamente en una unidad coronaria de un hospital terciario. Se evaluó la aparición de delirio con la escala *Confusion assessment method* para pacientes en UCI (CAM-ICU) y el riesgo nutricional con el método Cardona.

**RESULTADOS**

La incidencia de delirio fue del 15,6% y se relacionó con una clasificación de riesgo nutricional (OR 4,18; IC del 95% 1,4-12,4;  $p < 0,015$ ).

**CONCLUSIONES**

En nuestra muestra la aparición de delirio se relacionó con una clasificación nutricional de riesgo, mediante el método Cardona.

**INTRODUCCIÓN**

La falta de autocuidado se asocia con el aumento de agudizaciones y de mortalidad en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Se desconoce la relación entre autocuidado y calidad de vida (CdV) percibida por los pacientes con IC. El objetivo del estudio es conocer la relación que existe entre autocuidado y CdV en pacientes con IC.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional, prospectivo y de cohortes de 1120 pacientes con IC. Para medir el autocuidado y la CdV, usamos la *modified European Failure Self-Care Behaviour Scale 9* (EHFSCBS-9) (valores invertidos y estandarizados) y el *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*



(MLHFQ). Se construyeron modelos multivariados de regresión lineal para determinar la CdV en relación al impacto del autocuidado global y de sus dimensiones (Adherencia basada en la autonomía, conducta de consulta, proveedor de adherencia). Todos los modelos fueron ajustados por factores de severidad de la IC.

### RESULTADOS

Se estudiaron un total de 484 pacientes, el 43% eran mujeres, edad media de 72±11 años, FEVI 45±17%. Puntuación media MLHFQ 45±24. Puntuación media EFSCBC 69±28. Existe una correlación inversamente significativa entre las puntuaciones de EHFScBS-9 y MLHFQ ( $r=-0,158$ ;  $p$ -valor<0,0001). El autocuidado y sus 3 dominios son predictores independientes de la calidad de vida en 7 de las 16 relaciones estudiadas. Estos modelos confirman la relación lineal entre valores de EHFScBS-9 y MLHFQ, en particular entre el autocuidado global y la dimensión de conducta de consulta con la calidad de vida global y sus dimensión social y emocional. Cuando la CdV se dicotomiza según presencia o ausencia, existe una relación significativa no paramétrica en forma de U entre EHFScBS-9 y el riesgo de tener una mala calidad de vida.

### CONCLUSIONES

El autocuidado es un factor independiente de la CdV referida por el paciente. El autocuidado global y la conducta de consulta son los que muestran mayor afinidad con la CdV global, emocional y social. La relación entre el autocuidado y el riesgo de padecer una mala CdV se muestra en forma de U, los pacientes con mayor nivel de autocuidado perciben tener una mala CdV. A menor autocuidado encontramos más riesgo de padecer una peor CdV.

## LA FRAGILIDAD COMO FACTOR QUE INFLUENCIA EN EL AUTOCUIDADO, SEGÚN RESULTADOS APORTADOS POR EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

**Autores:** Esther Calero Molina<sup>1</sup>, Núria José Bazán<sup>1</sup>, Encarnació Hidalgo Quirós<sup>1</sup>, Sergi Yun Viladomat<sup>1</sup>, Mar Ras Jiménez<sup>2</sup>, Paloma Garcimartín Cerezo<sup>2</sup>, Laia Rosenfeld Vilalta<sup>1</sup>, Elena Calvo<sup>1</sup>, Santiago Jiménez Marrero<sup>1</sup>, Josep Comín Colet<sup>1</sup>.

**1 Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona; 2 Hospital del Mar, Barcelona.**

### INTRODUCCIÓN

La falta de autocuidado se asocia con el aumento de agudizaciones y mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC). Los factores psicosociales son determinantes de los resultados referidos por el paciente (PROMS) como sería la calidad de vida (CdV). Se desconoce concretamente la relación que existe entre autocuidado y los factores psicosociales como PROMS en la IC.

El objetivo del estudio es descubrir la relación que existe entre autocuidado y los factores psicosociales en la CdV como la fragilidad en los pacientes con IC.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional y prospectivo de 1120 pacientes con IC. Se determinó el autocuidado y la CdV según las distintas escalas de valoración: *modified European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* (EHFDCBS-9) (invertida y estandarizada); *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ). Se construyeron modelos de regresión

lineal para explorar la relación entre los factores psicosociales y un pobre autocuidado (definido como EHFScBS-9 ≤ tertil inferior) en los valores ajustados de MLHFQ. Estratificados según la presencia o ausencia de fragilidad para predecir la CdV.

### RESULTADOS

Se estudiaron un total de 484 pacientes, el 43% eran mujeres, con una edad media de 72±11 años, con una FEVI de 45±17%. Puntuaciones MLHFQ 45±24. Puntuaciones EFSCBC 69±28. Existe una correlación inversamente significativa entre las puntuaciones de EHFScBS-9 y MLHFQ ( $r=-0,158$ ;  $p$ -valor<0,0001). La fragilidad se muestra presente en 883 pacientes (79%).

La interacción entre fragilidad y autocuidado es significativa ( $F=6,8$ ;  $p$ -valor=0,009). Los modelos de regresión lineal estratificados según ausencia (Panel A) o presencia (Panel B) de fragilidad muestran que la fragilidad modula la asociación entre autocuidado y CdV. El autocuidado es un predictor independiente de CdV en los pacientes sin fragilidad. En los pacientes con fragilidad el autocuidado no tiene impacto sobre la CdV percibida por los pacientes con IC.

### CONCLUSIONES

El autocuidado es un predictor independiente de PROMS en IC a pesar de la presencia de factores psicosociales determinantes en la CdV. La fragilidad modula la influencia del autocuidado y la CdV, incluyendo todas sus dimensiones.

## EL NIVEL DE ESTUDIOS EXPLICA LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA RELACIONADA CON EL AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

**Autores:** Encarnació Hidalgo Quirós<sup>1</sup>, Esther Calero Molina<sup>1</sup>, Marta Ruiz Muñoz<sup>2</sup>, Laia Rosenfeld Vilalta<sup>1</sup>, Sílvia Ibáñez Caballero<sup>2</sup>, Santiago Jiménez Marrero<sup>1</sup>, Elena Calvo<sup>1</sup>, Núria José Bazán<sup>1</sup>, Cristina Enjuanes Grau<sup>1</sup>, Josep Comín Colet<sup>1</sup>.

**1 Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona; 2 Hospital del Mar, Barcelona.**

### INTRODUCCIÓN

Un autocuidado deficiente se relaciona con un aumento de las descompensaciones y un aumento de la mortalidad en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC). La alfabetización según los resultados reportados por los pacientes (PROMS) es un importante determinante en la calidad de vida (CdV). El estudio trata de conocer si el nivel de estudios modula el nivel de autocuidado.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, prospectivo y de cohortes de 1120 pacientes IC. Para medir el autocuidado usamos la *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale 9-item* (EHFScBS-9), invertida y estandarizada. Para valorar la CdV usamos *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ), las puntuaciones elevadas indican una peor CdV. La alfabetización se definió en función de los años de educación completados. Se construyeron modelo de regresión lineal (MRL) para determinar el impacto de un pobre autocuidado.

### RESULTADOS

Un total de 484 pacientes, el 43% mujeres, edad 72±11 años, FEVI de 45±17%. Puntuaciones MLHFQ 45±24. Puntuaciones EHFScBS-9 de

69±28. Relación inversamente significativa entre las puntuaciones de EHFSBS-9 y MLHFQ. La alfabetización se distribuyó: 8% analfabetización, 60% educación primaria, 24% educación secundaria, 3% estudios universitarios y un 5% estudios universitarios avanzado. En los MRL no ajustados, los niveles bajos de escolarización junto con un pobre autocuidado se asocia con una peor CdV. En los modelos de regresión lineal ajustados el autocuidado limitado refleja una peor CdV. La interacción entre alfabetización y el déficit de autocuidado son significativos en los modelos que influyen en la adherencia basada en la autonomía, en la conducta de consulta y el autocuidado global con las dimensiones globales y física de la CdV.

La diferencia es más pronunciada con los niveles más elevados de educación.

### CONCLUSIONES

El autocuidado es un predictor independiente de PROMS indistintamente del nivel educativo. La alfabetización modula el autocuidado global, la conducta de consulta y la adherencia basada en la autonomía en la CdV global y la dimensión física de la CdV, sin afectar a las dimensiones social y emocional de la CdV.

## COLAS DE COMETA, ¿ÚTILES EN EL PACIENTE FRÁGIL HOSPITALIZADO CON INSUFICIENCIA CARDIACA?

**Autores:** Lidia López García<sup>1</sup>, Rosario Iguarán Bermúdez<sup>2</sup>, Julia Barrado Cuchillo<sup>2</sup>, Pablo Pérez Mateos<sup>2</sup>, Miguel Villar Martínez<sup>2</sup>, Santiago Fernández Castelao<sup>2</sup>, José Luis García Klepzig<sup>2</sup>, Isidre Vilacosta<sup>1</sup>, Manuel Elpidio Calvo<sup>2</sup>, Manuel Méndez Bailón<sup>2</sup>.

**1 Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid;**

**2 Hospital Clínico San Carlos, Madrid.**

### INTRODUCCIÓN

Los pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) a menudo tienen pluripatología y fragilidad coexistentes. El objetivo de nuestro estudio fue valorar durante la hospitalización la fragilidad del paciente y la presencia de líneas B pulmonares a través de la ecografía pulmonar para determinar el grado de congestión y analizar cuál fue la mortalidad de estos pacientes a 30 días.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, multicéntrico y prospectivo realizado en los servicios de cardiología y medicina interna. Se incluyeron pacientes en las primeras 48 horas de ingreso, con diagnóstico principal de IC, con dos o más categorías que definen al paciente pluripatológico y con NT-ProBNP>300 pg/ml. Se utilizó una potencia del 80% y un error alfa del 0,05 hasta N=341. Durante las primeras 48-72 h, se realizó una valoración de la fragilidad mediante la escala *Short Physical Performance Battery* (SPPB), y una ecografía pulmonar para la detección precoz de la extravasación de líquido al espacio extravascular pulmonar. Se realizó un seguimiento de los pacientes a 30 días para analizar su mortalidad. Análisis descriptivo y analítico de las variables con el paquete estadístico SPSS V.28.

### RESULTADOS

Los pacientes valorados fueron un total de (N=341). Se consideraron frágiles con SPPB un total de 274. De ellos se les realizó ecografía pulmonar a un 85,1% de los pacientes. De todos ellos 68,6% tuvieron

>6 líneas B y un 55,2% derrame pleural. La vena cava no colapsaba en un 66%. La mortalidad a 30 días en estos pacientes fue de un 20%. Los pacientes clasificados por SPPB no frágiles fueron un total de 67. De ellos se les realizó ecografía pulmonar a un 95%. De ellos un 53,1% presentaba más de 6 líneas B y un 43 % si derrame pleural. La vena cava no colapsaba en un 66%. La mortalidad a 30 días en el paciente no frágil fue de un 3%.

### CONCLUSIONES

Los pacientes valorados por SPPB como frágiles, durante la hospitalización tienen más líneas b pulmonares y por tanto presentan un grado de congestión mayor. Por su situación de fragilidad son pacientes que reciben menos tratamiento diurético o por la escasa clínica que presentan estos pacientes se enmascara la congestión. La mortalidad del paciente con IC frágil fue de un 20% a los 30 días.

## CAPACITACIÓN DE LAS ENFERMERAS EN COACHING SANITARIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA: UN ESTUDIO PILOTO EXPLORATORIO

**Autores:** Estibaliz Sarabia López<sup>1</sup>, Mónica Vázquez Calatayud<sup>1</sup>, Maddi Olano-Lizarraga<sup>2</sup>, Ana Quesada Melero<sup>1</sup>, Beatriz Paloma Mora<sup>1</sup>, María Valbuena Condón<sup>1</sup>, Alicia Carrera Hernández<sup>1</sup>, Carmen Rumeu Casares<sup>1</sup>, María Isabel Saracibar Razquin<sup>2</sup>.

**1 Clínica Universidad de Navarra, Pamplona; 2 Universidad de Navarra, Pamplona.**

### INTRODUCCIÓN

El autocuidado en los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC) es un proceso multifacético en el que se espera que el paciente mejore la adherencia al tratamiento y cambios de estilo de vida. Sin embargo, hay obstáculos en estos pacientes tras un ingreso hospitalario; y aprovechar ese ingreso reforzaría hábitos necesarios. El *coaching* sanitario se presenta como una estrategia novedosa para mejorar la gestión de las enfermedades crónicas. Para ello, se evaluó la eficacia de un programa de *H-Coaching* para el desarrollo de la capacidad de enfermería en el *coaching* de salud con pacientes hospitalizados con ICC.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio piloto exploratorio pre-post cuasi-experimental con 19 enfermeras de cardiología de un hospital en 9 meses. La intervención constó de 2 paquetes formativos: 1) 5 sesiones teórico-prácticas sobre competencias de *coaching* en salud, inteligencia emocional, comunicación y acompañamiento de pacientes con ICC en su enfermedad en el ámbito hospitalario; y 2) 7 meses después del 1.º para reforzar los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en *coaching* de salud. Se utilizó el instrumento I-CEpSE para medir los conocimientos, habilidades y actitudes de los enfermeros en el *coaching* de salud en 4 ocasiones: T0-base, T1-después del 1.º paquete de entrenamiento, T2-antes del 2.º entrenamiento y T3-después de completar la intervención. Se realizó un análisis descriptivo utilizando media (desviación estándar), frecuencias y porcentajes (n, %). Se realizó un análisis comparativo con la previa y posterior a la intervención para determinar el impacto de la intervención. Y se utilizó la prueba *U Mann-*

Whitney para muestras independientes. Los cálculos se realizaron con el software estadístico SPSS 20.0.

### RESULTADOS

La diferencia entre las puntuaciones pre y post-intervención fue estadísticamente significativa para conocimientos [1,00 (IC 95% -1,45- -0,51; p= 0,000)], habilidades en general [0,50 (IC 95% -1,41- -0,21; p= 0,015)] y habilidades personales/sociales [1,00 (IC 95% -1,10- -0,01; p= 0,048)].

### CONCLUSIONES

Este estudio demuestra que el programa *H-Coaching* es efectivo. Existe una mejora significativa en las enfermeras en cuanto a la adquisición de conocimientos en el aprendizaje de técnicas de comunicación verbal y no verbal, así como en habilidades para adaptar las intervenciones de coaching a las experiencias, situaciones y necesidades de las personas.

## NO EXISTE RELACIÓN DE GÉNERO EN EL AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

**Autores:** Lidia Alcoberro Torres, Encarnació Hidalgo Quirós, Esther Calero Molina, Marta Ruiz Muñoz, Núria José Bazán, Pedro Moliner Borja, Alberto Garay Melero, Santiago Jiménez Marrero, Cristina Enjuanes Grau, Josep Comín Colet.

**Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.**

### INTRODUCCIÓN

El género es un determinante de los resultados percibidos por el paciente (PROMS) como la calidad de vida (CdV). El género femenino se asocia constantemente con una peor CdV. Se desconoce el efecto del género en relación con el autocuidado. El estudio tiene como objetivo descubrir cómo influye el género en la CdV de muestra real de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC).

### MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron 1120 pacientes con IC. Usamos la *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale 9-item* (EHFSCBS-9) para medir el autocuidado (invertida y estandarizada) y para la CdV el *Minnesota Living with heart failure* (MLHFQ). Con el objetivo de descubrir la interacción entre género y bajo autocuidado, se construyeron los modelos de regresión lineal (MRL), estratificados según el género.

### RESULTADOS

Un total de 484 pacientes, 43% mujeres, 72±11 años, FEVI 45±17%. Puntuaciones MLHFQ 45±24. Puntuaciones EHFSCBS-9 69±28. Existe una relación inversamente significativa entre las puntuaciones de EHFScBS-9 y MLHFQ. Puntuaciones no ajustadas MLHFQ son más elevadas en las mujeres comparando con los hombres (49±23 vs. 43±24; p-valor<0,001). En MRL el sexo femenino y el bajo autocuidado son predictores independientes de altas puntuaciones en MLHFQ.

La interacción entre género y pobre autocuidado no es significativa en ambos géneros.

Los MRL multivariados estratificados según sexo femenino o sexo masculino muestran puntuaciones elevadas en el autocuidado asociadas a puntuaciones bajas de CdV en hombre y mujeres. Existe el mismo efecto con relación a la CdV con el autocuidado global, la conducta de consulta y en menos medida la adherencia basada en la autonomía en ambos sexos. La dimensión física de la CdV no se ve afectada por el autocuidado en ninguno de ambos sexos excepto en la conducta de consulta.

### CONCLUSIONES

El autocuidado global, la adherencia basada en la autonomía y la conducta de consulta se asocian con la CdV global y sus dimensiones emocional y social en hombre y mujeres. En ambos sexos, el efecto de autocuidado en la CdV está impulsado por la dimensión emocional y social. El proveedor de adherencia no influye en la CdV.

## LA FUNCIÓN COGNITIVA UN DETERMINANTE EN EL IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA REPORTADA POR LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

**Autores:** Marta Ruiz Muñoz, Núria José Bazán, Mar Ras Jiménez, Silvia Ibáñez Caballero, Encarnació Hidalgo Quirós, Raúl Ramos Polo, Paloma Garcimartín Cerezo, Laia Rosenfeld Vilalta, Santiago Jiménez Marrero, Josep Comín Colet.

**Hospital de Bellvitge, Barcelona. Hospital del Mar, Barcelona.**

### INTRODUCCIÓN

La escasez en el autocuidado se asocia con un aumento de agudizaciones y de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC). Los factores psicosociales son determinantes de los resultados percibidos por el paciente (PROMS) como sería la calidad de vida (CdV). El objetivo del estudio consiste en evaluar si existe relación entre autocuidado y función cognitiva y si influye en la relación autocuidado-CdV.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudiamos 1120 pacientes con IC. Se usaron las siguientes escalas de valoración para medir el autocuidado y la CdV, *European Heart Failure Self-care Behaviour Scales 9-items* (EHFSCBS-9), invertida y estandarizada, y el *Minnesota Living with heart failure Questionnaire* (MLHFQ). La función cognitiva fue evaluada usando el *Mini-mental State Examination* (MMSE) y el *Short Portable Mental State Questionnaire* (SPMSQ) Test. Se construyeron modelos de regresión lineal (MRL) para explorar la relación entre la función cognitiva y un pobre autocuidado, estratificados según la función cognitiva. Todos ellos ajustados por determinantes de gravedad de la IC.

### RESULTADOS

Un total de 484 pacientes, 43% mujeres de 72±11 años, FEVI 45±17%. Puntuaciones MLHFQ 45±24. Puntuaciones EHFSCBS-9 69±28. En los MRL ajustados, la falta de autocuidado debido al deterioro cognitivo presenta una asociación significativa en los valores de MLHFQ (F=6,0; p-valor=0,014).

Los modelos de regresión lineal estratificados según ausencia o presencia de deterioro cognitivo muestran que la función cognitiva modula la asociación entre el autocuidado y la CdV. Este efecto solo se observa en pacientes sin deterioro cognitivo. En pacientes con deterioro cognitivo, el autocuidado no influye en la CdV percibida por los pacientes con IC.

### CONCLUSIONES

El autocuidado es un predictor independiente de PROMS en la IC. La función cognitiva modula la influencia del autocuidado global en todas sus dimensiones con la CdV emocional e influye en el autocuidado global y en la conducta de consulta en las dimensiones social y global de la CdV.

## DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA INCLUIDOS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

**Autores:** Ana María Bellot Beltrán, Marta García Fernández, Silvia Guillén García, María Laura Niosi Mazzoni, Francisco González Llopis.

**Hospital General de Elda, Alicante.**

### INTRODUCCIÓN

Es cada vez más reconocida la existencia de diferencias de género en la predisposición, presentación clínica y evolución de la insuficiencia cardiaca. Sin embargo, las mujeres han sido infrarrepresentadas en ensayos clínicos y no han sido evaluadas específicamente. Este estudio evalúa las diferencias clínicas y demográficas y en estrategias diagnósticas y terapéuticas, entre hombres y mujeres con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFER), incluidos en una Unidad Especializada.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron un total de 60 pacientes, 51 (85%) hombres y 9 (15%) mujeres, con ICFer en seguimiento en nuestra Unidad tras presentar >1 descompensación en los últimos 6 meses. Se recopilan datos basales y sobre las visitas por Cardiología y Enfermería Especializada a los 3, 6 y 12 meses. El análisis estadístico se realiza mediante t-Student en las variables cuantitativas y Chi-cuadrado en las nominales, a través del programa SPSS-18.

### RESULTADOS

Las mujeres con ICFer en nuestra Unidad muestran una edad similar a los hombres (69 vs 67 años;  $p=0,213$ ) y son remitidas en mayor medida desde servicios distintos a Cardiología (23% vs 10%;  $p<0,05$ ). Son más hipertensas (89% vs 70%;  $p<0,05$ ), diabéticas (89% vs 55%;  $p<0,05$ ) pero presentan menos dislipemia (56% vs 61%;  $p<0,05$ ) y tabaquismo (33% vs 65%;  $p<0,05$ ). Tienen menor prevalencia de FA (34% vs 50%;  $p<0,05$ ) y de IRC (11% vs 20%;  $p<0,05$ ) que los varones. La etiología no isquémica es la más frecuente en mujeres (60% vs 40%;  $p<0,05$ ). Los valores de proBNP medios (4332 mg/dL en mujeres vs 4591 mg/dL en varones;  $p=0,449$ ), así como la FEVI media en la visita inicial (28% en mujeres vs 27% en hombres;  $P=0,568$ ) son similares. El uso de dispositivos, tanto DAI (22% vs 47%;  $p<0,05$ ) como TRC (11% vs 20%;  $p<0,05$ ) es sensiblemente inferior en mujeres, pese a presentar más incidencia de BRIHH (44% vs 31%;  $p<0,05$ ).

### CONCLUSIONES

Este trabajo revela claras diferencias de género en la fisiopatología de la ICFer, la comorbilidad y el tratamiento prescrito tanto farmacológico como en dispositivos, que deberían ser evaluadas en futuros estudios diseñados específicamente a tal fin.

## EXPERIENCIA INICIAL DE LA CUATRITERAPIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN VIDA REAL

**Autoras:** Pilar Martín de la Rosa, Concepción Cruzado Álvarez.

**Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.**

### INTRODUCCIÓN

Las guías para el manejo de la insuficiencia cardiaca (IC) publicadas en 2021 presentan un algoritmo de tratamiento farmacológico que posiciona, con el mismo grado máximo de recomendación, los cuatro grupos farmacológicos que han demostrado mejoría del pronóstico en la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-Fer): betabloqueantes, antagonistas mineralocorticoide e inhibidores de la neprilisina, receptor de la angiotensina y los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2. Se recomienda el inicio con dosis bajas de fármacos para llegar a la optimización (en número y dosis) en pocas semanas.

El objetivo de este trabajo es analizar la factibilidad y la tolerabilidad de estas recomendaciones en la vida real.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron todos los pacientes que finalizaron seguimiento por la enfermera en una Unidad de IC, justo tras la publicación de las nuevas guías, entre el 1/9/21 y 11/4/22. Se solicitó permiso al Comité de Ética. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas, tratamiento farmacológico y tiempo de seguimiento. Se realizó un análisis descriptivo para las variables cuantitativas, de frecuencias para las cualitativas y se aplicó la prueba de Chi-Cuadrado para la asociación de los grupos.

### RESULTADOS

Finalizaron seguimiento 231 pacientes, 155 con fracción eyección reducida. La media de edad fue de 64,6  $\pm$ 12,9 años, el 81,3% fueron hombres. El 53,5% fueron derivados desde hospitalización, de ellos el 43,3% fueron dados de alta con cuatriterapia. La mediana de grupos farmacológicos que tomaban habitualmente fue de 9 (3-15). Al finalizar el seguimiento alcanzaron la cuatriterapia el 56,8%, aunque sólo el 4,5% alcanzó la dosis objetivo en los cuatro fármacos. La causa más frecuente de no alcanzar la dosis objetivo fue la hipotensión arterial (49,7%). Encontramos relación entre la dosis alcanzada y mayor tiempo de seguimiento ( $p=0,039$ ), los hombres alcanzaron mayores dosis de fármacos que las mujeres ( $p=0,034$ ).

### CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones del estudio, los datos sugieren que la cuatriterapia es posible en pacientes con IC-Fer, si bien no todos los pacientes alcanzan la dosis objetivo en los cuatro grupos farmacológicos. De igual manera, un periodo de cuatro semanas se muestra insuficiente para alcanzar dosis óptimas.

Jueves 20 de octubre, de 12:30 a 14:00 h.

Sala Portixol 1 (Hotel. Planta 3)

## COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA II

### CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

**Autora:** Jéssica Pérez Herreros, José Luis Cobo Sánchez.

**Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria.**

#### INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) tiene una alta morbilidad y mortalidad, además de tener un gran impacto en la calidad de vida (CV) de los pacientes que la padecen. El objetivo principal fue analizar qué factores sociodemográficos y clínicos influyen en la CV de los pacientes con IC.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, prospectivo en una Unidad de IC avanzada de un hospital de referencia. Muestreo consecutivo de conveniencia en el periodo de 1 año. Criterios inclusión:  $\geq 18$  años, diagnóstico IC  $> 6$  meses, estadios II a IV NYHA, hablar y comprender español, consentir participar. Se utiliza el cuestionario *Minnesota Living with Heart Failure* (MLHFQ) auto-aplicado: 21 ítems, con una puntuación total y dos dimensiones, física 8 ítems (DF) y emocional 5 ítems (DE). Las opciones de respuesta van de 0 (sin afectación) a 5 (máximo afectación). La puntuación del cuestionario se obtiene sumando las respuestas de cada ítem. Variables sociodemográficas y clínicas: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tiempo desde diagnóstico, clase funcional, índice de comorbilidad de Charlson (ICC). Se realizó un análisis descriptivo: media, desviación estándar y rango para variables continuas, y frecuencia y porcentaje para variables categóricas. Para dar respuesta al objetivo se realizó un análisis bivariable (T de Student, ANOVA de un factor, prueba de Kruskal-Wallis). Se consideró como estadísticamente significativo una  $p < 0,05$ .

#### RESULTADOS

Se estudiaron 72 pacientes: 33,8 % mujeres, edad media  $56,7 \pm 8,3$  años (rango: 32-72), tiempo medio desde el diagnóstico  $98 \pm 98,74$  meses (rango: 6-292), 73% clase II NYHA, 54,9% casado/emparejado, 43,7% estudios básicos, 38% comorbilidad alta. MLHFQ: media total  $44,45 \pm 20$  puntos (rango 6-87); DF media  $18,03 \pm 9,43$  puntos (rango 0-38), DE media  $10,28 \pm 6,11$  puntos (rango 0-22). La variable clínica que determinó significativamente una peor CV fue la clase funcional NYHA (Total MLHFQ: II 41 puntos, III 52 puntos, IV 73 puntos  $p=0,05$ ; DF: II 16 puntos, III 24 puntos, IV 35 puntos  $p=0,01$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales y por dimensiones del MLHFQ entre el resto de variables clínicas y sociodemográficas.

#### CONCLUSIONES

Determinar los factores que influyen en la clase funcional de los pacientes con IC, permite establecer un plan individualizado que genere un impacto en su CV.

### FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EVOLUCIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA SEGÚN LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE

**Autoras:** Consol Ivern Díaz, Neus Badosa Marce, Anna Linas Alonso, Felicidad Martínez Medina, María del Pilar Ruiz Rodríguez, Nuria Farré López.

**Hospital del Mar, Barcelona.**

#### INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) es un problema de salud público. Diferentes estudios han mostrado que el nivel socioeconómico, situación social, alfabetización en salud (AeS) y autocuidado se asocian a un peor pronóstico. La mayoría de éstos se han centrado en analizar parámetros objetivos del nivel socioeconómico, pero se desconoce cuáles son las demandas reales de los pacientes.

El objetivo es valorar la situación socioeconómica, AeS y autocuidado en pacientes con IC e identificar qué factores se relacionan más frecuentemente con una peor evolución de la enfermedad y evaluar necesidades no cubiertas.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio piloto descriptivo prospectivo de pacientes ingresados por IC en nuestro centro. Se han recogido características basales, situación socioeconómica, conocimientos en salud y realizado un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas para conocer qué necesidades no cubiertas identificaban los pacientes. A los 6 meses se han recogido datos de ingresos por IC y por cualquier causa, visitas en urgencias y mortalidad por IC y cualquier causa.

#### RESULTADOS

El 75% de la muestra son mayores de 65 años, el 40% mujeres y un 40% han completado estudios primarios. En cuanto a los recursos económicos, un 55% percibe una pensión contributiva y de estos el 45% ingresa en el domicilio familiar entre 500 y 1000 euros al mes. El promedio del índice general de AeS ha sido de  $9,7 \pm 2,8$  puntos. El 80% de los pacientes ha presentado un nivel de AeS inadecuado o problemático, valores más bajos en el índice de Barthel y más altos de fragilidad y de ansiedad y depresión. El nivel de autocuidado ha sido muy bajo en ambos grupos. Todos los pacientes fallecidos pertenecen al grupo con un nivel de alfabetización inadecuado o problemático (30,8%).

#### CONCLUSIONES

Entre los pacientes con IC, es frecuente un nivel inadecuado de AeS y este se asocia a variables como la edad, el sexo, el nivel de estudios y el nivel socioeconómico, así como a un peor pronóstico en cuanto a la mortalidad.

Pensamos que la identificación de necesidades no cubiertas puede facilitar realizar una intervención personalizada que permita implementar los recursos más adecuados. Valoramos la necesidad de

adaptar los programas educativos para capacitar al paciente a tomar decisiones informadas sobre su autocuidado, mejorando así, la AeS.

## IMPACTO DEL HOSPITAL DE DÍA DE IC EN LA REDUCCIÓN DE INGRESOS Y MEJORA DEL PRONÓSTICO Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES MEDIANTE LA OPTIMIZACIÓN DE TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

**Autoras:** Antonia Cepas Sosa, Ana Belén Muñoz Villarreal, M.<sup>a</sup> Luisa Luque Serrano.

**Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.**

### INTRODUCCIÓN

El hospital de día de IC es un área asistencial hospitalaria diseñada para proporcionar atención a pacientes con enfermedades cardíacas susceptibles de tratamiento ambulatorio con una demora breve y evitando el ingreso hospitalario. Estas unidades individualizadas de IC han modificado resultados, mejorando la eficacia en el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

El objetivo de este trabajo es el análisis descriptivo de la actividad asistencial llevada a cabo con los pacientes, así como el impacto que ha tenido en la incidencia total de ingresos y mortalidad por IC en nuestro medio.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de todos los pacientes registrados en HDIC y la actividad asistencial realizada entre 2020-2021. El HDIC se sitúa en el espacio previamente asignado a 2 habitaciones de hospitalización y dispone de 5 sillones. Se han comparado datos por semestres en la reducción de ingresos, mortalidad intrahospitalaria estancia media y tasa de reingreso a 30 días.

### RESULTADOS

El número de pacientes que desde noviembre del 2020 han pasado por el Hospital de día de IC han sido 350, algunos de ellos con más de una visita. De éstos, a un 47,2% se le administró Hierro intravenoso, a un 17,2% se le puso perfusión de levosimendan intravenoso protocolizado, a un 22,9% se le dispensó diurético intravenoso.

Todo esto mejoró el pronóstico de la enfermedad como se ha visto reflejado en los siguientes datos: reducción de los ingresos con diagnóstico principal de IC en un 18,5%, disminución de la estancia media en un 21,4%, de la mortalidad intrahospitalaria en un 43,1% y de la tasa de reingreso a los 30 días en un 27,1%, siendo estos resultados estadísticamente significativos ( $p < 0,001$ )

### CONCLUSIONES

La existencia de estas unidades de IC, de las cuales forma parte el hospital de día permite administración de tratamientos hospitalarios en régimen ambulatorio, favoreciendo el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes, cumpliendo protocolos de seguimiento precoz y estrecho, asociándose esto a reducción de ingresos totales por IC, mortalidad intrahospitalaria, estancia media y tasa de reingreso a 30 días de nuestro Servicio.

## IMPACTO DE LA INCORPORACIÓN DE LA ENFERMERÍA A UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE INSUFICIENCIA CARDIACA. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL COMARCAL

**Autores:** Inés Alonso González, M.<sup>a</sup> Cristina Pontón Soriano, Ariadna Bravo Calderón, M.<sup>a</sup> Jesús Hernández Alcaide, Alexandrie Trigal Centeno, Paloma Andrés Álvaro, M.<sup>a</sup> Pilar Abad Carrascosa, Pedro Gargantilla Madera, Diego Jiménez Sánchez, Jorge Vázquez López-Ibor.

**Hospital El Escorial, Madrid.**

### INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) supone en España la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años y conlleva un gran impacto sociosanitario.

En nuestro centro, durante el año 2021 se incorporó progresivamente una enfermera experta a la consulta monográfica de IC, con el fin de adaptar el proceso asistencial integrado de IC (PAI IC) a las necesidades y recursos disponibles.

El objetivo de este estudio es analizar el impacto en términos sanitarios y económicos que ha tenido la incorporación de la enfermería especializada a esta consulta.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal y retrospectivo de la actividad desarrollada en una consulta monográfica de IC que compara los 6 meses previos a la incorporación de la enfermería especializada (septiembre/2020-febrero/2021) con los 6 meses tras incorporación plena (octubre/2021-marzo/2022).

### RESULTADOS

Durante el periodo global del estudio, se atendieron en la consulta 128 pacientes (54% hombres), con una edad media de 80,5 años. La clase funcional fue  $\geq$  II en el 85% y la FEVI preservada fue la mayoritaria (62%). La presencia de hipertensión fue del 78%, de diabetes 35%, de fibrilación auricular 33%, de cardiopatía isquémica 35% y de insuficiencia renal 39%. Durante el periodo de incorporación plena de enfermería especializada disminuyeron las consultas médicas presenciales (de 2,3 a 1,8 visitas de media), las visitas a urgencias (de un 33% a un 16%) y las hospitalizaciones (de un 11% a un 6%), lo que supuso un ahorro de 16.062 euros (según orden 727/2017 de precios públicos por la prestación de servicios y actividades de naturaleza sanitaria). También se implantaron otras actividades, como la educación estructurada según PAI IC al 97% de los pacientes, el contacto directo con los referentes de Atención Primaria (AP) en el 30% de los casos, la titulación de fármacos al 26% y la atención telefónica directa tanto al paciente/cuidador como para AP.

### CONCLUSIONES

Un modelo sencillo de atención a la IC, basado en una consulta monográfica atendida por cardiología y enfermería especializada, también es eficaz en la reducción de ingresos y la reducción de costes. La carencia de recursos asistenciales de alta complejidad no debería suponer un obstáculo para una atención de calidad a los pacientes con IC.

## ESTUDIO DEL IMPACTO DE LA EXISTENCIA DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE I. CARDIACA EN EL SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE DICHA ENFERMEDAD

**Autoras:** Ana Belén Muñoz Villarreal, Antonia Cepas Sosa, M.<sup>a</sup> Luisa Luque Serrano.

**Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.**

### INTRODUCCIÓN

Las unidades de insuficiencia cardiaca (IC) han demostrado resultados muy positivos en el pronóstico de la enfermedad y en especial, la consulta de enfermería por el estrecho seguimiento del paciente, lo que facilita la educación sanitaria y la adherencia terapéutica de éste. El objetivo sería mostrar de forma descriptiva los datos de seguimiento de los pacientes, así como el impacto que ha tenido en los ingresos y mortalidad por IC en nuestro medio.

### MATERIAL Y MÉTODO

Para ello, hemos llevado a cabo un estudio observacional descriptivo retrospectivo, realizando el recuento de pacientes seguidos en consulta desde el inicio de ésta en 2017 hasta diciembre de 2021 y cómo se ha traducido este seguimiento en la reducción de los ingresos, la mortalidad, la estancia media y los reingresos, llevando a cabo un estudio comparativo de dichos datos durante estos años.

### RESULTADOS

El número de pacientes que desde el 2017 han pasado por la consulta de enfermería han sido 480 con una media de 5-6 visitas por paciente. De éstos un 98,5% fueron derivados para titulación y control de evolución, de los cuales un 90 % han llegado a dosis máxima, lo que se ha traducido en un mejor pronóstico de la enfermedad como se ha visto reflejado en los siguientes datos: reducción de los ingresos con diagnóstico principal de IC en un 18,5%, disminución de la estancia media en un 21,4%, de la mortalidad intrahospitalaria en un 43,1% y de la tasa de reingresos a los 30 días en un 27,1 %, siendo estos resultados estadísticamente significativos ( $p < 0,001$ ).

### CONCLUSIONES

La existencia de una unidad de IC en un hospital terciario, y en especial una consulta de enfermería, ha demostrado mejorar la educación sanitaria, la adherencia terapéutica y el pronóstico de los pacientes asociándose esto a reducción de ingresos totales por IC, mortalidad intrahospitalaria, estancia media y tasa de reingresos a 30 días de nuestro Servicio.

## MEJORA DEL PROCESO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA PARA LA PREVENCIÓN DE NUEVOS EVENTOS MEDIANTE TELEEDUCACIÓN Y TELEOPTIMIZACIÓN CONTINUA DEL TRATAMIENTO POR PARTE DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

**Autores:** Mónica Pérez Serrano, Carlos Nicolás Pérez, Josebe Goirigolzarri Artaza, María Alejandra Restrepo Córdoba, Christian Bengoa Terrero, Lorena Rueda Flores, María José López Yague, M.<sup>a</sup> Nieves García Méndez, Marian Bas Villalobos, Julián Pérez Villacastín.

**Hospital Clínico San Carlos, Madrid.**

### INTRODUCCIÓN

Los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) son especialmente vulnerables a la infección por SARS-CoV-2, con un mayor riesgo de enfermedad grave y muerte asociada al virus. La educación, teletitulación y seguimiento remoto por enfermería en pacientes con IC es una alternativa no inferior a la atención presencial convencional en términos de seguridad y eficacia.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio unicéntrico, observacional, prospectivo y no aleatorizado en el que se incluían pacientes con IC que requerían educación y titulación de fármacos neurohormonales durante la pandemia por COVID-19. Tras la inclusión en una primera consulta médica presencial, los pacientes eran seguidos durante 6 meses por enfermería mediante teleconsulta quincenal (telefónica o videollamada), optimizándose tratamiento neurohormonal, con el apoyo de Atención Primaria para la realización de análisis periódicos y/o ECG en casos justificados.

### RESULTADOS

Se incluyeron 62 pacientes, de los cuales 43 hombres (69,4%), con una edad media de 67 (14,1) años. Un 53,2% (n=33) pacientes presentaban una etiología isquémica, y la FEVI media inicial fue del 299 (14,1) %. A los 6 meses, se observó un incremento medio de la FEVI del 13%, así como una reducción del NT-proBNP y mejora de la clase funcional [42% (n=26 pacientes) en NYHA III/IV al inicio versus 51,6% (n=33 pacientes) en NYHA I al final del seguimiento], manteniendo cifras medias de función renal y potasio estables. Durante el seguimiento de un año de estos pacientes el 75,8 % (n= 47) no tuvieron ningún reingreso y se registró ninguna muerte del total n=62 pacientes.

### CONCLUSIONES

Con este estudio se demuestra que la educación y titulación del paciente con IC por parte de enfermería mediante estrategias de telemedicina es posible, segura y eficaz, minimizando la exposición al virus y logrando mediante herramientas virtuales resultados en salud comparables al manejo presencial convencional.

## ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA DE LARGA DURACIÓN EXPERIENCIA INICIAL DEL PROGRAMA EN UN HOSPITAL NO TRASPLANTADOR DE TERCER NIVEL

**Autoras:** María Josep Arévalo Rubert, Juana María Fontanella Sastre, Trinidad Cano López.

**Hospital Son Espases, Palma de Mallorca.**

### INTRODUCCIÓN

Los dispositivos de asistencia ventricular izquierda (DAVI) de larga duración son una alternativa altamente válida para pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) avanzada refractaria al tratamiento.

Los DAVI de tercera generación o de flujo continuo son de implante intrapericárdico, funcionamiento magnético y pequeño tamaño.

El programa Asistencia Ventricular Izquierda de larga duración se inicia en nuestro hospital en octubre 2020.

En este estudio se analizan los resultados de los primeros 18 meses de experiencia con este dispositivo: implante, manejo y seguimiento. Con

el objetivo de conocer la incidencia, características, evolución de los pacientes y evaluar nuestra práctica inicial con la terapia.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo del periodo comprendido entre octubre de 2020 y abril de 2022. La muestra a estudio homogénea en cuanto a tipo de dispositivo está formada por 7 pacientes con implante de DAVI. Se analizan datos demográficos, comorbilidades, causa de la indicación, estancia hospitalaria y complicaciones.

#### RESULTADOS

En el periodo de estudio se ha realizado el implante de 5 DAVI en nuestro centro y el seguimiento de 2 pacientes implantados en otro hospital. El 71,42 % son hombres y la edad promedio es de 57 años para el sexo femenino y 59,2 para el masculino.

Entre las comorbilidades de los pacientes destacan la dislipemia y el tabaquismo con un 71% seguida por la hipertensión arterial presente en el 57% de los casos.

El 57% de los dispositivos son implantados como terapia de destino, el 28% como puente al trasplante y el 14% como puente a la candidatura. La clasificación *New York Heart Association* (NYHA) clase funcional III pre implante es homogénea para todos los casos.

La estancia media en UCI es de 16 días y de ingreso es 36,28.

Las arritmias cardíacas con una incidencia del 57% son la complicación más frecuente durante el ingreso, seguida por el derrame pleural y la tracción accidental del cable con una tasa del 42,8%.

Con respecto a los eventos adversos post-alta se observó accidente cerebro vascular en un 14,2 % de los pacientes, pérdida de la integridad del cable en el 28% y decúbito del driveline en todos los casos estudiados.

#### CONCLUSIONES

Los pacientes portadores de DAVI son de alta complejidad y precisan un manejo experimentado, que exige una continuidad de cuidados en relación con el dispositivo y a los riesgos inherentes a la patología del paciente.

## CALIDAD DE VIDA TRAS UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN ÉPOCA DE PANDEMIA

**Autores:** Asunción García Merino, Rafaela Luque López, Cristina Pericet Rodríguez, Manuel Crespín Crespín, Ángela Heredia Torres, Manuel Anselmo Ruiz Ruiz, Carmen de la Torre Sáez, Mercedes Azores Águila, José López Aguilera.

**Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.**

#### INTRODUCCIÓN

La rehabilitación cardíaca (RC) ha demostrado ser eficaz en la mejora de la calidad de vida. Nuestro objetivo es determinar la mejora de la calidad de vida en diferentes escenarios clínicos mediante el cuestionario de salud SF-36 durante la época de pandemia por COVID-19.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se seleccionan 58 pacientes de la unidad de RC a los que se le realizó una valoración funcional que incluía el cuestionario de salud SF-36 al inicio y tras la finalización del programa. El programa de RC incluía ejercicio físico supervisado y un programa educativo con el fin de modificar factores de riesgo.

#### RESULTADOS

Se incluyen 58 pacientes (87,9% varones) con una edad media de  $57,9 \pm 9,6$  años. La patología por la que acuden a la unidad de rehabilitación fue en el 50% tras SCACEST, 27,6% por SCASEST, 10,3% tras ingreso por insuficiencia cardíaca con FEVI reducida y 10,3% por valvulopatía intervenida. Se obtuvieron puntuaciones mejores en la media del test SF-36 ( $59,3 \pm 2$  vs  $65,53 \pm 21$  p 0,00) y en siguientes subescalas: función física ( $69 \pm 22$  vs  $74 \pm 23$  p 0,001), rol físico ( $41,84 \pm 5$  vs  $54,74 \pm 44$ , p 0,019), función social ( $70,27 \pm 7,03$ , p 0,002), salud mental ( $68,6 \pm 23,2$  vs  $70,7 \pm 18,8$ , p 0,001), transición de salud ( $39,6 \pm 30$  vs  $62,58 \pm 34$ , p 0,03). Se objetivó empeoramiento en el rol emocional ( $58,3 \pm 21$  vs  $56,63 \pm 23$ , p 0,01).

#### CONCLUSIONES

La rehabilitación cardíaca produce una mejoría importante en la mayoría de las sub-escalas del cuestionario de salud SF-36 en los pacientes de la unidad, con un empeoramiento en el rol emocional en probable relación con la situación de pandemia.

Viernes 21 de octubre, de 10:15 a 11:45 h.

Sala Portixol 1 (Hotel. Planta 3).

## COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN HEMODINÁMICA

### ÍNDICE DE BARTHEL Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA TRATADOS MEDIANTE IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER

**Autores:** Sandra Checa Santos, Gema Rey Martín, Rosario Medina Medina, Rafael González Manzanares, Manuel Pan Álvarez-Osorio.

**Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.**

#### INTRODUCCIÓN

El índice de Barthel es usado con frecuencia en los pacientes que ingresan en cardiología para medir su funcionalidad (grado de independencia). El objetivo del estudio fue analizar su asociación con la mortalidad a 2 años en pacientes con estenosis aórtica severa tratados mediante implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI).

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron de forma retrospectiva todos los pacientes con estenosis aórtica severa tratados mediante TAVI en un único centro durante el año



2018. El índice de Barthel se recogió de la historia digital del paciente, donde había sido registrado por la enfermera a cargo del paciente el día del ingreso. Se realizó un seguimiento a 2 años mediante la historia digital. Mediante regresión logística se analizó la asociación entre el índice de Barthel y la muerte por cualquier causa a los 2 años.

#### RESULTADOS

Durante el año 2018 se realizaron 90 procedimientos TAVI. El índice de Barthel al ingreso se encontraba registrado en 70 pacientes. Se excluyó 1 paciente por pérdida en el seguimiento. En resumen, la mediana de edad de los pacientes fue 80 [77-83] años, el 46,4% eran mujeres. La mediana del índice de Barthel fue 90 [80-100] puntos. Tras dos años de seguimiento ocurrieron 7 (10,1%) muertes. El índice de Barthel no se asoció a un mayor riesgo de mortalidad a los 2 años ( $p=0,975$ ).

#### CONCLUSIONES

En esta cohorte de pacientes con estenosis aórtica tratados mediante TAVI, el índice de Barthel no se asoció a mayor mortalidad a los 2 años del procedimiento.

## ÍNDICE DE BARTHEL Y REINGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA TRATADOS MEDIANTE IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER

**Autores:** Gema Rey Martín, Sandra Checa Santos, Rosario Medina Medina, Rafael González Manzanares, Manuel Pan Álvarez-Osorio.

**Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.**

#### INTRODUCCIÓN

El índice de Barthel es usado con frecuencia en los pacientes que ingresan en cardiología para medir su funcionalidad (grado de independencia). El objetivo del estudio fue analizar su asociación con los reingresos por insuficiencia cardíaca a 2 años en pacientes con estenosis aórtica severa tratados mediante implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI).

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron de forma retrospectiva todos los pacientes con estenosis aórtica severa tratados mediante TAVI en un único centro durante el año 2018. El índice de Barthel se recogió de la historia digital del paciente, donde había sido registrado por la enfermera a cargo del paciente el día del ingreso. Se realizó un seguimiento a 2 años mediante la historia digital. Mediante regresión logística se analizó la asociación entre el índice de Barthel y el reingreso por insuficiencia cardíaca de estos pacientes a los 2 años.

#### RESULTADOS

Durante el año 2018 se realizaron 90 procedimientos TAVI. El índice de Barthel al ingreso se encontraba registrado en 70 pacientes. Se excluyó 1 paciente por pérdida en el seguimiento. En resumen, la mediana de edad de los pacientes fue 80 [77-83] años, el 46,4% eran mujeres. La mediana del índice de Barthel fue 90 [80-100] puntos. Tras dos años de seguimiento 6 (8,6%) pacientes reingresaron por insuficiencia cardíaca. El índice de Barthel no se asoció a un mayor riesgo de reingreso por insuficiencia cardíaca a los 2 años ( $p=0,122$ ).

#### CONCLUSIONES

En esta cohorte de pacientes con estenosis aórtica tratados mediante

TAVI, la incidencia de reingresos por insuficiencia cardíaca a los 2 años fue del 8,6%. El índice de Barthel no se asoció a mayor riesgo de reingreso a los 2 años del procedimiento.

## USO DE VIAS VENOSAS PERIFERICAS DE PEQUEÑO Y MEDIANO CALIBRE PARA ADMINISTRACION DE ADENOSINA IV EN PACIENTES SOMETIDOS A ESTUDIOS DE FISILOGIA CORONARIA

**Autores:** Vera Rodríguez García-Abad, Mónica Collado Martín, Ángel Ramos Isabel, María José Morales Vicente, Tania Blanco Maestro, Ana María López Soto, M.<sup>a</sup> Luz Capote Toledo, Itziar López Zarrabeitia.

**Hospital Clínico San Carlos, Madrid.**

#### INTRODUCCIÓN

En la era del acceso radial para la realización de cateterismos cardíacos, el abordaje de venas femorales de gran calibre para realizar estudios de fisiología coronaria ha caído en desuso. Algunos trabajos demuestran la factibilidad del uso de las venas periféricas antecubitales con este propósito. Sin embargo, la gran mayoría de centros continúa empleando cánulas de gran calibre. Nuestro estudio tiene como objetivo demostrar que los estudios de fisiología coronaria también se pueden realizar a través de las venas periféricas antecubitales de pequeño y mediano calibre con unos resultados similares a las de gran calibre.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron 180 pacientes consecutivos que iban a ser sometidos a un estudio de fisiología coronaria mediante inducción de hiperemia con adenosina IV (dosis 140mcg/Kg/min) y que portaban cánulas venosas de calibre 20 o 22 Charrier (Ch) o a los que se les canalaba un acceso venoso periférico en la sala de hemodinámica con este propósito.

#### RESULTADOS

Se comparó la eficacia hiperémica de la adenosina administrada por cánulas de pequeño calibre frente a cánulas de mediano calibre. El 63% portaban cánulas venosas de calibre 20 Ch y el 37% portaban cánulas venosas 22 Ch con el propósito de infundir adenosina intravenosa. El 62% de las vías se canalizaron en la fosa antecubital, el 38% restante se canalizaron distalmente (dorso de la mano, muñeca o antebrazo). El 79% de las vías venosas fueron canalizadas en la sala de hemodinámica inmediatamente antes del inicio del procedimiento. El tiempo inicio de hiperemia fue de 1min 6 segundos en los pacientes con vías 20Ch y 1 minuto en pacientes con vías 22 Ch y el volumen de infusión de adenosina infundido fue de 10,46 ml en los pacientes con vías 20 Ch y de 10,66 en los pacientes con vías 22 Ch.

#### CONCLUSIONES

La infusión de adenosina IV mediante cánulas de pequeño y mediano calibre en la fosa antecubital produce hiperemia en condiciones similares al uso de cánulas de gran calibre.

El uso de cánulas de menor tamaño para la administración de adenosina intravenosa, así como el uso de vías venosas ya canalizadas en planta de hospitalización, disminuye el número de accesos venosos que hay que canalizar en pacientes sometidos a estudios de fisiología coronaria, lo cual mejora su experiencia percibida y disminuye el riesgo de tromboflebitis e infección.

## ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA

**Autores:** Ricardo José Pinto Plasencia, María Candelaria Nagele Hernández, María Pilar Martín Hernández, Nancy Díaz Hernández, Miriam Lecuona García, María José Hernández Marrero, Carmen Elia Sierra Hernández, Inmaculada Mora Sánchez, Juan Jesús Sánchez Esteban, Óscar Luis Hernández Cabrera, Manuel José Hernández Rodríguez.

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

### INTRODUCCIÓN

En los años recientes los avances en técnicas diagnósticas y terapéuticas han constituido un mejor cuidado en las enfermedades cardiovasculares. Este trabajo pretende analizar la actividad asistencial en la cardiología intervencionista en los últimos 10 años.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuantitativo observacional descriptivo retrospectivo del total de 17.219 procedimientos en Hemodinámica desde 01/2012 hasta 04/2022. Se ha empleado *PalexData* (recogida de datos) y *Google Data Studio* (análisis e interpretación). Abarca lo siguiente: factores de riesgo; procedencia (hospital o ambulatoria); procedimientos diagnósticos, terapéuticos y estructurales; Código Infarto; tiempo de procedimiento y de escopia; y, cantidad de contraste.

### RESULTADOS

- La media de edad es de 66 años.
- La composición de sexo es de 34,5% de mujeres y de 65,55% de hombres.
- Crecimiento en número de procedimientos de un 20,29% (1.537 casos en 2012 a 1.849 en 2021).
- Aumento de un 37% en el tiempo de los procedimientos (55,4 minutos en 2012 a 73,46 en 2021).
- Existe relación entre el aumento de duración de los procedimientos con nuevos intervencionismos estructurales y angioplastias coronarias complejas.
- Progreso en intervenciones de valvuloplastia aórtica desde el 0,59% en 2012 al 4,65% en 2021.
- Desde el año 2016, excepto 2020, se usa el contraste por debajo de los 150 mililitros por procedimiento.
- Disminución del uso de contraste en pacientes con insuficiencia renal de 104,5 mililitros de contraste a 157 mililitros en usuarios sin insuficiencia.
- Procedencia del paciente: 25,84% en 2012 por 43% en 2021 son derivados de forma ambulatoria y, 40% en 2012 por 27% en 2021 son los ingresados en el propio hospital.
- Aumento del consumo de tabaco de un 3%.
- Factores de riesgo: consumo de tabaco 24% en mujeres por 58,3% hombres; hipertensión arterial 73,9% mujeres por 67,7% hombres; y, diabetes 41,8% mujeres por 37,1% hombres.
- El acceso de la arteria radial derecha presenta un porcentaje del 49,51% en 2012 frente al 83,15% en 2021.

### CONCLUSIONES

El considerable incremento de procedimientos estructurales como la valvuloplastia aórtica ha supuesto que la media de edad del paciente haya crecido un 3,2 años (diferencia de la media de edad del 5% en los

10 años). Estos datos invitan a que se puedan relacionar con futuros estudios de distintos centros debido al continuo crecimiento del envejecimiento en la población.

## COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN DOS COHORTES CON SIETE AÑOS DE DIFERENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**Autores:** Virginia Francés Santamaría, Paula Sáez Ruiz, Dae Hyun Lee Hwang, Larosi Bachir Hebila, Mercedes Benito Alfonso, María Fuentes Martínez, María García Uría, María Elena Merchán Tahvanainen, Paloma Pozueta del Rivero, Alonso Rivera Vera.

**Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria.**

### INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio (IAM) es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en España. Establecer las causas y conocer los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) es objeto de múltiples estudios.

El objetivo de nuestro estudio es comparar los FRCV entre dos grupos de pacientes que han tenido un IAM.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se seleccionan dos cohortes, constituidas por pacientes que han tenido un IAM en los que se ha activado el código infarto según protocolo de nuestro hospital. El periodo de tiempo evaluado es, en la primera cohorte del 01/01/2014 al 30/01/2014 y en la segunda cohorte del 01/01/2021 al 30/06/2021. Se crea una base de datos en la que se registran variables clínicas de los pacientes. Los datos se analizan mediante el programa SPSS.

### RESULTADOS

Durante el primer semestre del 2014 se registran 138 casos de IAM, de los cuales un 25,4% son mujeres, la hipertensión arterial está presente en el 55,8% de los casos, la diabetes mellitus en el 34%, el 63% son fumadores o exfumadores, un 8,7% obesos, un 15,9% tienen antecedentes familiares de cardiopatía isquémica y en un 94,9% se realiza angioplastia primaria. En el periodo correspondiente del 2021 se registran 122 casos de IAM, un 23,8% son mujeres, un 62,3% hipertensos, 62,3% diabéticos, el 67,2% fumadores o exfumadores, un 17,2% obesos, un 13,9% tienen antecedentes familiares y en un 93,4% se realiza angioplastia primaria. El análisis estadístico muestra que la obesidad es la única variable con valor estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ), duplicándose la prevalencia en la cohorte del 2021 con respecto a la del 2014. La diabetes muestra una tendencia a la disminución mientras que la dislipemia tiene una tendencia al aumento.

### CONCLUSIONES

Los resultados del estudio realizado indican que, salvo pequeñas excepciones, no existen diferencias importantes con relación a las características clínicas de los pacientes comparados en ambos grupos. No obstante, creemos que podría ser interesante estudiar con más profundidad el resultado obtenido en relación con la obesidad.

## PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ALTA PRECOZ POST-TAVI

**Autores:** Jonatan Valverde Bernal, Ester Bajo Arambarri, Luis Asmarats Serra, Xavier Millán Álvarez, Lola Gutiérrez Alonso, Chi Hion Li Li, Dabit Arzamendi Aizpurua.

**Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.**

### INTRODUCCIÓN

El implante percutáneo de válvula aórtica presenta un crecimiento exponencial en los últimos años con excelentes resultados de complicaciones y morbimortalidad en los primeros días tras la intervención. Aun así, la media de días de ingreso tras la intervención a nivel nacional es de una semana.

Por ello, se implementó un protocolo de alta precoz en nuestro centro. El papel de enfermería se consideró clave en la selección de estos pacientes y el seguimiento posterior.

El objetivo de este estudio fue evaluar la seguridad y eficacia de una estrategia de alta precoz en pacientes intervenidos percutáneamente de válvula aórtica.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo que incluyó pacientes intervenidos de TAVI transfemoral entre octubre 2020 y abril 2022 en nuestro centro.

Los criterios de selección de estos pacientes se basaron en el estudio 3M TAVI.

### RESULTADOS

Durante el período de estudio, se registraron 197 pacientes sometidos a TAVI. El 40% de estos (n=78) cumplieron con los criterios de alta precoz. La mediana de días de ingreso fue de 2 días en esta cohorte. El 21% de los pacientes fueron dados de alta al día siguiente y el 82% en 72 horas. Estos pacientes presentaron un 11,5% necesidad de marcapasos definitivo, un 2,5% complicaciones vasculares, un 2,5% ictus y el 6,5% precisó de reingreso en 30 días.

### CONCLUSIONES

La implementación de un programa de alta precoz post-TAVI es factible, eficaz y segura. Aun así, la correcta selección del paciente para este programa resulta fundamental. Tanto en este punto, como en el seguimiento posterior precoz, enfermería desarrolla un papel clave para la implementación de estos programas.

## VOLCÁN EN LA PALMA. IMPACTO EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA

**Autores:** María Candelaria Nagele Hernández, Ricardo José Pinto Plasencia, Nancy Díaz Hernández, Miriam Lecuona García, María Pilar Martín Hernández, María José Hernández Marrero, Carmen Elia Sierra Hernández, Inmaculada Mora Sánchez, Óscar Luis Hernández Cabrera, Juan Jesús Sánchez Esteban, Manuel José Hernández Rodríguez.

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

### INTRODUCCIÓN

La erupción volcánica en la isla de La Palma (2021) ha ocasionado una

profunda crisis sísmica y cambios. El objetivo de este estudio es analizar la actividad asistencial de los pacientes de La Palma en Hemodinámica durante esa fase.

### MATERIAL Y MÉTODO

La metodología es cuantitativa observacional descriptiva retrospectiva conforme a los 209 casos en Hemodinámica entre el 11/09/2021 (enjambre sísmico) al 25/12/2021 (final de la erupción declarado por el Instituto Geográfico Nacional), y, en las mismas fechas, en 2020 y 2019 para su comparativa. Se ha utilizado *PalexData* (recogida de datos) y *Google Data Studio* (análisis e interpretación). Se incluye: municipio; antecedentes individuales; procedimientos electivos (actividad diagnóstica, estructural y angioplastia); y, procedimientos urgentes (Código Infarto). En La Palma no se prestan servicios de cateterismos, es necesario desplazarse al hospital de referencia en Tenerife. Durante la fase del volcán se han producido variables (cierre del espacio aéreo en ocasiones para traslados electivos como urgentes. Los urgentes se han reflejado en diferentes tiempos (tipos de angioplastias) por realizar el procedimiento habitual y sumarle un desplazamiento en helicóptero entre islas).

### RESULTADOS

- La media de edad es de 65,5 años.
- La combinación de sexo es mayor en hombres (64,1%).
- Antecedentes individuales: el 63,6% presenta hipertensión arterial; el 57,9% es fumador o exfumador; el 52,2% dislipemia; y el 34,4% diabetes.
- El total de angioplastias en infartos es de 15 casos.
- Composición del total de angioplastias en infartos: 7 diferidas; 3 facilitadas; 2 de rescate; y, 1 primaria.
- 1 de cada 3 pacientes con angioplastias en infartos en 2021 proceden de los municipios afectados por el volcán (El Paso, Tazacorte y Los Llanos de Aridane).
- Los municipios afectados por el volcán en 2019 abarcan el 46,03%; en 2020 un 38,59%; y, en 2021 un 32,43%.
- Los procedimientos electivos no han disminuido en cuanto a los años previos (74 casos en 2021; 57 en 2020 (período de la enfermedad del coronavirus 2019); y, 63 en 2019).

### CONCLUSIONES

Estos datos informan que no hay cambios representativos en números globales de procedimientos, no se constata un incremento de actividad asistencial en los municipios afectados. Este estudio puede ser una base para relacionar otras investigaciones posteriores a los 85 días de la erupción del volcán de La Palma.

## EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN URGENCIAS PARA MEJORAR EL DIAGNÓSTICO Y LA ATENCIÓN PRECOZ EN EL CÓDIGO INFARTO

**Autores:** Gemma Berga Congost<sup>1</sup>, M.<sup>a</sup> Antonia Martínez Momblan<sup>2</sup>, Jonatan Valverde Bernal<sup>1</sup>, Juan García Picart<sup>1</sup>, Núria Castelló Fosch<sup>1</sup>, Paloma Garcimartín Cerezo<sup>3</sup>, Mireia Puig Campmany<sup>1</sup>, Maite Álvarez Albarran<sup>1</sup>, Montserrat Vila Perales<sup>1</sup>, Roberto Lazzari<sup>1</sup>, Salvatore Brugaletta<sup>4</sup>.

**1 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; 2 Universitat de Barcelona, Barcelona; 3 Hospital del Mar, Barcelona; 4 Hospital Clínic, Barcelona.**

### INTRODUCCIÓN

Las guías clínicas recomiendan el cumplimiento de unos indicadores

de calidad de tiempos de respuesta en el infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST). La adherencia a dichos indicadores resulta compleja en presentaciones atípicas. La formación continuada es una herramienta útil en la mejora de la identificación del IAMCEST. El objetivo fue evaluar el impacto de una intervención formativa a médicos y enfermeras de triaje de urgencias con relación a sus conocimientos y la satisfacción con la misma.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional prospectivo, realizado en un hospital que da respuesta al código infarto. Se incluyó a todos los profesionales de urgencias que participaron en la intervención formativa y dieron su consentimiento. Se diseñó una actividad formativa teórico-práctica con simulación clínica que fue implementada en junio de 2021. Se evaluaron conocimientos pre y post mediante un cuestionario validado por un grupo de expertos y se suministró una encuesta de satisfacción validada. Para las variables categóricas se facilitó número de casos y porcentajes.

#### **RESULTADOS**

Se incluyeron 20 profesionales, 16 enfermeras y 4 facultativos. Un participante no finalizó el módulo formativo. El 95% visualizó todo el contenido online y participó en la formación presencial. El 100% evaluó sus conocimientos previos y un 70% los posteriores, observándose un incremento superior al 50%. Un 80% evaluaron la satisfacción con la intervención y se obtuvo una calificación de 9,7/10.

#### **CONCLUSIONES**

Existe un alto grado de participación en la formación. Los conocimientos de los participantes aumentaron en más de un 50% y la satisfacción de éstos con la intervención educativa ha sido excelente. Se requieren estudios futuros que evalúen el impacto de la formación en los tiempos de respuesta en el infarto, resultados clínicos y mortalidad.

## **CONSULTA DE ENFERMERÍA EN HEMODINÁMICA: UNA NECESIDAD REAL**

**Autores:** María José Hernández Marrero, Carmen Elía Sierra Hernández, María Candelaria Nagele Hernández, Inmaculada Mora Sánchez, María Pilar Martín Hernández, Nancy Díaz Hernández, Miriam Lecuona García, Manuel José Hernández Rodríguez, Óscar Luis Hernández Cabrera, Juan Jesús Sánchez Esteban.

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

Viernes 21 de octubre, de 15:00 a 17:00 h.

Sala Portixol 2 (Hotel. Planta 3)

## **COMUNICACIONES ORALES: OTROS CUIDADOS EN ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA**

### **SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS CARDIOLÓGICOS**

**Autores:** Miriam Quintana Giner, Concepción Fernández Redondo, Jesús Moreno Rodríguez, José María Avilés Albizu.

#### **INTRODUCCIÓN**

Los pacientes acuden al cateterismo cardíaco habiendo pasado, en ocasiones, un largo periodo de tiempo tras la consulta con el cardiólogo, pudiendo manejar información errónea o una mala preparación previa. **Objetivo:** confirmar la necesidad de una consulta de enfermería que evalúe las necesidades de cada paciente antes y después de ser sometido a un cateterismo cardíaco.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio cuantitativo, descriptivo y prospectivo. 70 pacientes sometidos a cateterismo cardíaco de manera ambulatoria entre marzo y mayo del año 2022. Datos recogidos en dos modelos de encuesta de elaboración propia. 1. Valoración del beneficio de una consulta de enfermería previa según los datos de la historia clínica. 2. Encuesta telefónica el día previo solicitando consentimiento verbal. 3. Anotar mililitros de contraste y minutos de escopia utilizados en el cateterismo. 4. Encuesta telefónica un día después de la intervención. 5. Valoración del beneficio de una consulta de enfermería posterior. Finalmente, los datos fueron volcados en encuestas de Google prediseñadas comparando y expresando los resultados en porcentajes absolutos.

#### **RESULTADOS**

El 15,7% de los pacientes se podía haber beneficiado de una consulta previa por presentar algún diagnóstico de patología renal, el 38,6% por presentar un valor de Creatinina superior a 1,10 mg/dL y el 31,4% por tomar medicación anticoagulante que debía suspender según protocolo. El 44,3% no sabía en qué consistía la intervención. El 32,9% no sabía si necesitaba quedar ingresado. El 17% no sabía si tenía que suspender o modificar la medicación. El 94,3% acudió en ayunas de 8 horas, pero no sabía si tenía que realizar alguna otra preparación. El 61,4% no había firmado el consentimiento informado. El 40% de los pacientes no se había retirado el apósito correctamente. El 7,1% expresó dudas a la hora de reiniciar la medicación. El 47,1% de los pacientes se podía haber beneficiado de una consulta posterior por haber recibido un alto volumen de contraste y el 37,1% por haber recibido una alta dosis de radiación.

#### **CONCLUSIONES**

La consulta de enfermería permite a los profesionales conocer detalladamente la historia clínica, disminuyendo los tiempos de espera, los errores en la práctica y favoreciendo la comunicación. Los pacientes pueden llevar a cabo una preparación individualizada, disminuyendo así los riesgos de sufrir complicaciones severas o el empeoramiento de sus patologías.

**Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.**

#### **INTRODUCCIÓN**

La satisfacción del paciente, así como sus percepciones y necesidades son de vital importancia en cualquier servicio sanitario, constituyendo

en la actualidad una pieza angular de la calidad asistencial. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la satisfacción del paciente coronario en la fase aguda de su enfermedad, mientras se encuentra ingresado en una unidad de cuidados intermedios cardiológicos de reciente creación.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal cuantitativo utilizando como herramienta un modelo de encuesta basada en el SERVQHOS adaptado. Se incluyeron pacientes mayores 18 años, que aceptaron participar de manera anónima y voluntaria durante el mes de marzo de 2022. El personal de enfermería de la unidad se encargó de entregar los cuestionarios, solicitando a los pacientes su participación. La entrega de las encuestas se realizó de forma consecutiva a la salida de la unidad a la planta de hospitalización. El análisis estadístico se ha realizado mediante SPSS v24.

#### RESULTADOS

De un total de 23 pacientes ingresados, se obtuvieron 20 encuestas cumplimentadas, de las cuales el 55% fueron hombres, con una media de edad de 70 años.

La satisfacción media global (SERVQHOS) fue de  $4,8 \pm 0,67$ . Los aspectos en los que el paciente se mostró más satisfecho fue: equipamiento actualizado  $4,89 \pm 0,31$  y proporción de servicios a las horas indicadas  $4,95 \pm 0,31$ . El peor valorado, la dimensión de seguridad; apoyo al personal por los superiores para poder realizar bien su trabajo  $4,42 \pm 0,22$ .

La mayoría de los pacientes se encontraron satisfechos en todas las dimensiones exploradas con puntuaciones superiores a 4 (en una escala Likert del 1 al 5).

#### CONCLUSIONES

El análisis de las variables evaluadas evidencia que la mayoría de los pacientes encontraron un nivel de asistencia recibido por encima del esperado en todas las dimensiones exploradas. Aunque nuestro estudio está limitado por el tamaño muestral, creemos que es importante continuar con la recogida de encuestas, puesto que se trata de una unidad de reciente comienzo en la que es necesario conocer que perciben nuestros pacientes, que somos capaces de transmitirles, además de identificar futuras áreas de mejora.

## INCIDENCIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA, ARRITMIAS, Y EVENTOS CARDIOVASCULARES CON EL USO DE INHIBIDORES DEL SGLT-2 EN PACIENTES DIABÉTICOS

**Autores:** José Miguel Rivera Caravaca<sup>1</sup>, Ameenathul Mazaya Fawzy<sup>2</sup>, Laurent Fauchier<sup>3</sup>, Gregory Y. H. Lip<sup>2</sup>.

**1** Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Universidad de Murcia, IMIB-Arrixaca, CIBERCV; **2** Liverpool Centre for Cardiovascular Science, University of Liverpool, Liverpool Heart and Chest Hosp; **3** Centre Hospitalier Universitaire Trousseau, Universidad de Tours, Bretagne.

#### INTRODUCCIÓN

El uso de inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (SGLT-2) se ha asociado con mejores resultados en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) prevalente, independientemente de si tienen o no diabetes. Nuestro objetivo fue investigar el impacto del uso de inhibidores del SGLT-2 en el riesgo de IC incidente y resultados cardiovasculares adversos en pacientes con diabetes.

#### MATERIAL Y MÉTODO

A partir de una base de datos de historias clínicas electrónicas anonimizadas (TriNetX), se identificaron todos los pacientes diabéticos entre enero de 2018 y diciembre de 2019 y se realizó un seguimiento durante 2 años. Se llevó a cabo un análisis de pareamiento por puntaje de propensión (PSM) 1:1 para equilibrar las cohortes con y sin inhibidores del SGLT-2. El resultado de valoración primario fue la IC incidente y los resultados secundarios incluyeron la mortalidad por cualquier causa, el paro cardiaco, la taquicardia/fibrilación ventricular (TV/FV), la fibrilación auricular (FA) de novo, el ictus isquémico, un compuesto de eventos tromboticos arteriales y/o venosos, y un compuesto de TV/FV y/o paro cardiaco.

#### RESULTADOS

Se identificó un total de 115.749 pacientes diabéticos que en tratamiento con inhibidores del SGLT-2 y 2.316.638 que no estaban en tratamiento con inhibidores del SGLT-2. Tras el PSM, se incluyeron 115.749 pacientes en cada grupo. El riesgo de IC incidente fue significativamente menor en los pacientes que estaban tratados con inhibidores del SGLT-2, en comparación con los pacientes que no estaban con dicho tratamiento [hazard ratio (HR) 0,67, intervalo de confianza (IC) del 95% 0,65-0,70]. El uso de inhibidores del SGLT-2 también se asoció con un riesgo significativamente menor de mortalidad por cualquier causa (HR 0,62, IC 95% 0,59-0,65), paro cardiaco (HR 0,62, IC 95% 0,55-0,69), FA de novo (HR 0,78, IC 95% 0,75-0,81), ictus isquémico (HR 0,93, IC 95% 0,88-0,96), eventos tromboticos arteriales y/o venosos (HR 0,93, IC 95% 0,90-0,95) y el compuesto de TV/FV incidente y/o paro cardiaco (HR 0,74, IC 95% 0,68-0,79), en comparación con la no utilización de inhibidores del SGLT-2. No se hallaron diferencias significativas entre los dos grupos para la TV/FV (HR 0,94, IC 95% 0,88-1,01).

#### CONCLUSIONES

El uso de inhibidores del SGLT-2 en pacientes diabéticos se asoció con una disminución significativa del riesgo de IC incidente, y otros eventos cardiovasculares adversos.

## FACTORES DE COMPLEJIDAD DE CUIDADOS Y EVENTOS ADVERSOS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIACA

**Autores:** Susana Asensio Flores<sup>1</sup>, Rosa Soldevila Cases<sup>1</sup>, Araceli Chacón Aparicio<sup>1</sup>, Mònica Castellà Creus<sup>2</sup>, Esperanza Zuriguel Pérez<sup>3</sup>, Jordi Adamuz Tomás<sup>1</sup>, María Eulalia Juvé Udina<sup>4</sup>.

**1** Hospital Universitari Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, **2** Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), **3** Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona; **4** Institut Català de la Salut, Barcelona.

#### INTRODUCCIÓN

Los pacientes con patología cardiaca presentan durante su ingreso eventos adversos (EA). El objetivo del estudio es identificar los factores de complejidad de cuidados que se asocian a la aparición de EA en pacientes hospitalizados en unidades de cardiología y cirugía cardiaca de tres hospitales de tercer nivel.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Análisis de una cohorte retrospectiva de adultos hospitalizados en 3 hospitales de tercer nivel, entre enero-2016 y diciembre-2017. Fueron incluidas unidades de hospitalización y de cuidados intermedios. Variables de estudio: factores individuales de complejidad de cuidados (FUCS) y EA (flebitis, úlceras por presión [UPP], caídas, edema agudo de pulmón [EAP], paro cardiorrespiratorio [PCR] y neumonía broncoaspirativa). Los 27 FUCS fueron categorizados según fuente de complejidad: mental-cognitiva, psicoemocional, sociocultural, evolutiva y comorbilidad-complicaciones. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS 25.0 con estrategia descriptiva e inferencial.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 11.505 episodios. La edad media fue de 66 años, el 68,5% hombres. El 54,8% (6.299) de los pacientes fue hospitalizado por motivo médico y el 45,2% quirúrgico. El 29% (3.338) ingresó en cuidados intermedios.

La mediana de FUCS en la población general fue de 2 (IQR 1-3), versus 3 (IQR 2-4) en los pacientes que presentaron algún EA. Los FUCS más registrados se relacionaron con los dominios: comorbilidad-complicaciones (88%), evolutivo (31,4%) y psicoemocional (10%). El 11,5% (1.326) de los pacientes presentaron algún EA (5,6 % EAP, 4,3% flebitis, 1% PCR, 0,9% UPP, 0,5% caídas, 0,3% neumonía broncoaspirativa). Los pacientes que presentaron EA tuvieron mayor registro de la fuente de complejidad comorbilidad-complicaciones, psicoemocional, mental-cognitiva y sociocultural ( $p < 0,001$ ), así como en el dominio evolutivo ( $p < 0,05$ ). Los pacientes hospitalizados en unidades de agudos y perfil médico presentaron mayor incidencia de EA ( $p < 0,001$ ).

**CONCLUSIONES**

La incidencia de EA entre los pacientes con patología cardiaca es elevada. Los pacientes que presentan EA registran mayor número de factores de complejidad individual de cuidados que el resto de los pacientes. Todas las fuentes de complejidad se asocian con EA. Los pacientes de perfil médico ingresados en unidades de agudos son los que presentan mayor número de EA.

## FORMACIÓN SECUENCIAL VS FORMACIÓN GLOBAL EN LA ENSEÑANZA DEL RECONOCIMIENTO DE LA PARADA CARDIACA Y ALERTA A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN ESCOLARES

**Autores:** Carmen Neiro Rey<sup>1</sup>, Santiago Martínez Isasi<sup>1</sup>, Cristina Varela Casal<sup>2</sup>, Sheila García Rodríguez<sup>3</sup>, Felipe Fernández Méndez<sup>3</sup>, Martín Otero Agra<sup>3</sup>, Carlos Berlanga Macías<sup>4</sup>, Cristina Jorge Soto<sup>1</sup>, María Pichel López<sup>5</sup>, Roberto Barcala Furelos<sup>2</sup>.

**1** Instituto de Investigación Sanitaria Santiago de Compostela (IDIS); **2** Grupo de Investigación REMOSS. Universidade de Vigo, Pontevedra; **3** Escuela Enfermería. Universidade de Vigo, Pontevedra; **4** Facultad de Enfermería, Albacete; **5** Hospital Quirón, A Coruña.

**INTRODUCCIÓN**

En países como Dinamarca, se ha relacionado el aumento de la atención de paradas cardíacas (PC) extrahospitalarias con la inclusión de estos contenidos en las escuelas. La inclusión de primeros auxilios

en los colegios es algo muy defendido por la comunidad científica. Sin embargo, es necesario recabar evidencia científica para conocer cuáles son las mejores estrategias para su implementación. El objetivo de este estudio es comparar una formación con carácter secuencial frente a una formación global, en la que se imparten todos los contenidos.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio con diseño de simulación con jóvenes de entre 9 y 11 años. El grupo formación secuencial (GFS) estuvo formado por 85 escolares y el grupo de formación global (GFG) por 196. El profesorado de educación física impartió durante 3h al GFS, el reconocimiento de la PC y la alerta de los servicios de emergencias (SEM); el GFG, además de los contenidos del GFS, posición lateral de seguridad y desobstrucción de la vía aérea. En el estudio participaron 5 colegios de la comunidad autónoma de Galicia, asignándose a cada el tipo de formación realizada de forma aleatoria y tiene una duración prevista de 5 años. Los resultados expuestos (reconocimiento de la PC y llamada a los SEM) se han recogido a través de situaciones simuladas con maniqués, realizándose evaluaciones a través de listas de control.

**RESULTADOS**

Ambos grupos mostraron altos porcentajes de participantes que realizan los diferentes pasos del reconocimiento de la PC de forma correcta. Solamente en la valoración de la consciencia de la víctima y en la realización de la secuencia con un orden correcto se observaron un porcentaje de participantes significativamente mayor en el grupo de FS en comparación con el de FG ( $p < 0,001$ ). Lo mismo ocurre con los pasos de la llamada a los SEM, en los que solamente destaca el mayor porcentaje de participantes del grupo con FS que ponen el manos libres durante la llamada en comparación con el grupo con FG ( $p < 0,001$ ).

**CONCLUSIONES**

Los primeros resultados de este proyecto muestran una ligera mejoría en el GFS en las evaluaciones de simulación, aunque cualquier tipo de formación realizada con escolares es beneficioso en la prevención y tratamiento de la PC. Es necesario continuar evaluando los resultados en los próximos años para valorar que tipo de formación puede ser más eficaz a largo plazo.

## ENSEÑANZA A ESCOLARES DE 6 A 8 AÑOS A ALERTAR A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA MÉDICOS CON RECURSOS DOCENTES INNOVADORES. UN ESTUDIO CUASIEXPERIMENTAL DE SIMULACIÓN

**Autores:** Carmen Neiro Rey<sup>1</sup>, Santiago Martínez Isasi<sup>1</sup>, Aida Carballo Fazanes<sup>1</sup>, Cristian Abelairas Gómez<sup>1</sup>, Cecilia Castro Fernández<sup>2</sup>, Pablo Chico Vigo<sup>2</sup>, Breogán Carballo Álvarez<sup>2</sup>, Jesús Salanova García<sup>2</sup>, María García Martínez<sup>2</sup>, Verónica Victoria Izquierdo Vázquez<sup>1</sup>.

**1** Instituto de Investigación Sanitaria Santiago de Compostela (IDIS); **2** Facultad de Enfermería. Universidad Santiago Compostela, A Coruña.

**INTRODUCCIÓN**

Las paradas cardíacas extrahospitalarias son un problema de salud pública a nivel mundial, por lo que el Consejo Europeo de Resucitación ha lanzado la iniciativa *Kids Save lives* que promueve que los niños salvan vidas, al aumentar la RCP por testigos. A pesar de que existen

metodologías docentes clásicas, se ha observado que son poco eficientes para conseguir que los escolares aprendan y retengan lo aprendido a medio plazo, de modo que se necesita explorar nuevas metodologías formativas que permitan alcanzar el objetivo señalado por la iniciativa *Kids Save Lives*. El objetivo del estudio fue diseñar y evaluar material docente específico para la enseñanza de la RCP básica.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cuasi experimental sin grupo control en escolares de 6, 7 y 8 años. El profesorado de educación física impartió durante 2h los contenidos (reconocimientos situación emergencia, identificación de riesgos y llamada a los servicios de emergencia). El maestro dispuso de materiales docentes innovadores y ad hoc (libro sin fin y rescube). En el estudio participaron un total de 344 escolares de 5 colegios de la comunidad autónoma de Galicia. La evaluación se realizó mediante un escenario de simulación de situación de parada cardiaca y un listado de verificación basado en la llamada de emergencia.

#### RESULTADOS

Los niños de los 3 cursos alcanzaron porcentajes superiores al 85% en reconocer situación emergencia, localiza teléfono, llama al 112 o 061 y respondieron correctamente a ¿Cuál es su emergencia? y ¿Cuál es tu nombre?; el porcentaje fue inferior al 50% en poner manos libres en el teléfono.

Se observó que los niños de cursos superiores ejecutaron mejor la acción de coger el tfo (1.º: 87,0 vs 2.º: 89,8 vs 3.º: 96,6%;  $p=0,0034$ ), Presiona emergencias (1.º: 65,7 vs 2.º: 89,0 vs 3.º: 89,6%;  $p<0,001$ ) y respondieron correctamente a ¿Cuál es tu dirección de casa? (1.º: 63,9% vs 2.º: 82,2 vs 3.º: 86,4%;  $p<0,001$ ).

Nuestro estudio muestra como el material docente elaborado para la enseñanza del soporte vital básico a escolares de 1.º, 2.º y 3.º de primaria fue efectivo, siendo este un recurso útil para la implementación en la enseñanza en las escuelas.

#### CONCLUSIONES

Nuestro estudio muestra como el material docente elaborado para la enseñanza del soporte vital básico a escolares de 1.º, 2.º y 3.º de primaria fue efectivo, siendo este un recurso útil para la implementación en la enseñanza en las escuelas.

## SESIONES FORMATIVAS SOBRE DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS INSTITUTOS DE SECUNDARIA

**Autores:** Samar Habbab Mohamed, Lorena González Bota, Marta Faixeda Calero, Pau Vilardell Rigau, Ramón Brugada Terradellas.

**Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.**

#### INTRODUCCIÓN

La muerte súbita es el fenómeno en el que el corazón se para bruscamente y paraliza la circulación de sangre a todos los órganos del cuerpo. Se trata de un problema de salud de primera magnitud, causando 60 fallecidos a diario en España. El uso del desfibrilador externo automático (DEA) sigue siendo desconocido por parte de la población. Como enfermeras, una de nuestras competencias

principales es la de proporcionar educación sanitaria, en este caso como prevención primaria en la población más joven, tanto en el uso del DEA, como sobre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). El objetivo de este trabajo fue analizar los conocimientos de los alumnos de secundaria antes y después de una charla formativa llevada a cabo por enfermería.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo analítico de las sesiones educativas, en el contexto de un cribado poblacional con electrocardiograma en una cohorte de jóvenes de secundaria. Se valoraron los conocimientos previos con un cuestionario estructurado y posteriormente, evaluamos qué habían aprendido (concepto DEA, principales FRCV, incidiendo en los modificables) con el mismo cuestionario.

#### RESULTADOS

Se analizó una muestra de 107 alumnos (54% varones) de 13-14 años. La mitad de la muestra ha contestado correctamente 4 de las 5 preguntas planteadas, siendo la más errada la que pregunta si saben o no qué es un DEA. Los resultados post formación mostraron que el 90% de la población estudiada contesta correctamente el cuestionario. Los principales fallos han sido sobre la cantidad de piezas de fruta y/o verdura recomendados al día, además de cuántas veces por semana se puede comer bollería industrial.

#### CONCLUSIONES

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en nuestro entorno. La formación sanitaria de los jóvenes sobre la muerte súbita y los FRCV (sedentarismo, dieta rica en grasas saturadas y el tabaco) es vital para la concienciación poblacional y modificación de su pronóstico.

## IMPACTO DE LA PRIMERA OLA DE COVID-19: SCOPING REVIEW

**Autores:** Amalia Sillero Sillero<sup>1</sup>, Neus Buil Manzaneres<sup>2</sup>, Raquel Ayuso Margañón<sup>1</sup>.

**1 ESIMar (Mar Nursing School), Parc de Salut Mar, Universitat Pompeu Fabra-Affiliated, Mar Campus, Barcelona; 2 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.**

#### INTRODUCCIÓN

Las instituciones tomaron medidas y se realizaron importantes cambios durante la pandemia COVID-19 pero aún no se conoce suficientemente el impacto. Nuestro objetivo fue comprender cómo se han reorganizado los servicios durante y después de la primera ola de la pandemia de COVID-19, y consecuencias para los sistemas de atención médica, pacientes y los profesionales.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión de alcance rápido sobre los cambios de los diferentes servicios en la primera ola de COVID-19. Se siguió la metodología del Instituto Joanna Briggs y su lista de verificación. No hubo limitación de idioma, ni diseño y el objetivo responde a las preguntas de investigación: ¿Cómo se reorganizaron los servicios durante y después de la emergencia COVID-19? Y ¿qué consecuencias a nivel del servicio de atención, de los profesionales de enfermería y de los pacientes? Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos como Embase y Medline, así como de literatura gris, ya que se identificaron

comunicados de prensa de gobiernos. La estrategia de búsqueda: servicios quirúrgicos, COVID-19, impacto en pacientes, profesionales y sistemas de atención médica en agosto 2020 y enero 2021.

### RESULTADOS

Se identificaron 2905 artículos y 101 fuentes de literatura gris, de los cuales 305 se consideraron elegibles para revisión de texto completo. Después de la revisión del texto completo, se incluyeron 102 estudios y seis documentos de la literatura gris. La selección final dio una síntesis cualitativa de 88 estudios sobre la prestación de servicios y 46 que evaluaron las consecuencias. Los criterios de inclusión: 1 reorganización de los servicios 2 impacto de la reorganización en los pacientes y en los profesionales (médicos y enfermeros/as). Los investigadores utilizaron un formulario para la extracción de los datos. Se utilizaron estadísticas descriptivas de datos cuantitativos y la parte cualitativa se identificaron categorías recurrentes.

### CONCLUSIONES

En conclusión, mostramos evidencia de los cambios operativos que se han producido a nivel internacional en respuesta a emergencias de salud pública como la actual COVID-19. Este estudio identificó una brecha del conocimiento del impacto de estos cambios en los pacientes y en los profesionales. La investigación ha de profundizar para proporcionar un enfoque basado en evidencia para el manejo de pacientes en futuras emergencias de salud pública.

## IMPACTO EN LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES TRAS LA INCORPORACIÓN DE PIZARRAS BLANCAS EN LAS HABITACIONES DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA DE CUATRO HOSPITALES

**Autores:** María Dolores Gómez Barriga<sup>1</sup>, María Victoria Soriano Rodríguez<sup>2</sup>, Alicia González Pozuelo<sup>3</sup>, Luisa Barrera Hernández<sup>4</sup>, Christian Bengoa Terrero<sup>1</sup>, Rosa María Gacimartín García<sup>1</sup>.

**1 Hospital Clínico San Carlos, Madrid; 2 Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid; 3 Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid; 4 Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid.**

### INTRODUCCIÓN

La comunicación efectiva entre los pacientes y los profesionales sanitarios es crucial para que la atención del paciente sea eficaz y garantizar resultados de salud óptimos. El objetivo del estudio fue describir el impacto en la comunicación e información que tienen los pacientes tras la colocación de pizarras blancas en las habitaciones de las unidades de hospitalización de Cardiología de cuatro hospitales.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio pre/postintervención multicéntrico para la evaluación de la mejora en la información y comunicación que recibe el paciente tras la colocación de pizarras blancas en las habitaciones de las unidades de hospitalización de cardiología de 4 hospitales, durante el año 2021. Se incluyeron a todos los pacientes mayores de 18 años que aceptaron voluntariamente participar, para el cálculo del tamaño muestral tras la revisión de la literatura con una prevalencia del 50% y esperando que después de la implantación aumentara un 15% la comunicación que tenía el paciente y alcanzando una potencia del 80% fue necesario una

N=162 pacientes/grupo para los cuatro hospitales, con un error alfa de 0,05 bilateral. Las variables que recoger fueron conocimiento de los profesionales responsables de su atención (médico, enfermera, auxiliar de enfermería), objetivos de cuidados, procedimientos y/o pruebas a realizar, con una recogida en dos fases, antes de la colocación y después, y sexo/edad. El análisis en función de las características de las variables.

### RESULTADOS

N=364, 176 observaciones previas y 188 posterior a la implantación, 39,8% fueron mujeres y 51,6% hombres, siendo homogéneas las muestras en las dos fases como confirmó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. En la fase previa los pacientes refirieron conocer a las enfermeras el 3,7%, después en un 96,3%, a las auxiliares de enfermería antes un 7,4% y después un 92,6%, a los médicos 31,4% antes y 68,6% después, los objetivos de cuidados 17% vs 83% y pruebas 13,8% en comparación al 86,2% posterior, existiendo en todas las variables diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

### CONCLUSIONES

Tras colocación de las pizarras blancas en las habitaciones de los pacientes existe una mejoría en la comunicación y en la información que tienen los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización estudiadas.

## DISMINUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LAS CAÍDAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN *CHECKLIST* PARA LA VERIFICACIÓN DE LA DE LOS FACTORES AMBIENTALES QUE PUEDEN INFLUIR EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

**Autoras:** Marina Izquierdo García, Lidia López García, Rosa María Gacimartín García, María Dolores Gómez Barriga.

**Hospital Clínico San Carlos, Madrid.**

### INTRODUCCIÓN

Las caídas representan un indicador de calidad asistencial en las unidades de hospitalización, tratándose de un evento adverso que puede ir desde lesiones leves a graves. Para la producción de éstas son muchos los factores que pueden influir, pero se puede incidir en la minimización de estos. El objetivo fue analizar la disminución de la incidencia de estas tras la implantación de un *checklist* para la verificación de la disminución de los factores ambientales que pueden influir en la producción de las caídas.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio pre/post observacional descriptivo para valorar la incidencia de caídas, calculada como el número de caídas registradas por el número de altas mensuales en una unidad de Cardiología de un hospital terciario tras la implantación de un *checklist* de caídas para la prevención. La recogida de la variable en la incidencia de estas se llevó a cabo durante todo el año 2021 y primer trimestre de 2022, siendo la primera fase desde los meses de enero a julio de 2022 y posterior a la implantación del *checklist* de los meses de agosto de 2021 a marzo del 2022. Los datos fueron reportados desde el Cuadro de mando de la Dirección de Enfermería del hospital.



## RESULTADOS

Se produjeron 13 caídas en 2021, 2 caídas en enero con una incidencia del 1,9%, 2 en febrero y 1,2%, 2 en marzo con un 1,1%, ninguna en abril, mayo con 1,2% y 2 caídas, junio 2 caídas con una incidencia del 1,1%, en julio de 3 con una incidencia del 1,7%. La mayoría de las caídas se produjeron durante el turno de noche por lo que se incorporó un *checklist* para controlar los factores ambientales que podían influir en las mismas, donde se preguntaron por la utilización de zapatillas cerradas, la colocación de barandillas de la cama si el paciente lo requería, información de la necesidad de avisarnos si se iba a levantar, entre otras. Tras la implantación de este a mediados del mes de julio de 2021 se produjo una disminución en 0 en las caídas y por lo tanto 0% en la incidencia de estas en los meses posteriores hasta el mes de marzo de 2022.

## CONCLUSIONES

La incorporación de un *checklist* de caídas para la prevención de las caídas en un primer análisis produjo una disminución en la incidencia de las caídas en la unidad de hospitalización. Si bien es cierto, que será preciso un estudio más completo para la demostración de este resultado.

## ESTUDIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES TRASPLANTADOS CARDIACOS

**Autores:** María del Mar Sarasa Monreal, Leticia Jimeno San Martín, Gregorio Rábago Juan-Aracil.

**Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.**

### INTRODUCCIÓN

El enfoque de los profesionales de la salud está cambiando, pasando de centrarse en la enfermedad, a orientarse hacia la salud, como experiencia que incluye el bienestar. Esta perspectiva se considera especialmente relevante en los pacientes trasplantados cardíacos, ya que, experimentan dificultades físicas y desafíos asociados a la percepción de que el corazón es el lugar de las emociones y los rasgos de personalidad. El objetivo es conocer la calidad de vida y afrontamiento en pacientes trasplantados cardíacos.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal, con análisis cuantitativo, en pacientes sometidos a un trasplante cardíaco (TC). La población está compuesta por todos los pacientes que han sido sometidos a un TC y continúan en seguimiento en la unidad. Los pacientes incluidos son mayores de 18 años, trasplantados como mínimo hace 6 meses, que sepan comunicarse en español y cuyo estado de salud les permita cumplimentar los cuestionarios. La muestra es de 60 pacientes quienes cumplimentan las escalas, *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)*, *Brief COPE* y un cuestionario sociodemográfico. El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS V25.

### RESULTADOS

La media de edad es de 63 años. La mayoría son varones, casados, jubilados y conviven con su pareja. El tiempo medio trascurrido desde el trasplante es de 9 años. Un elevado porcentaje de los pacientes define su calidad de vida como bastante buena o muy buena y están

bastante satisfechos con su estado de salud. Se obtienen puntuaciones elevadas en la percepción de disfrute y sentido de la vida. Casi la mitad de los pacientes presentan sentimientos negativos de forma moderada, pero a pesar de ello apenas intentan buscar ayuda. Gran parte de los pacientes toman medidas para mejorar su situación e intentan buscar algo bueno en lo que les sucede, aprendiendo así a vivir con ello.

### CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio amplían el conocimiento sobre la experiencia que viven los pacientes que son sometidos a un TC. Los resultados enfatizan la importancia de implantar metodologías que apoyen la expresión del paciente, para poder diagnosticar posibles complicaciones de forma temprana e iniciar nuevas intervenciones de enfermería.

## PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES INGRESADOS EN UN ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN ESPECIAL

**Autores:** Paula Itxaso Sirera Pérez, Beatriz Juandeaburre Predroareana, Itziar Luquin Iturmendi, Adriana Martín Sanjoaquin, Rosana Goñi Viguria.  
**Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.**

### INTRODUCCIÓN

El sueño es un factor fundamental en el mantenimiento de la salud. Los pacientes ingresados en unidades de cuidados críticos son más susceptibles de desarrollar alteraciones del sueño, causadas por múltiples factores presentes en este tipo de unidades. Objetivo: describir las percepciones de los pacientes en relación con el descanso nocturno y analizar su relación con las variables sociodemográficas; y determinar factores influyentes que interfieren en la calidad del sueño.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, prospectivo, observacional en un Área de Hospitalización Especial de un hospital universitario de nivel terciario. Se evaluó la percepción del sueño con el Cuestionario del Sueño de Richards-Campbell de cinco ítems. Se recogieron variables sociodemográficas y datos de la historia clínica. Además, se utilizó un cuestionario autoelaborado de 9 preguntas sobre factores descritos en la literatura que pueden influir en el sueño, para que el paciente graduase la influencia de los mismos. Se realizó estadística descriptiva e inferencial (coeficiente de correlación de Spearman), considerándose estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

### RESULTADOS

Se estudió el sueño de 33 pacientes en su primer día de ingreso. El patrón de sueño/descanso de los pacientes ingresados en nuestra unidad se caracterizó por ser un sueño de profundidad media, con ligeros despertares, y con facilidad para conciliarlo. El valor medio de la escala de Sueño de Richards-Campbell fue de 54,80 mm (DE: 2,64). No se encontró diferencias relevantes con los datos sociodemográficos. Se observó asociación estadísticamente significativa entre la percepción del sueño y las intervenciones de los profesionales ( $\rho = -0,41$ ;  $p = 0,018$ ).

### CONCLUSIONES

La percepción del sueño nocturno de nuestros pacientes fue regular. Agrupar las intervenciones de los profesionales durante la noche, podría mejorar la calidad del sueño.

## COMPLICACIONES CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS (PCC) ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE INICIO DE LA PANDEMIA

**Autores:** Esther Rubio Fernández<sup>1</sup>, Aurora Rosino Bosch<sup>2</sup>, Sergio Alonso Fernández<sup>3</sup>, Rosa María García Sierra<sup>4</sup>, Llúcia Benito Aracil<sup>5</sup>, M.<sup>a</sup> Antonia Martínez Momblan<sup>3</sup>.

**1 Fundació Puigvert, Barcelona, 2 ACUT, Sabadell, Barcelona, 3 Universitat de Barcelona; 4 Unitat de Suport a la Recerca, Cerdanyola del Vallès, Barcelona.**

### INTRODUCCIÓN

La actual pandemia provocada por el coronavirus SARS-CoV-2, ha afectado especialmente a las personas de más edad y con cronicidad compleja. Se estima que el 90% de las muertes por el COVID-19 se han dado en personas de más de 65 años, y que el 85% de ellas tenían un Grupo Morbilidad Ajustada (GMA) de riesgo moderado o alto.

El objetivo es describir las complicaciones clínicas de los pacientes identificados como pacientes crónicos complejos (PCC) que acuden a los servicios de urgencias de Atención Primaria, durante el periodo comprendido de enero a diciembre del 2020.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se realizó un estudio multicéntrico obteniendo datos sobre sus variables sociodemográficas y clínicas con los cuestionarios de Valoración Geriátrica Integral

y de Morisky-Green. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de la muestra utilizando medidas y desviaciones estándar, así como de los correspondientes intervalos de confianza (IC) al 95% de proporciones y medias. Los cálculos se realizaron con el programa estadístico SPSS v. 25.0.

### RESULTADOS

La muestra de 3.658 PCC, con edad media de 82,3± 9,9 años, siendo 41,1% (n=1,505) hombres y no institucionalizados el 95,8% (n=3,504).

El número total de visitas en urgencias hospitalarias anuales fue de 57,6% (n=2,106) y el número total de ingresos hospitalarios anuales fue de 39% (n=1,425).

Presentan fragilidad el 58% (n=2,121), con una adherencia terapéutica del 60,7% (n=2,222), y su Grupo Morbilidad Ajustada (GMA) con mayor incidencia en el nivel del Grado 4, que corresponde a los PCC con una enfermedad crónica que afectan a dos o tres sistemas de su organismo, del 81,4% (n=2,445).

Los principales diagnósticos clínicos del PCC son la hipertensión con 79,87% (n=2922), diabetes mellitus tipo II del 62,32% (n=2,280), obesidad 48,80% (n=1,822) y patologías cardíacas 29,27% (n=1,071).

### CONCLUSIONES

Los PCC presentaban una elevada fragilidad y adherencia terapéutica. Existiendo una prevalencia alta de los factores de riesgo cardiológicos. Es necesario de un modelo de atención individualizado, que incluya la identificación de los PCC, la valoración multidimensional, el consenso de un plan de atención individualizado y unificado, así como la compartición de este plan con otros proveedores.

Sábado 22 de octubre, de 9:30 a 11:00 h.

Sala Portixol 2 (Hotel. Planta 3)

## COMUNICACIONES ORALES: CUIDADOS EN REHABILITACIÓN CARDIACA Y MISCELÁNEA

### PRONÓSTICO A CORTO Y MEDIO PLAZO DE PACIENTES INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO

**Autores:** Carmen Neiro Rey<sup>1</sup>, Carlos Peña Gil<sup>1</sup>, Violeta González Salvado<sup>1</sup>, Manuela Sestayo Fernández<sup>2</sup>, Marta Alonso Vázquez<sup>2</sup>, Fátima Blanco Vega<sup>1</sup>, Adrián González Maestro<sup>2</sup>, María Bastos Fernández<sup>1</sup>, José Ramón González Juanatey<sup>1</sup>.

**1 Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña. 2 Instituto de Investigación Sanitaria Santiago de Compostela (IDIS), A Coruña.**

### INTRODUCCIÓN

Los pacientes que han presentado un síndrome coronario agudo (SCA) presentan un riesgo incrementado de presentar nuevos episodios coronarios, necesidad de nuevas revascularizaciones y muerte de causa cardiovascular.

Nuestro objetivo fue conocer el pronóstico a corto y medio plazo en una cohorte contemporánea de pacientes que tras un SCA aceptan participar en un programa rehabilitación cardíaca (RC).

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional de 1379 pacientes consecutivos (17% mujeres) que tras síndrome coronario agudo o revascularización coronaria aceptaron participar en un programa de RC ambulatorio entre 2015 y 2020. Se estudiaron los eventos en un seguimiento (3±1,5 años) mediante revisión de los informes de historia electrónica única e integrada que incluye información médica de todos los hospitales públicos de la comunidad autónoma, servicios de atención primaria y servicios de urgencia.

### RESULTADOS

La edad media de la muestra fue de 65,8±11 años, 37% fumadores, 53% hipertensos, 27% diabéticos, 66% dislipémicos y 65% sedentarios. El 17% de los pacientes presentaban cardiopatía isquémica previa el evento coronario.

Durante el seguimiento se produjeron 107 reingresos por SCA (7,7%) y 303 ingresos de causa no cardíaca (22%). Tras el alta hospitalaria por SCA

se realizaron 134 procedimientos de revascularización coronaria (9,7%), 46 durante el programa de rehabilitación (3,3%) y 88 tras la finalización del programa de rehabilitación cardiaca (6,3%). En cuanto al pronóstico vital, 14 pacientes fallecieron de causa cardiaca o cerebrovascular (1%) y 30 de causa no cardiovascular (2,1%)

### CONCLUSIONES

Los pacientes que participan en un programa de RC tras SCA presentan un buen pronóstico cardiovascular a corto y medio plazo. Si bien existe un riesgo residual de nuevos episodios de SCA y necesidad de nuevas revascularizaciones coronarias, las causas de ingreso no cardiovascular son muy elevadas, lo que refuerza la necesidad de un manejo integrado por atención primaria en estos pacientes.

## CAMBIOS EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL TRAS UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA: DEFINICIÓN DEL PERFIL DE MEJORÍA

**Autores:** Manuela Sestayo Fernández<sup>1</sup>, Marta Alonso Vázquez<sup>1</sup>, Adrián González Maestro<sup>1</sup>, Violeta González Salvado<sup>2</sup>, Estibaliz Díaz Balboa<sup>1</sup>, Carmen Neiro Rey<sup>1</sup>, José Ramón González Juanatey<sup>2</sup>, Carlos Peña Gil<sup>2</sup>.

**1 Instituto de Investigación Sanitaria Santiago de Compostela (IDIS), A Coruña. 2 Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.**

### INTRODUCCIÓN

Antecedentes. La mejora de la capacidad funcional (CF) es uno de los beneficios con impacto pronóstico que experimentan los pacientes tras la rehabilitación cardiaca (RC), ya que niveles bajos de CF se asocian a un alto riesgo de enfermedad cardiovascular (CV) y de mortalidad.

Objetivo: estudiar los cambios en la CF tras un programa de RC basado en ejercicio y definir el perfil de los pacientes que mejoran.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo de 793 pacientes con cardiopatía isquémica (15,3% mujeres, edad 61,79±10,70 años) participantes en un programa de RC entre 2015-2020 que realizaron una prueba de esfuerzo tanto al inicio de la RC (ergometría, n=436; ergoespirometría, n=340; prueba de esfuerzo con imagen, n=17), como al final de la misma (ergometría, n=468; ergoespirometría, n=322; prueba de esfuerzo con imagen, n=3). Se realizó un análisis comparativo de los pacientes con «mejoría de la CF» y «no mejoría de la CF» al final de la RC. Se definió mejoría clínicamente relevante como un incremento del 10% del VO<sub>2</sub>pico. Además, se realizó un análisis descriptivo de otros parámetros de CF al inicio y al final de la RC para el total de la muestra.

### RESULTADOS

Se realizaron 1586 pruebas de esfuerzo. Todos los parámetros de CF analizados mostraron mejoría significativa al final de la RC (p <0,01). Se observó una mejoría de la CF clínicamente relevante en el 54,2% de pacientes; el 45,5% de todas las mujeres y el 55,8% de todos los hombres. Los pacientes que mejoraron su CF eran significativamente mayores (62,74±10,90 años), presentaron más frecuentemente IAMCEST como evento índice (n=197, 45,8%), completaron más sesiones de entrenamiento de RC (21,39±4,53) y alcanzaron significativamente menos METS (7,42±3,01) en la valoración inicial (p<0,05 en todos los casos).

### CONCLUSIONES

El programa de RC implantado en nuestro centro produjo una mejora significativa de todos los parámetros de CF de los pacientes participantes. Esta mejoría fue clínicamente relevante en más de la mitad de la muestra, tratándose de pacientes mayores, con cuadros más graves a su ingreso (IAMCEST), peor capacidad funcional basal, y mayor adherencia al programa.

## EFFECTOS DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA OFERTA Y ACEPTACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA: INTRODUCCIÓN DE UN PROGRAMA A DISTANCIA

**Autores:** Manuela Sestayo Fernández<sup>1</sup>, Marta Alonso Vázquez<sup>1</sup>, Adrián González Maestro<sup>1</sup>, Violeta González Salvado<sup>1</sup>, Estibaliz Díaz Balboa<sup>1</sup>, Carmen Neiro Rey<sup>2</sup>, José Ramón González Juanatey<sup>2</sup>, Carlos Peña Gil<sup>2</sup>.

**1 Instituto de Investigación Sanitaria Santiago de Compostela (IDIS), A Coruña. 2 Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.**

### INTRODUCCIÓN

El impacto de la pandemia de COVID-19 en los programas de rehabilitación cardiaca (RC) multimodales ha provocado un continuo reajuste de la práctica clínica. Nuestra unidad de RC, implementó tres nuevas modalidades de RC que sustituyeron al anterior programa presencial: 1) programa de seguimiento telefónico, 2) plataforma online de tele-seguimiento de pacientes y 3) la combinación de tele-seguimiento y sesiones de entrenamiento online.

Objetivo: comprender mejor el impacto de la pandemia en la oferta y aceptación de RC, identificar razones de los pacientes para rechazar RC y estudiar el resultado de implementar nuevas modalidades de RC no presencial en ese contexto.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional con datos de pacientes con cardiopatía isquémica candidatos a RC desde 2015 hasta 2021. Se realizó un análisis descriptivo de los motivos de los pacientes para rechazo de RC. Además, se realizó un análisis comparativo del periodo pre-COVID (enero de 2015-febrero de 2020) frente al periodo COVID (marzo de 2020 a diciembre de 2021), incluyendo características basales de los pacientes, modalidad de programa RC y tasas de oferta y aceptación, para evaluar el impacto de la pandemia sobre la inclusión de pacientes en nuestro programa de RC y, además, valorar la utilidad de las nuevas modalidades de RC no presenciales implementadas.

### RESULTADOS

N=2626 pacientes (20% mujeres, 69,7 ± 45,8 años) a los que se les ofreció RC desde 2015 hasta 2021. La oferta de RC disminuyó desde el periodo pre-COVID (78,6%) hasta el periodo COVID (52,6%), mientras que la participación aumentó (67,9% y 79,7%, respectivamente). Los motivos de rechazo de RC cambiaron significativamente (OR=5,63, IC95%=3,2-9,9). En el periodo pre-COVID, el principal motivo para rechazar RC era la «dificultad de transporte» (47%); mientras que durante el periodo COVID-19, la principal razón pasó a ser la «falta de interés» (78,2%).

### CONCLUSIONES

La implantación de tres nuevas modalidades de RC no presencial

permitió no sólo mantener niveles similares de aceptación de los pacientes al programa de RC durante el periodo COVID, sino también mejorarlos, y ayudó a mitigar el efecto de «dificultad de transporte» como el mayor motivo de rechazo de RC. La combinación de programas de RC presenciales y no presenciales, puede ser una herramienta útil para mejorar la participación de los pacientes en RC.

## SCREENING DE CARDIOPATÍAS EN ADOLESCENTES

**Autores:** Marta Zapata Martínez<sup>1</sup>, Juan Ramón Gimeno Blanes<sup>2</sup>, Arcadio García Alberola<sup>2</sup>, Julio López-Picazo Ferrer<sup>2</sup>, Concepción Fernández Redondo<sup>2</sup>, Cecilia Banacloche Cano<sup>2</sup>, M.<sup>a</sup> Dolores Pérez Gálvez<sup>2</sup>, Carlos Iglesias Gómez<sup>3</sup>, José María Avilés Albizu<sup>2</sup>, Pedro José Martínez Nicolás<sup>4</sup>.

**1 Centro de Atención Primaria Murcia Sur, Hospital Universitario Reina Sofía. 2 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. 3 Centro de Atención Primaria Alcantarilla Sangonera, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. 4 Centro de Atención Primaria de Mula, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.**

### INTRODUCCIÓN

El cribado de cardiopatías ha sido estudiado en deportistas de alta competición. Genera controversia si se debe realizar o no en la población general y en que debe consistir. Los objetivos del estudio fueron: (1) valorar la rentabilidad de estrategia para el diagnóstico de cardiopatías y (2) comparar la valoración del ECG por software, médico de atención primaria y cardiología.

### MATERIAL Y MÉTODOS

El protocolo consistió en incluir en la revisión obligatoria de los 14 años en atención primaria un cuestionario, la auscultación cardiaca y la realización de un ECG. En la segunda fase, cardiología revisó a los que presentaban ECG anómalo, auscultación anómala y/o cuestionario mayor o igual a 3 puntos (16 ítems, guía clínica de evaluación cardiovascular previa a la práctica deportiva). Se reclutaron 718 participantes, pero tras las exclusiones, fueron 698 adolescentes.

### RESULTADOS

La edad media fue 13,7±0,5 años y 34 (49,3%) fueron chicas. 264 (37,8%) realizaban deporte de forma recreacional y 169 (24,2%) de forma competitiva. Cardiología revisó a 183 (26,2%) participantes, 149 (21,3%) fueron seleccionados mediante el cribado y 34 (4,9%) fueron derivados por dudas. El cuestionario fue positivo en 88 (12,6%) adolescentes, 11 (2,2%) presentaron auscultación cardiaca anormal, 20 (2,9%) tuvieron ECG patológico y 45 (6,4%) presentaron en el ECG hallazgos no patológicos. Los adolescentes con sospecha de cardiopatía fueron 24 (3,4%): 6 (0,9%) con diagnóstico de cardiopatía, 14(2,0%) con posible diagnóstico en estudio y 4 (0,6%) con hallazgos patológicos relacionados con el sistema cardiovascular. Los diagnósticos fueron: miocardiopatía hipertrófica, QT largo con miocardiopatía esponjiforme, válvula bicúspide, comunicación interauricular, bloqueo completo de rama derecha con foramen oval permeable e insuficiencia tricúspide moderada.

### CONCLUSIONES

Un 1% de los adolescentes evaluados padece una cardiopatía silente que puede ser identificada con un programa de cribado basado en un ECG

y un cuestionario de salud. 1 de cada 5 adolescentes precisará una 2.ª revisión con el cardiólogo y 1 de cada 10 permanecerá en seguimiento. A raíz del estudio se produjeron 9 casos en los familiares y 4 diagnósticos genéticos. El ECG detecta más casos patológicos que el cuestionario y existe mejor correlación entre las valoraciones diagnósticas del software y el cardiólogo.

## PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS AL INGRESO DE SCA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

**Autores:** María Dolores Gómez Barriga, Ana Cubero García, Juan Manuel Velasco Collado, Rafael García García, Nieves García Méndez, María del Mar López San José, Enrique Pacheco del Cerro, Isidre Vila Costa, Encarnación Fernández del Palacio.

**Hospital Clínico San Carlos, Madrid.**

### INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de morbi-mortalidad, entre las que se encuentra el Síndrome coronario agudo (SCA), producido por la erosión o rotura de una placa aterosclerótica, formando un trombo intracoronario. Se conocen distintos factores de riesgo cardiovascular. El objetivo fue describir la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes diagnosticados al ingreso de SCA en una unidad de hospitalización de Cardiología de un hospital terciario.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado en las unidades de hospitalización de Cardiología de un hospital terciario, se incluyeron a los pacientes con SCA, mayores de 18 años que aceptaron voluntariamente participar, durante el último trimestre de 2021 y primer trimestre de 2022. Se recogieron edad, sexo y factores de riesgo cardiovascular presentes, tales como la Hipertensión arterial (HTA), Dislipemia (DL), sobrepeso, hábito tabáquico u otros hábitos tóxicos, Diabetes mellitus, historia cardiovascular previa y otros antecedentes personales. En el análisis estadístico de los datos, se realizó una evaluación de las variables en función de sus características, y se realizó un análisis descriptivo (medias/tablas de frecuencias).

### RESULTADOS

N=145, 74% hombres y 27% mujeres, edad media de 67 años. La HTA estuvo presente en un 66% de los pacientes, la dislipemia 66%, el sobrepeso 32%, fumadores 58%, el 45% refirieron ser exfumadores y el 55% fumadores activos, el 4% refirieron tener otros hábitos tóxicos, todos alcohol; diabéticos el 32%, todos de tipo II. El 43% tenían historia cardiovascular previa, entre las que se encontraron que el 72% Cardiopatía isquémica previa, el 17% arritmias, el 5% patología vascular previa y el 6% otras. Otros antecedentes personales lo presentaron el 58,6% de los pacientes y el 35% presentaba más de uno, se encontraron las enfermedades pulmonares crónicas 27%, enfermedades renales 7%, procesos tumorales 11%, patología cerebrovascular 9%, trastornos ansioso-depresivos 11%, problemas tiroideos 4%, alteraciones neurológicas 6%, miscelánea 26%.

## CONCLUSIONES

Los resultados encontrados son semejantes a estudios revisados en la literatura. Es imperativo abordar los factores de riesgo cardiovascular con intervenciones basadas en la evidencia, donde la enfermería es fundamental.

## IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA EN UNA CONSULTA DE CARDIOGERIATRÍA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

**Autores:** Ana López Chamorro, Nieves Ajenjo Calderón, Javier Jaramillo, Javier Pavón.

**Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid.**

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha podido observar como la estenosis aórtica (EAO), ha ido ganando protagonismo dentro de las valvulopatías, siendo su prevalencia alta en el paciente octogenario y nonagenario. La consulta de cardiogeriatría permite realizar una valoración geriátrica integral (VGI) al paciente adulto mayor con el objetivo de evitar procedimientos invasivos innecesarios y el riesgo de futilidad de técnicas cardiológicas invasivas.

Siendo el objetivo del estudio describir la actividad de la consulta de cardiogeriatría del hospital Central de la Cruz Roja.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron de forma consecutiva 79 pacientes que acudieron a la consulta de cardío geriatria previo a la pandemia por COVID-19 entre enero y diciembre del 2021. Es Un estudio descriptivo observacional longitudinal.

Se incluyeron 78 pacientes > de 69 años, diagnosticados de valvulopatías ,81% estenosis aortica 5,1% insuficiencia aortica,6,3% estenosis mitral, 7,3% insuficiencia mitral. Se les clasificó en diferentes grupos, robustos, pre frágiles y frágiles, la probabilidad fue obtenido del Fenotipo de Fried. Se tuvieron en cuenta otras variables geriátricas tales como SPPB categoría.

## RESULTADOS

De los 79 pacientes incluidos con valvulopatías diagnosticadas, tras describir sus antecedentes observamos el 37,33% son robustos podría someterse a una intervención, 30,7% son frágiles y prefrágiles 32%. De ese 37,33% seleccionados para someterse a intervención, el 65,63% no se le realizo ninguna intervención, al 12,50% se le puso un TAVI, el 15,63% cirugía y al 6,25% se le puso un mitraclip.

## CONCLUSIONES

Tras estos resultados se observa la importancia de la enfermería en la consulta de cardiogeriatría. La enfermera se encarga de realizar una valoración geriátrica integral (VGI) al paciente adulto mayor, con ello evitamos procedimientos invasivos innecesarios y el riesgo de futilidad de técnicas cardiológicas invasivas y el ahorro de costes.

## LA EFECTIVIDAD DE LA CARDIOVERSIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

**Autores:** Ana López Chamorro, Nieves Ajenjo Calderón, Rocío Ayala Muñoz, Mónica Ramos Sánchez, Dolores Maribel Quezada Feijoo.

**Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid.**

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha podido observar como la fibrilación auricular (FA), ha ido ganando protagonismo dentro de las arritmias, siendo su prevalencia alta en el paciente a partir de los 60 años. La consulta de cardiología permite detectar si la FA ha mejorado con el tratamiento habitual del paciente, en caso de no ser así se le propone al paciente la realización de una cardioversión.

Este estudio tiene como objetivo observar si a los pacientes tras haberseles realizado la cardioversión ha revertido la FA.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron de forma consecutiva 63 pacientes que acudieron a la consulta de cardiología desde junio del año 2016 a febrero del año 2022 que padecían Fibrilación Auricular y se les realizó una cardioversión. Es un estudio descriptivo observacional longitudinal. Para el análisis de comparación de las variables cuantitativas hemos utilizado el Chi-Cuadrado.

## RESULTADOS

De la muestra seleccionada de 63 pacientes observamos que el 26.98% tras realizarse la cardioversión y al mes acudir a la revisión había revertido la Fibrilación Auricular mientras que el 73,01% de los pacientes tras la cardioversión no se revirtió la FA.

## CONCLUSIONES

La cardioversión no ha sido efectiva porque no ha revertido la FA en 46 de los 63 pacientes seleccionados.

## IMPACTO DEL INICIO DE UN PROTOCOLO DE DESCOLONIZACIÓN DE PIEL Y MUCOSAS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

**Autores:** Judith Prats Barrera, Elena Querol Vallés, Patricia Santos López, Montse Palacios Garcia, Pilar Marín Jiménez, Jéssica Vanessa Saldaña Arenas, Estel Margarit Boada, Sara Tutusaus Sanleandro, Silvia Bernad Ríos, Isabel Fortes.

**Hospital Clínic, Barcelona.**

## INTRODUCCIÓN

La prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) así como la disminución de los daños asociados a la cirugía se encuentran dentro de las prácticas seguras establecidas en la segunda línea de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, 2015-2020.

La Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España 2021 estima que un 5,6% de los pacientes presentaron algún tipo de IRAS durante su estancia hospitalaria. La infección de localización quirúrgica (ILQ) representa el 19,6% de las IRAS y supone un gran impacto tanto en los usuarios como en el sistema sanitario.

Objetivos: describir incidencia y tipo de ILQ en los pacientes incluidos

en el protocolo de descolonización preoperatoria de piel y mucosas en cirugía cardiovascular (CCV) mayor.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, descriptivo y observacional en el que se analizan a todos los pacientes intervenidos de CCV entre julio y octubre de 2021 en una unidad de CCV de un hospital terciario mediante revisión de historias clínicas.

#### RESULTADOS

Se incluyen 192 pacientes con una edad media de 65 años de los cuales el 70,3% son hombres. El 69,8% (n134) fueron intervenidos de cirugía cardiaca (CC) de los cuales 8,1% (15) presentan IRAS: infección órgano/espacio 13,3% (n2), ambas tras revisión esternal, siendo una de ellas *éxitus*; solo un paciente presentó infección profunda. Teniendo en cuenta de la zona de infección el 66,7% se da en la zona de acceso quirúrgico (*heartport* o esternotomía media). De los pacientes que fueron intervenidos de cirugía vascular, el 13,8% (n8) desarrollan IRAS.

#### CONCLUSIONES

Las IRAS independientemente de su grado de afectación pueden tener un impacto en la autonomía del paciente y las familias (necesidad de acudir a consulta con regularidad), en la experiencia vivida y en su grado de satisfacción.

Se ha conseguido implantar un protocolo de descolonización de piel y mucosas en pacientes intervenidos de CCV. Al tratarse de un protocolo de nueva incorporación consideramos necesario evaluar el impacto en la fase inicial, para tener una visión global y poder buscar puntos de mejora. Nuestro proyecto de futuro es analizar los resultados de un año y compararlos con los obtenidos antes de la implementación del mismo.

hospital de tercer nivel– y que pone el foco en la especialidad de cirugía cardiaca, a partir del testimonio de fuentes orales.

Hasta el momento, se han reclutado 8 enfermeras quirúrgicas jubiladas, con actividad profesional –gestora o asistencial– en el quirófano de cirugía cardiaca. El muestreo ha sido intencionado.

Se han realizado entrevistas semiestructuradas, grabadas, transcritas y analizadas de forma manual. Se ha tenido en cuenta el diario de campo de la investigadora.

#### RESULTADOS

Del análisis de contenido de los relatos han surgido 5 categorías y 10 códigos, relacionados con I) la motivación para trabajar en el quirófano de cirugía cardiaca, II) la historia de la remodelación de un hospital referente en cirugía cardiaca, III) la profesionalización de la enfermería, IV) los cuidados al paciente quirúrgico y V) la vivencia en el quirófano.

#### CONCLUSIONES

Este estudio visibiliza la historia de la enfermería quirúrgica de un hospital referente en cirugía cardiaca, las curas al paciente en el quirófano y el significado de ser enfermera de esa especialidad. Este conocimiento conciencia sobre actividades de cuidado y sobre el sentimiento de pertenencia a un colectivo profesional tan especializado.

## HISTORIA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS QUIRÓFANOS DE CIRUGÍA CARDIACA

**Autores:** Neus Buil Manzaneres<sup>1</sup>, Amalia Sillero Sillero<sup>2</sup>, M. Victoria Caride Aguado<sup>1</sup>, Lauriana María Lorenzo Vaquerizo<sup>1</sup>, Nuria Durán Sampietro<sup>1</sup>, Mercè Marcos Forner<sup>1</sup>, Beatriz Santmartín Mases<sup>1</sup>, Anahí Borrego Isabel<sup>1</sup>, Daineris Limonta Davis<sup>1</sup>, Georgina Rabassa Francisco<sup>1</sup>.

**1 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.**

**2 ESIMar (Mar Nursing School), Parc de Salut Mar, Universitat Pompeu Fabra-Affiliated, Mar Campus, Barcelona.**

#### INTRODUCCIÓN

A finales de los años sesenta, las Ayudantes Técnicas Sanitarias (ATS) de un hospital de tercer nivel –con un curso de instrumentación– sustituyeron a las religiosas en los quirófanos, profesionalizando las curas al paciente quirúrgico.

La memoria histórica, a partir del relato de las primeras enfermeras quirúrgicas, busca reconstruir el pasado para intentar entender el presente de un colectivo profesional tan especializado.

El objetivo de este estudio es describir la historia de la enfermería quirúrgica, en relación a los cuidados al paciente de cirugía cardiaca, desde la perspectiva de las propias enfermeras.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo y fenomenológico –que forma parte de una investigación sobre la historia de la enfermería quirúrgica de un

# CASOS CLÍNICOS

Viernes 21 de octubre, de 15:00 a 17:00 h.

Sala Santa Catalina (Hotel. Planta 3)

## CASOS CLÍNICOS I

### INFECCIÓN DE DISPOSITIVO. ESTRATEGIA DE MANEJO

**Autores:** María del Mar Sánchez Jiménez, Graciela Repullo Cortés, Francisco J. González Bonilla, Josefina Torres Ruiz, Ana María Llamas Ríos, Rita Godino Martín, Elisabeth Molina Fernandez, Sara Gómez García-Olías, Marta Pombo Jiménez, Marina Carrasco Campos.

**Hospital Costa del Sol, Marbella**

#### INTRODUCCIÓN

Las infecciones en dispositivos de electroestimulación cardíaca son cada vez más frecuentes debido a las indicaciones cada vez más amplias de estos sistemas. El uso de estos dispositivos se ha incrementado de manera exponencial en los últimos años 10 años. El objetivo es describir un plan de cuidados de enfermería personalizado a un paciente que presenta infección de su dispositivo de estimulación cardíaca.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 58 años, fumador de 20 cigarrillos al día, cardiopatía valvular: doble lesión aortica severa. Intervención de Ross en 2001. Portador de MP DDD por BAV desde 1989. Marcapasos dependiente.

En septiembre consulta por supuración en borde de herida. Ingreso hospitalario: Ausencia de fiebre o síntomas sistémicos. Se remite al hospital de referencia para extracción del dispositivo. Extracción completa percutánea. Con reimplante de nuevo dispositivo bicameral en lado contralateral. Diciembre nuevamente signos de infección local, extracción del generador dejando los cables desbridamiento y limpieza de bolsa colocación de nuevo generador con malla antibiótica.

Recidiva infección lado izquierdo, agosto decúbito del generador. Ingreso en nuestro centro para extracción de dispositivo. Implante de Micra por vía femoral derecho, en el mismo procedimiento de extracción de dispositivo endovenoso.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se utiliza el modelo Virginia Henderson y se diseña un plan de cuidados individualizado con taxonomía NANDA-NIC-NOC. Los diagnósticos de enfermería (NANDA) son 0046 deterioro de la integridad cutánea R/C con la pérdida de continuidad de la piel, 0146 ansiedad R/C infecciones repetidas de la herida, 00132 dolor agudo R/C la supuración de la herida, 00126 conocimientos deficientes sobre el riesgo de infección R/C cambio en su estado de salud.

Siendo el resultado esperado (NOC) curación de la herida por segunda intención con las intervenciones (NIC) de cuidados de las heridas, vigilancia de la piel y enseñanza del tratamiento.

#### REFLEXIÓN

Después de 8 meses de seguimiento, el paciente se encuentra asintomático y la infección local resuelta. Este caso clínico pone de

manifiesto que durante todo el proceso ha estado acompañado por un equipo enfermero con un plan de cuidados y cómo los resultados fijados se han conseguido satisfactoriamente.

### PACIENTE CARDIOVASCULAR EN TERAPIA CON PRESIÓN NEGATIVA TÓPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Autores:** Isabel Pérez Loza<sup>1</sup>, María Isabel Ibañez Rementería<sup>1</sup>, Eva Ceballos Gandarillas<sup>1</sup>, Ana Rosa Alconero Camarero<sup>2</sup>, Carmen María Sarabia Cobo<sup>2</sup>.

**1 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; 2 Escuela Universitaria de Enfermería 'Casa de Salud Valdecilla', Santander.**

#### INTRODUCCIÓN

El sistema de terapia de presión negativa de un solo uso es un dispositivo que proporciona 80 mm Hg de presión negativa sobre la superficie de la herida y ayuda a controlar el exudado de nivel escaso a moderado.

El objetivo es el de establecer un plan de cuidados para resolver las necesidades identificadas y detectar los signos y síntomas de la inestabilidad fisiológica de un paciente en terapia con presión negativa.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón de 60 años que ingresa en Críticos Cardiológicos tras la realización de un recambio valvular aórtico y derivación aorto-coronario, con hipertensión arterial, diabetes mellitus II y fumador como antecedentes personales de interés y en seguimiento en Cardiología por las enfermedades anteriormente descritas. Portador de terapia de presión negativa como tratamiento de cura elegida para la esternotomía por sospecha de un exudado que pueda dificultar la buena evolución de la herida quirúrgica y permita una movilización temprana del paciente.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Valoración por sistemas cráneo-caudal focalizada. Los resultados obtenidos están basados en la perspectiva bifocal de los cuidados: por una parte, las complicaciones potenciales (infección), los problemas de colaboración descritos y el diagnóstico enfermero (NANDA I) (00148) Ansiedad relacionado con conocimientos deficientes: procedimiento y dispositivo presión negativa tópica; NOC (1402) control de la ansiedad. NIC (5230) mejorar el afrontamiento. NOC (1814) conocimientos: procedimientos terapéuticos. NIC (5618) enseñanza procedimiento/tratamiento. Problemas de autonomía secundarios a la prescripción médica las primeras 48 horas.

#### REFLEXIÓN

- Evolución favorable a todos los niveles clínicos.

- Tras la consecución de los NOC enumerados, se obtiene antes y después una puntuación diana de resultados de 2 a 4 respectivamente, quedando resueltos los diagnósticos y recuperada su autonomía. Se le traslada a la planta de hospitalización a los tres días de su estancia en críticos.

- Trabajar con método nos permite lograr el grado de consecución de manera ordenada de los objetivos y criterios de resultados planificados facilitando la labor en el cuidado de los pacientes y afianzando el rol de la enfermería.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA TIPO A: A PROPÓSITO DE UN CASO

**Autoras:** Patricia Refoyo Tejedor, María de las Mercedes Carrero Villareal, Isabel Franco Fernández, María Alejandre Leyva.

**Hospital Universitario La Paz, Madrid.**

### INTRODUCCIÓN

El síndrome aórtico agudo es una patología grave, potencialmente mortal si no se trata en las primeras horas tras su diagnóstico.

El tratamiento de la patología de aorta torácica (arco aórtico y aorta descendente) continúa siendo un reto por su complejidad técnica como anatómica.

Por ello se han desarrollado las prótesis híbridas (injerto vascular convencional + *stent graft*) y la técnica de Frozen *Elephant trunk*.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 59 años traído al hospital tras activarse código ictus. Previa estabilización hemodinámica, se realiza angio-TAC cerebral, toraco-abdomino pélvico y ecocardiograma transtorácico se objetiva disección aórtica tipo A con afectación de los troncos supraaórticos y extensión a aorta torácica descendente.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Proceso enfermero según patrones de Marjory Gordon, referente en el centro.

Ansiedad. Intervenciones: manejo ansiedad, reestructuración cognitiva, aumento afrontamiento, apoyo emocional y escucha activa. Indicador resultado: test situaciones y respuestas ansiedad (ISRA).

Monitorización signos vitales. Intervenciones: monitorización equilibrio ácido-base, monitorización oximetría cerebral, manejo desfibrilador interno y terapia inducción hipotermia. Indicador resultado: *early warning score* (NEWS).

Riesgo lesión postural intraoperatoria. Intervenciones: manejo presiones para mantener integridad cutánea, manejo eliminación urinaria, manejo desfibrilador externo y precauciones circulatorias. Indicador resultado: escala Norton.

Riesgo infección. Intervenciones: control infecciones intraoperatorias, realización de analíticas, vigilancia de la piel, cuidados zona incisión, precauciones quirúrgicas y administración medicación intravenosa.

Riesgo hipotermia perioperatoria. Intervenciones: hipotermia controlada, medición temperatura corporal, regulación temperatura, sondaje vesical con termómetro, manejo termómetro esofágico y manejo temperatura ambiental.

### REFLEXIÓN

Reflexión sobre el caso: actualmente, tras un año de seguimiento, se

encuentra en domicilio clínica y hemodinámica mente estable, sin presentar signos de infección, con las heridas quirúrgicas cicatrizadas, el esternón fijo y el tórax estable.

Continuación de integridad cutánea tras cuidados intraoperatorios, protección piel y mucosas. Sin infección en herida quirúrgica tras mantenimiento de esterilidad del material y asepsia.

## DEL IAM AL TRASPLANTE CARDIACO

**Autoras:** Eva María Suárez Fontañá, María Dolores Varela Tomé.

**Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.**

### INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio (IAM) es la necrosis de las células del miocardio por una obstrucción en las arterias coronarias, que puede ser total o parcial. La etiología principal es una placa aterosclerótica rota o erosionada, que pone en riesgo la vida si no se restablece con rapidez la circulación del miocardio afectado; la pérdida de funcionalidad influirá en la capacidad del corazón de mantener un gasto cardiaco eficaz pudiendo desencadenar un *shock* cardiogénico, siendo necesario en algunas ocasiones la realización de un trasplante cardiaco.

Los objetivos son elaborar un plan de cuidados individualizado y evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas para obtener los resultados deseados.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 69 años que ingresa por infarto agudo de miocardio (IAM) inferior. Durante el ingreso tiene dos paradas cardiorrespiratorias (PCR); se realiza cateterismo presentando enfermedad de 2 vasos y le colocan varios stents. Alta a los 6 días. Ingres a los 8 días del alta, presentando bloqueo AV completo, reestenosis stents previos, *shock* cardiogénico y disfunción severa del ventrículo izquierdo.

El tratamiento: implante de Stents y marcapasos, implante de Impella y trasplante cardiaco.

Las complicaciones que aparecen son: PCR, mal control glucémico, disfagia para líquidos, dispepsia.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se hace una valoración de la paciente y se elabora un plan de cuidados según el modelo conceptual de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA NIC NOC.

Los principales diagnósticos: fatiga (00093), deterioro de la movilidad física (00085), deterioro de la deglución (00103), conocimientos deficientes (00126), disminución del gasto cardiaco (00029) y riesgo de nivel de glucemia inestable (00179).

### REFLEXIÓN

El soporte y el papel realizado por la enfermería, a través de un plan de cuidados individualizado, es fundamental para la resolución de los distintos problemas que van apareciendo, lo que permite que llegue en las mejores condiciones posibles al trasplante cardiaco.

En la valoración de la evolución del paciente y, por tanto, de la eficacia de las intervenciones de enfermería se compara la puntuación inicial de los indicadores que se establecen con la puntuación al alta, mejorando todos, lo que permite concluir que las intervenciones de enfermería son efectivas.



## MANEJO DE UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE QT LARGO EN UNA UNIDAD DE CARDIOPATÍAS FAMILIARES

**Autores:** Miriam Rossi López, José María Larrañaga Moreira, Roberto Barriales Villa, Marta Beatriz Díaz Fernández.

**Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.**

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de QT largo es una enfermedad de origen genético que se caracteriza por un grave problema en la repolarización ventricular debido a una alteración de los canales de potasio, sodio o calcio del corazón. Esta canalopatía se traduce electrocardiográficamente en una prolongación del intervalo QT, que predispone a muerte súbita por arritmias ventriculares malignas del tipo Torsade de Pointes.

La transmisión de esta enfermedad es autosómica dominante, y los familiares de primer grado tienen un 50% de probabilidades de tener el defecto genético.

El objetivo de este caso es resaltar los cuidados y recomendaciones en una paciente a la que se le ha detectado esta alteración genética.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una mujer de 43 años que acude a la Consulta de Cardiopatías Familiares tras diagnosticarle la enfermedad a una prima en otro centro y relacionarlo con el fallecimiento hace unos años de su madre por muerte súbita mientras dormía.

Se realiza estudio genético y se detecta una mutación en el gen *KCNH2*, identificada como causante de esta enfermedad, por lo que se diagnostica de síndrome de QT largo tipo 2.

Se muestra preocupada y demanda información sobre si tiene que cambiar de hábitos de vida y si le habrá transmitido la enfermedad a su hijo.

Se destaca como diagnóstico de enfermería principal «Disposición para mejorar los conocimientos» (00161).

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

En el plan de cuidados se resalta el NOC «Conocimiento: conducta sanitaria» (1805), con los siguientes indicadores: «Uso seguro de la medicación prescrita» (180509) y «Estrategias para evitar la exposición a riesgos ambientales» (180513).

En cuanto a los NIC se han seleccionado «Educación para la salud» (5510) y «Consejo genético» (5242).

### REFLEXIÓN

En este caso fue fundamental hacer hincapié en la supresión de los factores de riesgo, la importancia de no incumplir el tratamiento prescrito, informar sobre la conducta a seguir en caso de la aparición de signos y síntomas de alarma, así como en la urgencia del estudio familiar.

La elaboración de planes de cuidados individualizados ayuda a identificar las necesidades reales y contribuye a alcanzar unos cuidados de enfermería de calidad.

## EMBOLOMISMO MÚLTIPLE DE COLESTEROL TRAS IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

**Autoras:** Ana María Caramazana González, María del Carmen Wallas Marcos, María García Casares, Lucía Corrionero Martín, Elena Alfageme Sastre, Patricia Miguel Góme, Miryam González Cebrián.

**Hospital Universitario de Salamanca.**

### INTRODUCCIÓN

El embolismo por cristales de colesterol es una complicación de la enfermedad arteriosclerótica que se da de forma espontánea o tras la realización de manipulación vascular.

Da una sintomatología variada, manifestaciones cutáneas con aparición de livedo reticularis y/o dedos púrpuras, afectación renal y gastrointestinal.

El objetivo es elaborar un plan de cuidados enfermero a un paciente ingresado en Unidad de críticos (UC) por embolismo por cristales de colesterol tras implante de válvula aórtica transcatheter (TAVI).

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 81 años con antecedentes de dislipemia, estenosis aórtica severa sintomática y otras comorbilidades (diverticulitis aguda, gonartrosis y osteoporosis). Ingresó en la UC tras implante de TAVI. Pasados 30 min de su ingreso, presenta signos de hipoperfusión de extremidades inferiores (EEII) por fenómeno embólico. A lo largo de los días, isquemia arterial periférica en EEII con necrosis de los dedos y pies con flictenas.

Tras 13 días, la paciente evoluciona de forma desfavorable por lo que se inician medidas orientadas al confort durante el proceso de morir.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realizó la valoración enfermera según el modelo de Marjory Gordon detectando alteración en: patrón 4 inestabilidad hemodinámica, patrón 2 alteraciones de la piel, patrón 3 eliminación, patrón 10 adaptación-tolerancia al estrés. Se elaboró un plan de cuidados con los principales diagnósticos que son: Perfusión tisular periférica ineficaz, Riesgo de perfusión tisular cardíaca r/c hipovolemia, Dolor agudo y Trastorno del patrón sueño.

### REFLEXIÓN

El embolismo múltiple por cristales de colesterol tras manipulación vascular se detecta en 2-8 % de las autopsias, en mayores de 65 años con antecedentes de enfermedad arteriosclerótica y/o factores de riesgo cardiovascular.

Las intervenciones enfermeras fueron aplicadas según el método científico, con un enfoque integral aportando cuidados individualizados y de calidad.

El papel del equipo multidisciplinar de la UC resultó ser primordial para el manejo y resolución de situaciones críticas derivadas de las complicaciones que fueron surgiendo, manteniendo una actitud expectante ante las necesidades de bienestar de la paciente y sus familiares.

## MARCAPASOS DE FIJACIÓN ACTIVA TRÁS UN PROCEDIMIENTO CORONARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Autoras:** Elena Alfageme Sastre, María García Casares, Patricia Miguel Gómez, Míryam González Cebrián, María del Carmen Walias Marcos, Lucía Corrionero Martín, Ana María Caramazana González, Sofía Pascual Sánchez.

**Hospital Clínico Universitario de Salamanca.**

### INTRODUCCIÓN

El tratamiento del síndrome coronario agudo a través de una angioplastia coronaria conlleva una serie de complicaciones, como bradicardia con repercusión hemodinámica, siendo precisa la estimulación temporal.

La inserción de marcapasos de fijación activa permite mantener una frecuencia adecuada. Esta técnica se diferencia de la habitual en que el electrodo tiene una hélice en su parte distal y se conecta a un generador de marcapasos permanente explantado de un paciente sin signos de infección que queda fuera del paciente.

El objetivo es elaborar un plan de cuidados en un paciente con esta nueva técnica de estimulación temporal.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón de 75 años que ingresa en la Unidad Coronaria tras sufrir un síndrome coronario agudo con elevación de ST desde la Unidad de Hemodinámica, donde han revascularizado la arteria descendente anterior. Tras su llegada, realiza una bradicardia por bloqueo auriculoventricular con síncope sin respuesta a la administración de Aleudrina. Se inserta un marcapasos de fijación activa, administrando previamente una dosis de antibioterapia profiláctica.

El dispositivo se ha mantenido durante 8 días, estando en ritmo de marcapasos 6 días. Tras 48 horas en ritmo propio se retira en la propia cama del paciente.

El paciente se da de alta a planta sin sufrir nuevos eventos arrítmicos ni ninguna otra complicación.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se ha realizado una valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson, describiéndose los diagnósticos de enfermería según la clasificación NANDA: ansiedad, deterioro de la integridad cutánea y riesgo de infección. Como complicación potencial se ha encontrado riesgo de sangrado.

Se han planteado los siguientes NOC: control del dolor, nivel de ansiedad, integridad tisular: piel y membranas mucosas, detección del riesgo y autonomía personal. Se han llevado a cabo las siguientes NIC: administración de analgésicos, disminución de la ansiedad, cuidados del sitio de incisión, protección contra las infecciones, prevención de hemorragias y escucha activa.

### REFLEXIÓN

El conocimiento de esta nueva técnica facilita al personal de enfermería la administración de unos cuidados de calidad a estos pacientes. La realización de las intervenciones planificadas ha permitido satisfacer las necesidades del paciente.

## EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN PRECOZ Y PREVENCIÓN DE LA TROMBOSIS DEL STENT

**Autoras:** Lucía Ferrer Bañolas, Roser Soler Selva, Lucía Beltrán Folch, Marina Santano Rojas, Clara Guerrero Pérez, Ana Castillo Ibáñez.

**Hospital Universitari Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.**

### INTRODUCCIÓN

La trombosis es una de las complicaciones graves tras una angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP). Se presenta con dolor torácico y cambios electrocardiográficos, como muerte súbita o sin síntomas. Su prevalencia es de <1%; sin embargo, suele dar lugar a un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST y tiene una tasa de mortalidad de hasta el 40%. Hay varios factores de riesgo, tanto relacionados con la lesión y el procedimiento como con el tratamiento antiagregante y los antecedentes personales. El objetivo de este caso es presentar un plan de cuidados a un paciente que presentó una complicación de trombosis aguda del *stent*.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 67 años a la que se le realiza cateterismo de forma electiva por angina y disnea de esfuerzo progresivos. Se observa lesión en bisectriz, se realiza ACTP con implantación de *stent* y, unos 30 minutos después, presenta disnea súbita y caída en fibrilación auricular, progresando rápidamente a *shock* cardiogénico. Vuelve a sala donde se comprueba que hay trombosis del *stent* previamente colocado. Se realiza tromboaspiración y ACTP simple, requiriendo soporte con balón de contrapulsación. Durante el procedimiento se administra carga de anticoagulación y antiagregación.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realiza una valoración a través del modelo de Virginia Henderson y se prepara el plan de cuidados con diagnósticos (NANDA), objetivos (NOC) e intervenciones (NIC). Como diagnósticos destacamos: [00029] Disminución del gasto cardíaco R/C alteración en la precarga, postcarga o contractilidad del corazón, M/P piel fría y sudorosa, falta de aliento/disnea, ansiedad / agitación; [00204] Perfusión tisular periférica ineficaz, R/C alteración de las características de la piel, disminución de los pulsos periféricos M/P ausencia de pulsos, piel fría y húmeda; [00126] Conocimientos deficientes R/C mala interpretación de la información M/P solicitud de información frecuente.

### REFLEXIÓN

El papel de enfermería es fundamental en la detección precoz de signos y síntomas que puedan orientarnos hacia la trombosis de un *stent*, manteniendo monitorizados los signos vitales del paciente, pudiendo observar cualquier cambio de forma inmediata. También es importante mantener una correcta anticoagulación y antiagregación, enfatizando en la importancia de una correcta adherencia al tratamiento tras el alta hospitalaria y en la modificación de factores de riesgo modificables.

## IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS PROFILÁCTICO, UNA URGENCIA CARDIOLÓGICA. CASO CLÍNICO

**Autoras:** Isabel Pérez Loza<sup>1</sup>, Eva Ceballos Gandarillas<sup>1</sup>, María Isabel Ibañez Rementería<sup>1</sup>, Carmen María Sarabia Cobo<sup>2</sup>, Ana Rosa Alconero Camarero<sup>2</sup>.

**1 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; 2 Escuela Universitaria de Enfermería 'Casa de Salud Valdecilla', Santander.**

### INTRODUCCIÓN

La utilización de marcapasos temporales transvenosos en las unidades de cuidados intensivos cardiológicos ha aumentado de forma significativa en los últimos años, siendo frecuente que enfermería se encuentre con un número creciente de portadores de marcapasos profilácticos, que requieren unos cuidados específicos que deben conocerse.

El objetivo es el de establecer un plan de cuidados para resolver las necesidades identificadas y detectar los signos y síntomas de la inestabilidad fisiológica de un paciente portador de marcapasos temporal.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón de 85 años que ingresa en Críticos Cardiológicos desde un hospital comarcal con diagnóstico de bloqueo aurículo ventricular completo, con miocardiopatía hipertensiva, enfermedad arterial coronaria, fibrilación auricular paroxística e insuficiencia renal crónica, en seguimiento en Cardiología por las enfermedades anteriormente descritas. Portador de marcapasos temporal como tratamiento de elección en la urgencia hasta la colocación de un marcapasos definitivo.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realizó una valoración por sistemas cráneo-caudal focalizada.

Los resultados obtenidos están basados en la perspectiva bifocal de los cuidados: por una parte, las complicaciones potenciales, los problemas de colaboración descritos (hematoma zona de punción, agitación) y el diagnóstico enfermero (NANDA I) [00108] Déficit de autocuidado en el baño r/c disminución de la motivación m/p zonas del cuerpo con déficit de higiene y piel seca. NOC 0301 Autocuidados: Baño. NIC 1801: Ayuda con el autocuidado baño/higiene. Problemas de autonomía secundarios a la prescripción médica las primeras 24 horas.

### REFLEXIÓN

- La evolución clínica del paciente fue favorable.
- En cuanto a la consecución de los NOC enumerados, la puntuación diana de resultados apenas se ha modificado, quedando pendiente el refuerzo y trabajo en dicha consecución de objetivos a la enfermera de hospitalización y de atención primaria para conseguir la total autonomía del paciente. Se le traslada a la planta de hospitalización a las 24 de su estancia en críticos.
- Trabajar con método nos permite lograr el grado de consecución de manera ordenada de los objetivos y criterios de resultados planificados facilitando la labor en el cuidado de los pacientes y afianzando el rol de la enfermería.

## EXPERIENCIA EN UN PACIENTE CON ASISTENCIA DE LARGA DURACIÓN

**Autoras:** Elena Alfageme Sastre, Lucía Corrienero Martín, Patricia Miguel Gómez, María García Casares, Miryam González Cebrián, María del Carmen Walias Marcos, Ana María Caramazana González, Sofía Pascual Sánchez.

**Hospital Clínico Universitario de Salamanca.**

### INTRODUCCIÓN

Los pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada suelen precisar un trasplante cardiaco. A menudo no puede realizarse, precisando la implantación de un dispositivo de asistencia ventricular izquierda como puente a trasplante o de forma permanente.

La asistencia ventricular izquierda consiste en una bomba cardiaca de flujo axial que se conecta al ápex del ventrículo izquierdo, supliendo de forma parcial o total su función.

Nuestro objetivo es realizar un plan de cuidados de enfermería en un paciente con este dispositivo de asistencia ventricular de larga duración.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una mujer de 69 años con diagnóstico de insuficiencia cardiaca avanzada, disfunción de ventrículo izquierdo severa e hipertensión pulmonar leve. Esta paciente se ha desestimado para trasplante cardiaco, por ello se le ha insertado una asistencia ventricular izquierda de forma permanente como terapia de destino.

La paciente permanece en la Unidad de coronarias tras su implantación durante aproximadamente un mes presentando varias complicaciones, una de las más importantes el sangrado y aumento de exudado en el punto de inserción, precisando curas periódicas.

Durante la estancia en la unidad se insiste en que la paciente realice ejercicios de rehabilitación ayudada por el equipo de fisioterapia del hospital.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se ha realizado un plan de cuidados a partir de la valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson. Se han descrito diagnósticos de enfermería según la clasificación NANDA: ansiedad, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de disminución del gasto cardiaco, riesgo de infección de la herida quirúrgica y riesgo de intolerancia a la actividad. Los NOC fijados han sido: detección del riesgo, nivel de ansiedad e integridad tisular. Se han planteado NIC: protección contra las infecciones, apoyo a la familia, cuidados del sitio de incisión, educación para la salud, escucha activa y disminución de la ansiedad.

### REFLEXIÓN

La aplicación de unos cuidados de calidad favorece la correcta terapia y disminución de complicaciones en el paciente. Por ello la formación del personal de enfermería sobre este dispositivo de asistencia es fundamental.

El apoyo al paciente y su familia es importante para una mejor recuperación y satisfacción del paciente.

## ECMO VA + BALÓN INTRA-AÓRTICO DE CONTRAPULSACIÓN + HELICÓPTERO, TODO UN RETO

**Autores:** Mónica Alonso Mesa, Yolanda García González, Isidro Hernández Velázquez, María Candelaria Gorrín de la Rosa, María Marrero Batista, Carlos Pascual Sanz, Marta Martín Cabeza, Sonia Jiménez García, Raúl Villamandos González.

**Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.**

### INTRODUCCIÓN

La Unidad Coronaria de nuestro centro es referencia para el tratamiento con ECMO-VA. La Unidad de Trasplante Cardíaco se ubica en un centro hospitalario en la isla vecina. La fragmentación del territorio canario obliga la transferencia de pacientes entre hospitales por vía aérea. Nuestro objetivo es organizar traslado de paciente crítico con soporte ECMO-VA en condiciones de seguridad.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer 63 años. Antecedentes: fumadora, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, no alergias. Presenta IAM en *shock* cardiogénico con parada cardiorrespiratoria precisando soporte inotrópico, contrapulsación intraaórtica, cateterismo emergente y ECMO-VA. Ante persistencia de *shock* se traslada a hospital de referencia con pronóstico nefasto si no se realiza trasplante cardíaco.

Se opta por helicóptero ya que ambos hospitales cuentan con helisuperficie.

Ante esta situación realizamos traslado en transporte que hasta el momento no se había utilizado. Resolviendo de manera improvisada diferentes contratiempos además de los propios de la situación clínica. Nos enfrentamos a una rampa de acceso a la helisuperficie del centro emisor, la limitación de peso y espacio en el transporte, el desconocimiento de su equipo y conexiones, la doble transferencia que debemos realizar en el centro receptor (helicóptero-ambulancia-centro) y disponer de recursos personales suficientes.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realiza según la valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon.

Plan de cuidado de enfermería específico.

### REFLEXIÓN

Debido al riesgo y complejidad y se debe evitar el traslado salvo que sea inevitable.

En dicho caso se hará en momento clínico adecuado, planificado y garantizando condiciones de seguridad.

Debemos normalizar, entrenar e integrar este procedimiento de cara a futuros eventos.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON AMILOIDOSIS PRIMARIA CON COMPLICACIÓN CARDIACA AGUDA DURANTE ACONDICIONAMIENTO CON AGENTE PREVIO A TRASPLANTE AUTÓLOGO

**Autores:** Lucía Corriero Martín, Alejandro Avendaño Pita, María García Casares, Elena Alfageme Sastre, María del Carmen Walias Marcos, Ana María Caramazana González, Patricia Miguel Gómez, Miryam González Cebrián, Elena Olaya González Egido.

**Hospital Universitario de Salamanca.**

### INTRODUCCIÓN

La amiloidosis primaria (AL) es una enfermedad caracterizada por la agregación y depósito de cadenas ligeras producidas por un clon de células plasmáticas, predominantemente en corazón y riñones. La afectación cardíaca produce una elevada mortalidad. Suele ser de inicio y evolución rápida.

Los pacientes con esta patología pueden ingresar en nuestra unidad al diagnóstico, durante el tratamiento o durante el trasplante autólogo.

Nuestro objetivo es la estabilización y mejora de la situación hemodinámica del paciente a partir de las intervenciones de enfermería.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente con diagnóstico de AL que recibe tratamiento quimioterápico. Precisa de ingreso en la Unidad coronaria por insuficiencia respiratoria con desarrollo de edema agudo de pulmón (EAP).

Requiere soporte ventilatorio no invasivo; tratamiento diurético y evacuación de derrame pleural. Tras estabilización de la paciente, se realiza trasplante autólogo.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

El método utilizado fue un estudio descriptivo de plan de cuidados de enfermería individualizado basado en la taxonomía NANDA.

Valoración de cuidados de enfermería según el modelo de Virginia Henderson, destacando como necesidades alteradas:

Necesidad de respiración; necesidad de comer y beber; necesidad de comunicación; necesidad de movilización; necesidad de dormir y descansar; necesidad de higiene e integridad de la piel. Se escogen también diagnósticos enfermeros: Ansiedad relacionado con (r/c) amenaza de cambio de estado de salud; perfusión tisular periférica ineficaz cardiopulmonar r/c hipovolemia e hipotensión, taquicardia y disnea; Riesgo de infección r/c inserción de drenaje pleural; deterioro del intercambio gaseoso r/c dificultad respiratoria por EAP; deterioro de la integridad cutánea.

### REFLEXIÓN

La paciente ingresó con EAP. Con las medidas instauradas tras su estabilización se infundió el producto criopreservado con éxito, procedimiento no demorable una vez iniciada la quimioterapia.

El equipo de enfermería debe estar familiarizado con las complicaciones durante la fase de acondicionamiento, como el caso del EAP, al precisar protocolo de hiperhidratación específico.

Es necesaria una colaboración multidisciplinar con la Unidad de hematología al realizar la infusión de trasplante autólogo al ser este un procedimiento específico de esa área.

## ANTICIPARSE A LA ISQUEMIA: VALORACIÓN ENFERMERA DE LA PERFUSIÓN TISULAR DISTAL A UN PACIENTE CON SOPORTE MECÁNICO CIRCULATORIO

**Autores:** Francisco Ruperto Gámez, Rony Espinoza Ruiz, Nerea Peñaranda Romero, Ana Tur Sainz, Patricia Rodríguez Sánchez, María Teresa García Crespo, Natalia Roncal Reinaldo, Lorena Piña Astete, Lidia Carretero García, Mauro Buelga Suárez.

**Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.**

### INTRODUCCIÓN

La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) es una de las principales medidas de soporte para la patología cardiorrespiratoria aguda grave.

Entre las principales complicaciones de la canulación de la arteria femoral periférica para ECMO se encuentra la isquemia distal ipsilateral de las extremidades inferiores.

El objetivo es elaborar un plan de cuidados a un paciente con *shock* cardiogénico secundario a miocarditis aguda fulminante que precisa soporte circulatorio mecánico.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón de 27 años, que ingresó en la Unidad de Cuidados Agudos Cardiológicos con diagnóstico de miocarditis aguda fulminante, requiriendo soporte mecánico circulatorio con ECMO venoarterial (VA) femorofemoral derecha con cánula de perfusión arterial distal, así como balón de contrapulsación intraaórtico (BCIAO) femoral izquierdo. La monitorización de la saturación tisular de oxígeno (StO<sub>2</sub>) periférica, se llevó a cabo colocando sensores de oximetría longitudinalmente a nivel gemelar. La monitorización continua basada en espectroscopia cercana al infrarrojo (NIRS) objetivó valores estables >60%, con diferencias entre ambos miembros <5% (panel superior). Durante el seguimiento, presentó episodio de inestabilidad con necesidad de vasopresores, observándose caída de la StO<sub>2</sub> en la extremidad del BCIAO (panel inferior A2), con una diferencia de StO<sub>2</sub> entre ambas piernas del 14%, presentando cianosis distal y ausencia de pulso.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realizó la valoración enfermera siguiendo el modelo de Marjory Gordon, detectando los siguientes patrones alterados: II nutricional-metabólico, IV actividad-ejercicio. Usando la taxonomía NANDA-NIC-NOC, destacamos los siguientes diagnósticos:

- Perfusión tisular periférica ineficaz r/c canulación de dispositivos intravasculares y m/p ausencia de pulsos periféricos y alteración de las características de la piel.
- Disminución del gasto cardíaco r/c acinesia ventricular y m/p alteración de la contractilidad.

### REFLEXIÓN

En la práctica clínica diaria se realiza una valoración rutinaria de los pulsos distales ipsilaterales, así como de la temperatura y el color de las extremidades en los pacientes ECMO, sin embargo, estos signos pueden ser imprecisos al estar sujetos a la variabilidad interoperador.

La monitorización StO<sub>2</sub> nos permite realizar una valoración continua y detectar de forma precoz signos de hipoperfusión e isquemia.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA EN CONSULTA

**Autores:** Ada del Mar Carmona Segovia, Concepción Cruzado Álvarez, Víctor M. Becerra Muñoz, María Victoria Doncel Abad, María Robles Mez-cua.

**Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.**

### INTRODUCCIÓN

Los cambios en el estado de salud pueden provocar sentimientos que afectan al autoconcepto y la autoestima. El objetivo de este trabajo es presentar las intervenciones enfermeras que pueden mejorar el afrontamiento ineficaz en un paciente con Hipertensión Pulmonar e Insuficiencia Cardíaca.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Descripción del caso clínico: Mujer de 61 años, caucásica. En seguimiento desde hace más de 10 años por la Unidad de Insuficiencia Cardíaca y reciente en la de Hipertensión Pulmonar. Principales diagnósticos médicos: Hipertensión pulmonar severa, Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatía Hipertrófica, Obesidad mórbida, Hipotiroidismo, SAHS, Alteraciones depresivas y del estado de ansiedad. Principales diagnósticos de enfermería: Conductas ineficaces del mantenimiento de la salud, Trastorno de patrón del sueño, Estilo de vida sedentario, Control emocional inestable, Disminución de la tolerancia a la actividad, Deterioro de la resiliencia. Hace 9 años se le propone para trasplante corazón-pulmón, pero no se realiza debido a la falta de colaboración para alcanzar la pérdida de peso. Presenta de larga data diversos problemas de colaboración por falta de motivación y habilidades que no está dispuesta a adoptar, además de una baja adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica y falta de apoyo social moderado.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Planificación de los cuidados: El diagnóstico de Conductas Ineficaces del Mantenimiento de la salud ha evolucionado a Disposición para mejorar la autogestión de la salud y la alfabetización en salud. En cuanto al trastorno del patrón del sueño, ha evolucionado a una Disposición para mejorar el sueño mediante un plan de cuidados que se mantiene en el tiempo. Se propone asimismo la inclusión en grupos de apoyo multifamiliar. Se expone posibilidad de la re-valoración por la Unidad de Salud Mental. Seguimiento por parte de enfermera de Hipertensión Pulmonar.

### REFLEXIÓN

Reflexión sobre el caso: Facilitar la comprensión del régimen terapéutico y esto es importante, pero también debe ser el tener en cuenta el estado motivacional. En este caso, se ha objetivado una evolución en el proceso de cambio de Prochaska y Diclemente encontrándose actualmente en la fase de precontemplación-contemplación. Cuando el paciente está dispuesto a cambiar, el abordaje puede ser más satisfactorio para paliar la resistencia terapéutica que puede llevar al abandono de la terapia.

## MILRINONA: UN RETO DE COORDINACIÓN PARA NUESTRA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

**Autores:** M.<sup>ª</sup> de las Mercedes Rodrigo Cuadrado, Esther Alejandra Duque López, Asunción Mendiola Martínez, María Estrella Barreñada Copete, Nuria Poza Gómez, Juan M.<sup>ª</sup> Guerra Polo, M.<sup>ª</sup> Elena Batlle López.

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

### INTRODUCCIÓN

Nuestra consulta de enfermería de cardiología es polivalente, por primera vez, se nos planteó el reto de poner el tratamiento ambulatorio de milrinona (TAM) a una paciente con insuficiencia cardiaca (IC) avanzada. La milrinona se administra mediante un catéter central de inserción periférica (PICC) por lo que nos coordinamos con la enfermería de Radiología (Rx) vascular que inserta los PICC, de Hospital de Día (HdD) que realiza los cuidados posteriores y la Unidad del dolor, que tiene las bombas de infusión, además del Servicio de Farmacia; nosotros realizamos la educación y seguimiento de la IC con el objetivo de iniciar el tratamiento paliativo, mejorar su calidad de vida, los síntomas y su clase funcional.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 65 años diagnosticada de IC avanzada, con múltiples ingresos. Se decide poner TAM. Es una paciente y familia muy receptiva y colaboradora. Desde el ingreso que se decide el comienzo de la infusión se contacta con Rx para el implante de PICC y HdD para la realización de curas y cuidados post implante.

En nuestra consulta no se manejan este tipo de bombas, recurrimos a enfermería de Unidad de dolor que realiza la educación en el manejo de la bomba de perfusión.

La familia acude a la farmacia hospitalaria semanalmente a recoger los cartuchos de la medicación. La milrinona un inhibidor de la fosfodiesterasa que aumenta la fuerza de contracción del corazón (inotrópico) y efecto vasodilatador que provoca una disminución en la precarga y en la postcarga. Nosotros realizamos seguimiento estrecho de la IC e hipotensión secundaria a TAM y la educación individualizada de IC.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Utilizamos taxonomía NANDA NIC NOC para elaborar el plan de cuidados. Encontrando destacados los diagnósticos de Riesgo de Infección. Manejo efectivo del régimen terapéutico. Intervenciones enfermeras. Enseñanza proceso enfermedad sobre la dieta, el régimen terapéutico, y actividad física en la que participa su familia.

### REFLEXIÓN

Incorporar nuevos fármacos como milrinona que ayudan a mejorar la calidad de vida a los pacientes no debe ser un problema, debe ser prioridad en la consulta de enfermería, para ello debemos coordinar los medios que tenemos a nuestra disposición adaptándonos a la situación individual de cada paciente. Tener una buena perspectiva de la situación, individualizar para mejorar la adherencia a los cuidados de insuficiencia cardiaca debe ser el verdadero reto.

## DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR COMO TERAPIA DE DESTINO

**Autores:** Sílvia Ibáñez Caballero, Laia Rosenfeld Vilalta, Núria José Bazan, Marta Ruiz Muñoz, Encarnació Hidalgo Quirós, Esther Calero Molina, Araceli Chacón Aparicio.

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

### INTRODUCCIÓN

Los dispositivos de asistencia ventricular de larga duración (LVAD), han cambiado el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardiaca terminal, alargando su supervivencia, tanto puente al trasplante cardiaco como en terapia de destino. El número de implantes está creciendo, disminuyendo complicaciones y días de ingreso

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 71 años con miocardiopatía dilatada no compactada con disfunción ventricular severa y clase funcional III de la *New York Heart Association* (NYHA) en situación avanzada, portadora de desfibrilador automático implantable con terapia de resincronización (DAI-TRC) y en tratamiento paliativo con inotropo ambulatorio con varios ingresos por insuficiencia cardiaca congestiva en forma de edema agudo de pulmón y bajo gasto en contexto de fibrilación auricular paroxística tratada con cardioversiones eléctricas. En el último ingreso, por descarga apropiada de DAI por fibrilación ventricular/taquicardia ventricular, se descarta que sea candidata a trasplante cardiaco por edad avanzada y comorbilidades con afectación de órganos diana y ante la situación de reingresos constantes la paciente verbaliza la voluntad que se desactive DAI. Después de valoración multidisciplinar se considera tributaria a asistencia de larga duración como terapia de destino y la paciente acepta. Es dada de alta tres semanas después sin haber presentado complicaciones y en clase funcional I de la NYHA.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Algunos de los diagnósticos enfermeros (NANDA) tras el implante del dispositivo de asistencia ventricular de larga duración por los que se desarrolla el plan de cuidados son:

- 0182 Disposición para mejorar el autocuidado.
- 00161 Disposición para mejorar los conocimientos.
- 0162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud.
- 00004 Riesgo de infección.
- 00206 Riesgo de sangrado.

Para la evaluación de la calidad de vida y el grado de limitación se utiliza la escala *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* y el Test de marcha de 6 minutos.

### REFLEXIÓN

Los LVAD proporcionan calidad de vida y aumenta de años de vida en aquellos pacientes candidatos ya sea como terapia de destino, puente a decisión o puente al trasplante.

Sábado 22 de octubre, de 10:45 a 11:45 h.

Sala Santa Catalina (Hotel. Planta 3)

## CASOS CLÍNICOS II

### ADAPTACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA PRESENCIAL DURANTE LA COVID-19: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TELE-REHABILITACIÓN

**Autores:** Fátima Blanco Vega<sup>1</sup>, Manuela Sestayo Fernández<sup>2</sup>, Ángel Mojón Barcia<sup>1</sup>, Carmen Neiro Rey<sup>1</sup>, Carlos Peña Gil<sup>1</sup>

**1** Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña; **2** Instituto de Investigación Sanitaria Santiago de Compostela (IDIS), A Coruña.

#### INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 ha desatado la necesidad de proporcionar cuidados de rehabilitación cardiaca (RC) a distancia, a pacientes con cardiopatía isquémica (CI), procurando mantener los mismos niveles de calidad obtenidos en el programa presencial existente hasta el momento. Presentamos un caso clínico que, pese a describir una patología muy estudiada como es la CI, se desarrolla en un momento temporal atípico, dando lugar a la implementación de un programa de tele-rehabilitación.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 47 años con antecedentes de fumador activo, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2, diagnosticado de infarto agudo de miocardio anterior, con lesión trombótica de la arteria descendente anterior proximal, revascularizada mediante implante de un *stent*. Lesión residual en la arteria circunfleja. Se le ofrece participación en un programa de tele-RC basado en ejercicio.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Siguiendo los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon y aplicando la taxonomía de la NANDA-NOC-NIC se aborda el diagnóstico de: disposición para mejorar el autocuidado, obteniendo a través de la aplicación del modelo área los siguientes problemas relacionados: tabaquismo, sedentarismo y desequilibrio nutricional por exceso de aporte calórico. Se planteó el siguiente objetivo: control del riesgo: enfermedad cardiovascular, decidiendo adoptar la intervención de manejo del riesgo cardiaco.

#### REFLEXIÓN

El paciente consiguió el abandono del hábito tabáquico por completo, adopción de un estilo de vida activo caminando 8 Km al día cuatro días por semana, reducción de peso en 14 Kg alcanzando un IMC de 25,4 kg/m<sup>2</sup>, y mejora de adherencia a la dieta mediterránea obteniendo una puntuación en el cuestionario Predimed de 12/14 (previo 5/14). Fue dado de alta del programa de rehabilitación cardiaca con notable mejora de su perfil cardiovascular, y se recomendó seguimiento estándar por el equipo de atención primaria.

La implementación de un programa de RC telemático, con consulta de valoración inicial presencial, seguimiento telefónico, auto-registro de parámetros antropométricos en una plataforma online; y sesiones de

entrenamiento de ejercicio físico telemáticas por videollamada, mostró ser una alternativa efectiva al formato presencial, manteniéndose actualmente como opción para pacientes con dificultad de desplazamiento.

### CIERRE PERCUTÁNEO DE LEAK PERIPROTÉSICO AÓRTICO AMBULATORIO

**Autores:** Iris Dueñas Ramos, M.<sup>a</sup> Teresa Espinosa Moreno, Joan Benítez Reda, Jordi Marginet Flinch, Miguel Ángel Giménez Lajara, Montserrat Venturas Nieto, Laura Sanchis Ruiz, Xavier Freixa Rofastes.

**Hospital Clínic, Barcelona.**

#### INTRODUCCIÓN

La fuga perivalvular es una de las complicaciones que se puede presentar tras la sustitución de válvula aórtica quirúrgica o el implante de válvula aórtica percutánea. La actual situación, ha hecho necesario reorientar los modelos de cuidados permitiéndonos plantear el alta ambulatoria. El objetivo del presente caso es fomentar la educación sanitaria del paciente y familia favoreciendo la disminución de la estancia hospitalaria, tasa de complicaciones y reingresos

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un hombre portador de prótesis aórtica desde 2001, que presenta disnea a pequeños esfuerzos y clase funcional III, que ha empeorado en los últimos 6 meses, que, tras valoración del comité de procesos valvulares, decidió cierre de *leak* aórtico percutáneo ambulatorio. Se realizó una intervención educativa, al paciente y familia, respecto a las recomendaciones al alta, detección de complicaciones y cambios en el tratamiento; y, posterior seguimiento precoz por parte de la enfermera de práctica avanzada (EPA), a las 24h, y al mes.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

La valoración enfermera se realizó según los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon en tres fases distintas del proceso, según la metodología NANDA-NIC-NOC. Las intervenciones se orientaron a los patrones que se detectaron alterados: manejo de actividad/ejercicio, percepción/manejo de la propia salud, nutricional metabólico, cognitivo-perceptual y adaptación/tolerancia al estrés. Los diagnósticos reales que precisaron continuidad de cuidados fueron: [00032] Patrón respiratorio ineficaz, [00089] Deterioro de la movilidad en silla de ruedas, [00188] Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c tabaquismo. Y los potenciales: [00051] Deterioro de la comunicación verbal r/c hipoacusia, [00044] Deterioro de la integridad tisular, [00146] Ansiedad, [00132] Dolor agudo.

#### REFLEXIÓN

Gracias a la valoración pre-procedimiento por parte de la EPA, así como, la educación clínica al paciente y familia sobre el procedimiento y manejo posterior, el paciente se fue de alta el mismo día, sin presentar

complicaciones, ni reingresos durante el seguimiento precoz. La intervención de la EPA ha fomentado la capacidad de afrontamiento del paciente y familia favorecido su autonomía y autocuidado.

## IMPLICACIÓN ENFERMERA EN EL MONTAJE DE TAVIS

**Autores:** María del Rosario Martín González, Begoña Pérez Montejo, Margarita Farias Martín, Cristina Díaz Sánchez, Pedro Antonio Calvo Flores, Sonia Rodríguez Martín, Manuel Calvo Flores, Javier Recio Hernández, Elena Olaya González Egido, Leticia Calvo Rivas.

**Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.**

### INTRODUCCIÓN

Cada vez es más patente la presencia enfermera en los *Heart Team* y en el manejo del paciente con patología valvular aórtica, además de la figura de la TAVI nurse es fundamental la implicación de las enfermeras en la sala de hemodinámica durante el procedimiento, instrumentando, circulando y montando la prótesis. El objetivo es destacar el papel de la enfermera en el montaje de válvulas en situaciones de urgencia.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 78 años, con estenosis aórtica grave, con insuficiencia cardíaca en clase funcional III, en FA permanente, con vida basal activa e independiente.

Se presenta el caso en sesión médico-quirúrgica y se decide implante de TAVI. En TAC para evaluar accesos y tamaño de la prótesis se objetiva calcificación severa. Se intenta implantar una válvula de tamaño 27, a pesar de efectuar el implante con estimulación rápida, tras valvuloplastia con varios balones, se desliza hacia ventrículo izquierdo al liberarla y precisa recapturarla en 3 ocasiones.

Se cambia a otra TAVI diferente tamaño 29 pero tampoco se puede liberar, se reposiciona 6 veces, deslizándose hacia aorta y hacia ventrículo. Se revisa TAC previo y se confirma que la calcificación está limitada a los velos. El paciente comienza a presentar inestabilidad hemodinámica por insuficiencia aórtica y se decide cambiar de válvula e implantar otro tipo de tamaño L, por su mayor estabilidad en ausencia de calcio anular. Se posiciona con éxito y sin insuficiencia aórtica residual.

Diagnósticos de enfermería: Disminución del gasto cardíaco. Riesgo de *shock*.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Resultados (NOC): Efectividad de la bomba cardíaca. Perfusión tisular. Intervenciones (NIC): Administración de medicación intravenosa. Cuidados cardíacos agudos. Manejo del riesgo cardíaco.

En el montaje de cada tipo de válvula intervino una enfermera diferente.

### REFLEXIÓN

Las actividades coordinadas de las enfermeras fueron clave para el éxito del procedimiento, se intercambiaron los roles de instrumentista, circulante y preparación de las diferentes válvulas.

La experiencia de las enfermeras en procedimientos de intervencionismo estructural facilita la fluidez en los cuidados y permite anticiparse a las posibles complicaciones.

La implicación y especialización de las enfermeras en el montaje de válvulas permite disponer de la prótesis más adecuada en cualquier situación.

## «TAPANDO AGUJEROS». CASO CLÍNICO DE CIERRE PERCUTÁNEO DE LEAK PERIPROTÉSICO MITRAL

**Autores:** Tania Blanco Maestro, Itziar López Zarrabeitia, Vera Rodríguez García-Abad, José Javier Tena Chacón, Ángel Ramos Isabel, M.<sup>a</sup> Luz Capote Toledo, M.<sup>a</sup> Jesús Colino Lamparero, Ana María López Soto, David López García, Elena Fiandor Gutiérrez.

**Hospital Clínico San Carlos, Madrid.**

### INTRODUCCIÓN

El *leak* paravalvular mitral afecta a un 5-15% de las válvulas protésicas quirúrgicas, representando el tipo de *leak* que más requiere reparación, especialmente por síntomas de insuficiencia cardíaca, anemia hemolítica o en relación con una endocarditis infecciosa. El objetivo de este trabajo es mostrar un caso de cierre percutáneo de *leak* paravalvular mitral.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente varón de 47 años con cardiopatía reumática y recambio valvular por prótesis mecánicas con episodios de anemia hemolítica e ictericia secundaria a *leak* paravalvular que requieren cierre percutáneo. Bajo anestesia general y ventilación mecánica invasiva se canulan accesos venoso y arterial femoral. Se guía el procedimiento con eco transesofágico el cual reporta un *leak* paravalvular posterior de grado severo, (18x4 mm). Por acceso venoso se realiza punción transeptal (abordaje anterógrado) y se cruza *leak* encontrándose poco soporte y pérdida de guía que requieren un cambio de estrategia de abordaje retrógrado por lo que por vía arterial se llega a ventrículo izquierdo y se cruza *leak* con guía hidrofílica hasta aurícula izquierda. Por vía venosa se avanza catéter lazo para capturar la guía hidrofílica y establecer un asa arteriovenosa. Durante el procedimiento aumenta el tamaño del *leak* (21x4 mm) y se decide colocar dos dispositivos de cierre para lo que se genera otra asa arteriovenosa con nueva guía y mismo procedimiento previo. Se avanzan y liberan dos dispositivos simultáneamente resultando un *leak* residual grado I/II y sin derrame pericárdico.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Durante el procedimiento se realiza un plan de cuidados según NANDA, NOC, NIC obteniéndose los siguientes diagnósticos: Ansiedad ante la muerte (00147), Dolor agudo (00132), Riesgo de infección (00004), Riesgo de sangrado (0026), Riesgo de hipotermia (00253) y Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086).

### REFLEXIÓN

La reparación del *leak* paravalvular supone una mejoría para el paciente en términos de insuficiencia cardíaca, anemia hemolítica y endocarditis. Se trata de un procedimiento complejo que requiere de un equipo multidisciplinar (hemodinamista, anestesia, ecocardiografista y enfermería). Resulta fundamental el conocimiento del procedimiento y material por parte de enfermería para aplicar los cuidados adecuados.



## ACTUACIÓN ENFERMERA FRENTE A *SHOCK* CARDIOGÉNICO POR HEMATOMA INTRAMURAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Autores:** Francisco Javier Lerena Alonso, Núria Orobitg Bernades, Laia Cortés Marina, Natalia Cuesta Serrano, Estela Andrés Sánchez, Judith Serra Gregori.

**Hospital Germans Trias i Pujol. Representante nacional del grupo HoT, Badalona, Barcelona.**

### INTRODUCCIÓN

Una de las manifestaciones de la disección coronaria espontánea es el hematoma intramural. Se produce una falsa luz que compromete el flujo coronario y puede producir un infarto agudo de miocardio (IAM). De difícil detección angiográfica, precisa técnicas específicas para su diagnóstico.

Con la realización de este caso clínico se pretende dar a conocer esta manifestación infrecuente y relatar nuestra intervención.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 47 años portadora de *stent* en arteria coronaria descendente anterior (DA) media, que consulta por dolor torácico y se orienta como infarto sin elevación del segmento ST Killip I. Se realiza coronariografía sin alteraciones y se orienta como posible vasoespasmo coronario.

Al día siguiente presenta dolor torácico con infradesnivelación del segmento ST. Se realiza cateterismo urgente observando arteria coronaria derecha (CD) permeable, tronco común (TC) con flujo conservado, DA con lesión a nivel proximal del *stent* y circunfleja (Cx) permeable. Se realiza técnica de imagen intracoronaria en la que se observa hematoma entre TC y el *stent* previo y flap intimal desde TC hasta Cx ostial. A posteriori se realiza inyección de contraste donde se objetiva pérdida de flujo en DA y Cx por progresión del hematoma.

Se implanta sistema de soporte ventricular y *stent* en TC-Cx y en DA proximal.

Se realiza control posterior con técnica de imagen intracoronaria dónde se observa buen sellado de la disección.

Dada la buena evolución de la paciente, se retira el soporte ventricular a las 24 horas.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Para la elaboración de plan de cuidados, se usó la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

Los diagnósticos más relevantes son: disminución del gasto cardíaco, riesgo de *shock* y riesgo de sangrado. Los indicadores de resultado: efectividad de la bomba, presión sanguínea sistólica, frecuencia cardíaca, índice cardíaco, severidad del *shock* cardiogénico y signos vitales. En cuanto a los indicadores son cuidados cardíacos: agudos, administración medicación, prevención del *shock*, manejo del *shock* cardíaco, identificación de riesgos.

### REFLEXIÓN

Después de la realización de las intervenciones enfermeras correspondientes, la paciente se mantuvo hemodinámicamente estable durante el procedimiento.

La implantación de un soporte ventricular junto con la administración de medicación ayudó a un correcto manejo de la situación de *shock* cardiogénico en la que se encontraba la paciente.

## LA ENFERMERA EN EL CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA COMPLEJO

**Autores:** Javier Recio Hernández, María del Rosario Martín González, Cristina Díaz Sánchez, Ana Belén Recio Hernández, Pedro Antonio Calvo Flores, Manuel Calvo Flores, Elena Olaya González Egido, Sonia Rodríguez Martín, Begoña Pérez Montejo, Margarita Farias Martín.

**Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.**

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han incrementado los procedimientos de cierre percutáneo de orejuela izquierda como alternativa al tratamiento con anticoagulación en la fibrilación auricular para disminuir tromboembolismos. Este procedimiento pretende evitar las complicaciones de los anticoagulantes orales como las hemorragias intracraneales y digestivas.

El papel de la enfermería es imprescindible en el manejo y estabilización del paciente, el implante del dispositivo y la prevención y tratamiento de las complicaciones.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 95 años con estenosis aórtica moderada-severa, insuficiencia mitral severa, insuficiencia tricuspídea severa, fibrilación auricular anticoagulada con Apixabán y marcapasos VVI.

Indicación: hemorragia digestiva grave.

Procedimiento: ecografía transesofágica bajo sedación superficial. Morfología de la orejuela: cola de ballena. Inicialmente se implanta dispositivo Lambre especial 16/30mm. sin estabilidad. En un segundo intento se implanta Watchman Flex 20mm. sin conseguir cubrir ambos lóbulos. Finalmente se despliega Lambre 18/32mm. Cierre con punto en 8. Al finalizar el paciente presenta parada respiratoria y taponamiento cardíaco resolviéndose mediante pericardiocentesis y transfundiéndose 2 concentrados de hematíes.

Diagnósticos de enfermería: Ansiedad (1402), Riesgo *shock* (0205), Riesgo de sangrado (0206).

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

· Criterios de resultado: Nivel de ansiedad (1211). Control del dolor (1605). Efectividad de la bomba cardíaca (0400). Respuesta a la medicación (2301). Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).

· Intervenciones de enfermería: Disminución de la ansiedad (5820). Administración de medicación intravenosa (2314). Administración de hemoderivados (4030). Cuidados cardíacos agudos (4044). Cuidados del sitio de incisión (3440).

### REFLEXIÓN

Este procedimiento es cada vez más seguro debido a la continua evolución de la técnica y mayor especialización de los profesionales. La enfermera participa en la ecocardiografía transesofágica, en el implante del dispositivo y en los accesos vasculares, por lo que debe conocer el procedimiento y anticiparse a las adversidades que puedan ocurrir

# COMUNICACIONES MINI ORALES

Jueves 20 de octubre, de 12:30 a 14:00 h.

Sala Portixol 1 (Hotel. Planta 3)

## COMUNICACIONES MINI ORALES I

### LOS PACIENTES CON PALPITACIONES TRAS COVID-19 TIENEN MÁS RIESGO DE PRESENTAR EXTRASISTOLIA VENTRICULAR SINTOMÁTICA

**Autores:** Blanca Míriam Jiménez Candil<sup>1</sup>, María Ángeles Naranjo Sánchez<sup>1</sup>, Verónica Suberviola Sánchez-Caballero<sup>1</sup>, Cristina Beltrán Herrera<sup>1</sup>, Roberto Muñoz Aguilera<sup>1</sup>, Javier Jiménez Candil<sup>2</sup>.

**1 Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid; 2 Hospital Clínico Universitario de Salamanca.**

#### INTRODUCCIÓN

Las palpitaciones son un motivo de consulta frecuente tras sufrir COVID-19, habiéndose producido un aumento de estos pacientes en la consulta de H 24 h gestionada por enfermería. Nuestro objetivo es determinar la utilidad del holter ambulatorio de 24 horas (H-24) en el estudio de las palpitaciones tras COVID-19 y comparar los resultados con una población similar que no habían sufrido COVID-19 (no-COVID-19).

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional y retrospectivo en el que analizamos 472 pacientes [edad 51±16; mujeres: 71%; HTA: 31%; diabetes: 10%; cardiopatía estructural: 27%], de los que 65 (14%) habían presentado COVID-19, que consultaron por palpitaciones y fueron estudiados mediante H-24. Estudio realizado de 1/6/2020 a 30/09/21. Realizamos un análisis de la frecuencia de detección de arritmia y sus predictores.

#### RESULTADOS

En 171 pacientes (36%) se detectó algún evento arritmico. No encontramos diferencias significativas en las características basales de la población entre I@s individu@s COVID-19 y NO-COVID-19. Las arritmias asociadas a síntomas que con más frecuencia fueron detectadas en H-24 fueron la extrasistolia ventricular (11%), la taquicardia sinusal (10%), extrasistolia supraventricular (9%) y la fibrilación auricular (3,2%). La frecuencia de aparición de arritmia en H-24 fue idéntica en los COVID-19 vs. NO-COVID-19: 36% vs. 36% ( $p=0,9$ ). Aunque la frecuencia de detección de taquicardia sinusal y extrasistolia supraventricular fueron similares, en pacientes COVID-19 la extrasistolia ventricular fue significativamente más frecuente: 17% vs 10% ( $p=0,02$ ).

#### CONCLUSIONES

La frecuencia de detección de alguna arritmia concomitante a los síntomas de palpitaciones es similar en pacientes COVID-19 y NO-COVID-19, situándose en el 36%. Sin embargo, la objetivación de extrasistolia ventricular sintomática es significativamente más elevada en COVID-19 (casi el doble) sugiriendo algún tipo de daño miocárdico que pudiera asociarse a la enfermedad.

### PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL IMPLANTE DEL HOLTER INYECTABLE

**Autores:** María del Mar Sánchez Jiménez, Graciela Repullo Cortés, Francisco J. González Bonilla, Josefina Torres Ortiz, Ana María Llamas Ríos, Rita Godino Martín, Elisabeth Molina Fernández, Sara Gomez García-Olías, Marta Pombo Jiménez, Marina Carrasco Campos.

**Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.**

#### INTRODUCCIÓN

El *holter* inyectable es una herramienta útil en la evaluación de los pacientes con síncope recurrente de etiología no aclarada y en pacientes con sospecha de FA paroxística embolígena. Este dispositivo monitoriza el ritmo cardíaco durante 2-3 años. En nuestro centro, el implante y el seguimiento de este tipo de pacientes es realizado exclusivamente por parte de enfermería, siendo tres centros en Andalucía los que realizan este tipo de procedimiento. El objetivo es describir el procedimiento de implante del *holter* inyectable elaborado por enfermería.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Mediante la búsqueda bibliográfica en las bases de datos CUIDEN y PubMed se ha elaborado un procedimiento para el implante de *holter* inyectable por parte de enfermería. Se describen los tipos de *holter* que se implantan en la Unidad de hemodinámica, el procedimiento de implante, así como el material necesario. Cuando se implanta un *holter* inyectable a un paciente, se siguen una serie de pasos como es la revisión de éstos al día siguiente, realización de educación sanitaria, así como la entrega del aparato de monitorización remota.

#### RESULTADOS

Desde el año 2010 se han implantado 266 dispositivos, siendo el personal de enfermería el responsable absoluto tanto del implante como del seguimiento de estos. Los tipos de *holter* que se describen en el procedimiento son REVEAL DX, REVEAL XT, REVEAL LINQ DE MEDTRONIC®. En el procedimiento de inserción se destaca la preparación previa del paciente, información, el material necesario para el implante, procedimiento y activación del dispositivo mediante un programador. Tras el implante, se realiza el seguimiento y control remoto por el personal de enfermería de pruebas funcionales.

#### CONCLUSIONES

El abordaje completo del implante y seguimiento del *holter* inyectable por enfermería nos ha permitido crecer ayudando muy estrechamente en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del ritmo cardíaco. La utilidad en la detección precoz de eventos cardíacos en el *holter* inyectable es un salto en la calidad de vida de los pacientes, en la optimización de recursos y en el tiempo de respuesta.

## IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DESCOLONIZACIÓN PREOPERATORIA EN CIRUGÍA CARDIACA MAYOR, CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR

**Autoras:** Elena Querol Vallés, Judith Prats Barrera, Montserrat Periañez Martín, Sandra Estrada Poveda, Elsa Amparo Pérez Acosta, Elvira Ba Pérez, Ana María Danuta Holdis, Aida Castejón Garrigosa, Silvia Pérez Ortega, Montserrat Venturas Nieto.

**Hospital Clínic, Barcelona.**

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) representan un problema de salud pública que afecta entre el 5 y el 10% de los pacientes hospitalizados. Tienen una importante morbimortalidad asociada; contribuyen a elevar los costes de la asistencia sanitaria; generan sufrimiento para pacientes y familias lo que reduce su grado de satisfacción. Objetivo: implementar un protocolo de descolonización preoperatoria de piel y mucosas en todos los pacientes intervenidos de cirugía cardiovascular mayor en una Unidad de hospitalización de un hospital terciario.

### MATERIAL Y MÉTODO

En base a las recomendaciones establecidas por el Ministerio de Sanidad y el Instituto Catalán de Salud, se elabora en colaboración con el servicio de medicina preventiva un protocolo de descolonización preoperatoria de piel y mucosas para los pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardiovascular mayor, incluyendo la endovascular. Se definen 4 grupos, en función del día de ingreso y fecha prevista de intervención y se adaptan las actividades para garantizar al máximo la adherencia al protocolo en todos los escenarios posibles: cirugía urgente/emergente (grupo 3), cirugía programada ingresado el día antes o día Zero (grupos 1 y 2) y pacientes hospitalizados a la espera de cirugía (grupo 4). Entre las actividades se encuentran: uso de toallitas con clorhexidina al 2% preoperatorias o, en su defecto, ducha con jabón de clorhexidina al 4%; Mupirocina nasal al 2% c/6h, dos aplicaciones previas a la intervención y enjuagues con clorhexidina en las 4h previas a la cirugía.

### RESULTADOS

En la fase inicial las intervenciones e indicadores se dirigen a la difusión del protocolo y su correcta adherencia.

Indicadores de resultados:

El 95% de los profesionales del servicio habrán recibido formación específica del protocolo antes de su inicio (agosto 2021).

El 90% de pacientes intervenidos de cirugía cardiovascular mayor habrán recibido una correcta descolonización preoperatoria.

### CONCLUSIONES

El 60% de las infecciones de localización quirúrgica son evitables, por lo que es indispensable promover unos cuidados basados en la mejor evidencia disponible mediante la creación de guías de buenas prácticas y protocolos específicos adaptados a los diferentes procedimientos y a las características de las unidades proveedoras de cuidados.

## UTILIZACIÓN DE UN *PATIENT JOURNEY* (VIAJE DEL PACIENTE) PARA LA PREPARACIÓN DE LOS PROCESOS QUIRÚRGICOS CARDIACOS (CIRUGÍA Y CATETERISMO) DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA

**Autora:** Emma Grau Sió.

**Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona.**

### INTRODUCCIÓN

Los pacientes y familias que deben pasar por un proceso quirúrgico cardíaco sufren niveles elevados de estrés. El circuito preoperatorio es complejo y el ingreso hospitalario, antes de la cirugía, es prolongado e injustificado.

El viaje del paciente permite una mejor adaptación al medio y una correcta preparación preoperatoria, con lo que se mejora la seguridad y el nivel de satisfacción de los pacientes y sus familias, disminuyendo la ansiedad. Implica también revisar y mejorar la coordinación en la práctica multidisciplinar, puesto que se eliminan cuidados innecesarios, reduce el tiempo de ingreso preoperatorio y dirige el enfoque de la atención hacia actividades más seguras y valoradas por el paciente, lo que alcanza el objetivo de maximizar la eficacia y la eficiencia clínicas.

### MATERIAL Y MÉTODO

Tras revisión y análisis de las diferentes pruebas preoperatorias y circuito de ingreso de los pacientes quirúrgicos del área del corazón, se elabora un *patient journey* para los circuitos quirúrgicos, que se comparte de forma digital con todos los pacientes no ingresados que deben someterse a un procedimiento percutáneo o quirúrgico cardíaco en el hospital.

El *journey* incluye el lugar y la preparación necesaria para las pruebas preoperatorias, para el ingreso en el hospital, el traslado a la UCI, si procede, los días estimados de ingreso y las visitas post operatorias habituales.

Toda esta información se explica primeramente a las familias de forma telefónica y posteriormente les llega en formato digital.

### RESULTADOS

Desde octubre'21 a mayo'22 se han enviado 138 *journeys*, un 85% de las familias expresan de forma satisfactoria la transparencia y confianza que les ha proporcionado. Se ha reducido el tiempo de ingreso hospitalario preoperatorio en 24 horas, con la correspondiente repercusión económica, garantizando el mismo nivel de seguridad en la preparación del paciente.

### CONCLUSIONES

El *patient journey* del proceso quirúrgico cardíaco actúa como facilitador del proceso para las familias y elimina posibles errores del circuito, con lo que se consiguen 2 objetivos fundamentales: (1) disminuir la ansiedad preoperatoria y (2) optimizar recursos, puesto que se evitan duplicidades y errores en las pruebas preoperatorias y se elimina el ingreso hospitalario pre cirugía en el 90% de los casos.

## DESCRIPCIÓN DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA CRÍTICOS

**Autores:** Isabel Pérez Loza<sup>1</sup>, María Isabel Ibañez Rementería<sup>1</sup>, Eva Ceballos Gandarillas<sup>1</sup>, Ana Rosa Alconero Camarero<sup>2</sup>, Carmen María Sarabia Cobo<sup>2</sup>.

**1 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; 2 Escuela Universitaria de Enfermería 'Casa de Salud Valdecilla', Santander.**

### INTRODUCCIÓN

La Terapia de Presión Negativa proporciona 80 mmHg de presión negativa sobre la superficie de la herida y ayuda a controlar el exudado de nivel escaso a moderado. Su implantación de un solo uso es habitual en las unidades de cirugía cardiovascular como método antibacteriano previniendo la contaminación de la lesión.

El objetivo es describir la instauración y evolución de los pacientes ingresados en críticos de cirugía cardiovascular con terapia de presión negativa preventiva en esternotomías.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron 32 pacientes desde enero a junio del 2021. Los criterios de inclusión: re-esternotomías, pontajes con dos mamas, añosos, diabéticos, obesos, trasplantes cardiacos por inmunosupresión. Variables: edad, sexo, antecedentes personales, tipo de intervención quirúrgica, fecha de reintervención, fecha de colocación de terapia y de retirada, continuación con segunda terapia y tipo de complicaciones. El proceso consistió en la colocación de la terapia durante 7 días o más debido a la saturación del apósito.

### RESULTADOS

El número de pacientes reclutados han sido 20 hombres y 12 mujeres (n=32) diferenciados por franjas de edad, antecedentes personales, reintervenciones y complicaciones. No se hallaron diferencias significativas por sexos. Se reintervinieron al 59% de los pacientes. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas por sexo en la reintervención, un 55% en hombres y un 67% en mujeres. Las esternotomías mejoraron con la terapia de presión negativa y la evolución pre y post terapia fue buena. Las complicaciones fueron de un 9% en total sin diferencia significativa por sexo.

### CONCLUSIONES

La terapia de presión negativa parece tener buenos resultados en cuanto al ahorro de tiempo y costes en curas, mejora la evolución de la herida quirúrgica y evita complicaciones.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN DIRECTA PARA LA REDUCCIÓN DE REINGRESOS EN POBLACIÓN DE RIESGO TRAS BYPASS CORONARIO

**Autores:** Roberto Galao Malo, Alison Davidson, Joel Estabillo, Julie Swain. Mount Sinai Medical Center, Nueva York.

### INTRODUCCIÓN

Los reingresos después de cirugía cardíaca pueden afectar a entre un 10-20% de los pacientes. Estos conllevan un incremento en los costes y la utilización de recursos hospitalarios. Más de la mitad de los reingresos suelen ocurrir dentro de las primeras dos semanas tras el alta hospitalaria. Sin embargo, muchos de estos reingresos

son potencialmente prevenibles. Hay pacientes con determinantes de salud como bajo ingreso económico, menor nivel de educación, o menor accesibilidad a atención primaria, en los que el riesgo es mayor. El propósito de este proyecto de mejora de la calidad es la creación de un protocolo liderado por enfermeras de atención directa para la reducción de reingresos en población de riesgo.

### MATERIAL Y MÉTODO

El protocolo tiene dos partes. La primera consiste en concertación de la cita de seguimiento con cirugía cardíaca antes de que el paciente sea dado de alta, dentro de los 10 días desde que el paciente es enviado a casa.

La segunda consiste en el seguimiento por parte de una enfermera de atención directa del paciente de forma independiente durante la cita de seguimiento con cirugía cardíaca. Algunas de las actuaciones más frecuentes incluyen el manejo del tercer espacio y la presión arterial, dolor postoperatorio, infecciones, manejo de coagulación y arritmias, y educación para la salud.

Para valorar la puesta en marcha de este protocolo se utilizó un sistema preintervención y postintervención. Se evaluaron un total de 54 pacientes durante el otoño de 2020 considerados de alto riesgo de reingreso. Estos se compararon con 49 pacientes que fueron dados de alta durante el otoño de 2019, también con alto riesgo de ingreso.

### RESULTADOS

El número de reingresos en el grupo preintervención fue del 14.3%. El número de reingresos en el grupo postintervención fue del 16.7%. A pesar de no encontrar una diferencia estadísticamente significativa, el grupo postintervención fue analizado durante el desarrollo de una nueva ola de COVID, tenía un mayor riesgo quirúrgico, mayor riesgo de complicaciones, y estuvo ingresado durante un tiempo más prolongado.

### CONCLUSIONES

Este protocolo con una intervención con enfermeras de atención directa es cuando menos seguro para los pacientes. Es necesario continuar analizándolo con poblaciones comparables y con muestras más amplias para analizar su impacto completo.

## PAPEL DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN EL ESTUDIO ETIOLÓGICO Y FAMILIAR DE LA MUERTE SÚBITA CARDIACA DENTRO DE UN PROGRAMA DE CARDIOPATÍAS FAMILIARES

**Autores:** María Nélica Vázquez Aguilera, Encarnación López Fernández, Ana Fernández Ávila, María Ángeles Espinosa Castro, Irene Méndez Fernández, Cristina Gómez González, Silvia Vilches Soria, María Ángeles Palma Ramírez, Luis Guerra Sánchez.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

### INTRODUCCIÓN

Las cardiopatías familiares (CF) suponen la principal causa de muerte súbita cardíaca (MSC) en pacientes menores de 40 años. Incluyen miocardiopatías, arritmias hereditarias y aortopatías genéticas. Identificar una CF como causa de MSC es clave para prevenir eventos en las familias afectadas.

Objetivo: describir el papel de enfermería de practica avanzada (EPA) en la puesta en marcha de un proceso asistencial para la atención de familiares víctimas de una MSC desde un abordaje multidisciplinar.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estas familias tienen prioridad dentro del programa, asegurando atención integral y continuada desde la humanización de cuidados. Las intervenciones de la EPA son: primer contacto con los familiares con empatía y escucha activa, elaboración de árbol genealógico para detectar familiares en riesgo, asesoramiento sobre documentación para obtención de muestras biológicas del fallecido y organización, gestión y seguimiento de pruebas de cribado a la mayor celeridad.

Muy importante es la gestión de la EPA para la solicitud de autopsia molecular (estudio genético del fallecido). La obtención de muestras se realiza en un circuito establecido entre la Unidad de CF y los organismos de custodia previa autorización judicial. La EPA contacta con los forenses, gestiona la solicitud judicial para la autorización de entrega de muestras al hospital para análisis genético, individualizando el seguimiento de cada caso. La EPA es referente y enlace en la recepción y cursado de muestras e interlocutora directa con las familias desde el primer contacto y a través del correo electrónico y del busca corporativo.

## RESULTADOS

Del año 2015 al 2022, se obtuvieron 51 autopsias moleculares y se estudiaron 155 familiares remitidos por MSC familiar. La autopsia molecular y el screening clínico de los familiares permitió diagnosticar la etiología en 22 familias con MSC no aclarada, en 6 casos se indicó implante de dispositivos preventivos, en 1 se indicó cirugía y en 2 se inició tratamiento cardiológico.

## CONCLUSIONES

La EPA es nexo de unión clave en el equipo multidisciplinar para el manejo del estudio familiar, facilitando y agilizando el proceso. El estudio genético del fallecido junto con el estudio clínico familiar aumenta la rentabilidad diagnóstica en una MSC, lo que permite prevenir nuevos eventos en estas familias.

## PAPEL DE ENFERMERÍA DE PRACTICA AVANZADA EN EL ESTUDIO EN CASCADA CLÍNICO Y GENÉTICO DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON CARDIOPATÍAS HEREDITARIAS

**Autores:** María Nérida Vázquez Aguilera, Encarnación López Fernández, Ana Fernández Ávila, María Ángeles Espinosa Castro, Irene Méndez Fernández, Cristina Gómez González, Silvia Vilches Soria, María Ángeles Palma Ramírez, Luis Guerra Sánchez.

**Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.**

## INTRODUCCIÓN

Las cardiopatías familiares (CF) engloban distintos tipos de miocardiopatías, canalopatías y enfermedades aórticas. Todas pueden ser causa de muerte súbita cardíaca (MSC) y son hereditarias, por lo que si se identifica a un paciente índice se debe extender el estudio a sus familiares de primer grado, ya que existe la posibilidad de que hayan heredado la enfermedad. En las unidades de CF no se evalúan pacientes, sino familias. **Objetivo:** describir la puesta en marcha de un proceso asistencial de enfermería de práctica avanzada (EPA) para el estudio y manejo de familiares asintomáticos.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para el *screening* de familiares asintomáticos se establece una primera consulta de EPA que supone un primer contacto presencial, incidiendo

en la importancia del diagnóstico temprano. Este diagnóstico puede implicar cambios de hábitos de vida e inicio de tratamientos, lo que puede influir positivamente en el pronóstico de la enfermedad, y sobre todo permite la evaluación de los pacientes, especialmente los más jóvenes, en riesgo de MSC.

Las intervenciones específicas de la EPA son: acogida en el programa, entrevista inicial, información general sobre la unidad, resolución de dudas, identificación del caso índice, elaboración del árbol genealógico familiar, realización de electrocardiograma y gestión de pruebas de cribado clínico según protocolo y estudio genético (EG) si procede.

El EG juega un papel relevante ya que un diagnóstico genético concluyente permite identificar sujetos en riesgo, en esta primera consulta de enfermería, también se realiza la extracción, control y manejo de muestra para EG. Por último, se gestiona una cita en consulta médica de CF para entrega de los resultados y consejo genético si es necesario.

## RESULTADOS

Desde el año 2020 al primer trimestre del 2022 se han realizado 261 primeras consultas de *screening*. En los casos de identificación de mutación causal en el EG, 105 portadores sanos se incluyeron en programa de seguimiento clínico periódico, 156 resultaron no portadores y 38 pudieron ser dados de alta.

## CONCLUSIONES

Dada la presión asistencial actual la participación activa de la EPA permite optimizar el manejo clínico de los pacientes, así como agilizar evaluaciones y diagnóstico precoz del desarrollo de la enfermedad.

## PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD AL PACIENTE TRASPLANTADO CARDIACO A TRAVÉS DE LA SALUD MÓVIL

**Autores:** Elisabeth Gálvez Tugas, Anna de Dios López, Laura López López, Vicente Brossa Loidi, Mar Gomis Pastor, Sonia Mirabet Pérez.

**Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.**

## INTRODUCCIÓN

El paciente trasplantado cardíaco (PTC) debido a su elevada complejidad, es un paciente que requiere una atención multidisciplinar integrativa<sup>1</sup>. La búsqueda de nuevas estrategias para mejorar la prevención y promoción de la salud conllevó a la introducción del uso de la salud digital (*mHealth*). Estas herramientas nos ofrecen nuevas posibilidades en la atención a los pacientes de consultas externas (CCEE), permitiendo ser más eficientes y acompañar al paciente y enriquecer la asistencia sanitaria del PTC y familiares.

## MATERIAL Y MÉTODO

El protocolo de educación al PTC a través de la *mHealth* se realizó con la finalidad de mejorar:

- Adherencia a medidas higiénico-dietéticas
- Control de los factores de riesgo cardiovascular fomentando el autocontrol y empoderamiento del paciente
- Contacto bidireccional directo con la enfermera referente de CCEE.

El protocolo de atención de enfermería a estos pacientes consiste en:

- Protocolo de acogida en la sala
- Mensaje de bienvenida en la *app*
- Visita inicio en CCEE en la primera semana tras el alta
- Establecimiento e individualización de pautas de registro en la

app consensuadas con el equipo multidisciplinar y pactadas con el paciente

- Envío de documentación específica al paciente a través de mensajería
- Monitorización continua a través de los resultados reportados por el paciente (PROMS)
- Contacto directo con el paciente a través de la mensajería de forma asíncrona

#### RESULTADOS

En la primera visita de CCEE se consensuan con el paciente y en función de sus características basales los siguientes autocontroles y su frecuencia a registrar en la app: peso, glucemia, ejercicio, tensión arterial, frecuencia cardíaca y estado general. Se refuerza el uso de la app y del apartado de mensajería y se aconseja la lectura de materiales de interés específico para el paciente del apartado Consejos.

Se consideran variables de resultado los autocontroles citados anteriormente, así como el número de consultas recibidas a través del apartado mensajería

#### CONCLUSIONES

- Es indispensable realizar una correcta valoración del PTC para individualizar la estrategia a seguir a través de la app
- La realización de educación sanitaria y monitorización de autocontroles a través de la app permite una intervención anticipada y pone a disposición material formativo
- La salud digital permitiría el empoderamiento del paciente y el acercamiento con su profesional sanitario

## ANALIZAR LA PREVALENCIA Y LA INTENSIDAD DEL DOLOR EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

**Autores:** Leticia Martínez Sánchez, Sara Herrero Miret, Borja Gutiérrez Fernández, Rosa María Gacimartín García, María Dolores Gómez Barriga. **Hospital Clínico San Carlos, Madrid.**

#### INTRODUCCIÓN

El dolor afecta a la calidad de vida de los pacientes, por lo tanto, es importante determinar la prevalencia y la intensidad del mismo para poder paliarlo. El objetivo del estudio es analizar la prevalencia y la intensidad del dolor en una Unidad de hospitalización de Cardiología de un hospital terciario.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal donde se analizó la valoración del dolor en los pacientes ingresados en una Unidad de hospitalización de Cardiología de un hospital terciario. Para la recogida de la muestra se recogieron durante la última semana de marzo y de abril de 2022 los pacientes que se fueron de alta, donde se analizaron las historias clínicas con el fin de describir los registros de la valoración del dolor y la intensidad del mismo durante la estancia hospitalaria.

Se hizo un análisis descriptivo de las variables (media/tabla de frecuencias y porcentajes).

#### RESULTADOS

Se recogieron los datos de 61 pacientes, de los cuales el 59% fueron hombres y el 41% mujeres, con una media de edad de 72 años. En el 100% de los mismos se realizó la evaluación del dolor a través de la escala visual analógica (EVA), con un valor mínimo del dolor de 0 en

el 100% y de nivel máximo con un 50% el 0, 7% 2,3% de 3, 2% de 4, 5 y 6, respectivamente, todos medidos con la escala EVA.

#### CONCLUSIONES

La evaluación del dolor tiene una adherencia en el 100% de los pacientes analizados, este aspecto es importante, ya que se pueden tomar las medidas de una manera anticipada ante la aparición de los mismos. Es preciso la elaboración de un estudio más exhaustivo y con una muestra mayor para poder extrapolar estos datos, y analizar la diferenciación entre dolor agudo y crónico, y si el dolor torácico lo estamos evaluando correctamente, ya que las medidas terapéuticas nada tienen que ver con la del dolor músculo esquelético.

## PUESTA EN MARCHA DEL NOVEDOSO PROTOCOLO DE IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS DEFINITIVO EN LA PROPIA UNIDAD DE CRÍTICOS CARDIOVASCULARES

**Autores:** Miryam González Cebrián, Héctor Gómez García, Elena Alfageme Sastre, Ana María Caramazana González, Lucía Corriero Martín, María García Casares, Patricia Miguel Gómez, María del Carmen Wallas Marcos, María Fernández García, María del Mar López Sánchez.

**Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.**

#### INTRODUCCIÓN

La necesidad de camas de críticos (CC) es cada vez más notable. Reducir los ingresos o estancias innecesarias es un modo de optimización. Prepandemia, el paciente que precisaba la implantación de un marcapasos definitivo (MD), ingresaba en nuestra Unidad de críticos cardiovasculares (UCC): Bloqueos auriculoventriculares II, III, completos) con una estancia media de 24-48h. La pandemia colapso los hospitales e incrementó esta necesidad de CC, surgiendo la iniciativa de guardias de marcapasos para poder atender a estos pacientes 24 horas al día los 365 días al año, con el personal de cardiología intervencionista. Desde marzo del 2022, los implantes se realizan en el box 16 de la UCC, plomado para ello, con el propio personal de la UCC. El objetivo es elaborar un plan de formación ante esta nueva cartera de servicios.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se crea un grupo de trabajo con los responsables de las unidades implicadas para la puesta en marcha del proyecto de implantación de marcapasos definitivo en la UCC asumido por el personal de enfermería de críticos. Se elabora un plan de formación y el protocolo a seguir en la unidad, dotación de material y equipamiento de esta y las intervenciones de enfermería a seguir en cada paso. Decidiendo que se implantarán en la UCC aquellos marcapasos que surjan durante todo el fin de semana y las tardes y noches de diario.

#### RESULTADOS

El plan de formación se inicia en enero del 2022 con la rotación del todo los profesionales por el servicio de electrofisiología en la implantación de dispositivos. Además de formación teórico-práctica en el propio box de técnicas de la UCC a cargo de personal experto de electrofisiología: analizador, material, campo estéril, tipos de MD, Cables, cuidados de enfermería y registros. Asimismo, se elabora un protocolo propio de implante de dispositivos en la UCC. El 1 de marzo de inicia el primer marcapasos llevado íntegramente por personal de enfermería de la UCC.

## CONCLUSIONES

El esfuerzo y dedicación del personal ha permitido llevar a cabo este proyecto. Aunque se ha detectado la necesidad de ampliación de personal para poder sobrellevar la carga añadida.

Ha permitido un desarrollo personal, profesional y aumento de competencias enfermeras además de mejorar la calidad y seguridad del paciente, así como reducir costes evitando su ingreso en una UCC tanto antes como después del implante.

## INNOVANDO EN ESTIMULACIÓN TEMPORAL: MARCAPASOS DE FIJACIÓN ACTIVA

**Autoras:** Elena Alfageme Sastre, Patricia Miguel Gómez, María García Casares, Lucía Corrión Martín, Miryam González Cebrián, Ana María Caramazana González, María del Carmen Walías Marcos.

**Hospital Clínico Universitario de Salamanca.**

## INTRODUCCIÓN

La estimulación temporal mantiene una frecuencia cardíaca adecuada a través de impulsos eléctricos producidos en el miocardio por un generador externo.

Tradicionalmente, la estimulación temporal se ha llevado a cabo a través de un electrodo, insertado a través de un introductor bajo escopia, y conectado a una petaca de estimulación.

Recientemente, en nuestra unidad se han comenzado a utilizar marcapasos de fijación activa en pacientes bradicárdicos con repercusión hemodinámica.

Nuestro objetivo es conocer esta nueva técnica, los cuidados de enfermería que conlleva y las diferencias respecto a la tradicional.

## MATERIAL Y MÉTODO

La técnica de marcapasos de fijación activa consiste en la inserción de un electrodo que tiene una hélice en la parte distal y se ancla al miocardio del ventrículo derecho. Este se conecta a un generador de marcapasos permanente explantado de otro paciente sin signos de infección, reesterilizándose siempre que es necesario usarlo, y dejándolo externalizado fuera del paciente.

Con la llegada de pacientes con esta nueva técnica, se ha elaborado un protocolo consultando con el equipo experto de nuestro hospital y revisando artículos publicados en las principales bases de datos

## RESULTADOS

Los cuidados de enfermería realizados en estos pacientes consisten en una cura aséptica del punto de inserción y fijar el generador a la piel dentro de un apósito con bolsa.

El trabajo con estos pacientes nos ha permitido observar una serie de diferencias entre esta nueva técnica y la de fijación pasiva, como son la disminución del riesgo de dislocación del cable, modos de estimulación más fisiológicos y favorecer la deambulación de los pacientes.

## CONCLUSIONES

El conocimiento del personal de enfermería sobre esta nueva técnica ha permitido proporcionar cuidados de calidad a los pacientes. Además, ha ayudado a afrontar el temor inicial manifestado por el personal de enfermería ante el potencial riesgo de infección y la externalización del cable conectado al generador permanente. La realización de una correcta fijación del mismo a través del apósito con bolsa ha demostrado una forma aséptica de mantener este dispositivo.

La experiencia de esta nueva técnica permite hablar por el momento de una forma de estimulación temporal más segura y cómoda para los pacientes fomentando su autonomía.

## OPTIMIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LA TERAPIA INTRAVASCULAR DE INDUCCIÓN DE HIPOTERMIA TRAS PARADA CARDIORESPIRATORIA

**Autores:** Adriana Luis Quintero, Leila Marina González Díaz, Sonia Jiménez García, Emilio Siverio Lorenzo, Patricia Calderón González, Raúl Villamandos González.

**Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.**

## INTRODUCCIÓN

La terapia de inducción de hipotermia es un procedimiento que se realiza en Cuidados Críticos Cardiovasculares con pacientes que han sufrido una parada cardiorrespiratoria (PCR) con el objetivo de disminuir el daño neurológico secundario a la anoxia cerebral mediante el control estricto de temperatura.

Existen múltiples evidencias sobre sus beneficios, pero el uso en nuestro país es pobre, por lo que se precisaría un mayor estudio sobre la efectividad de estas medidas consiguiendo así recomendaciones de mayor calidad.

Nuestro objetivo es establecer un procedimiento de actuación de cuidados al paciente con hipotermia terapéutica intravascular tras PCR.

## MATERIAL Y MÉTODO

Este procedimiento se ha llevado a cabo con el sistema Thermoguard XP (Zoll), un catéter venoso central de lumen triple, de revestimiento hidrófilo con heparina y radiopaco, alcanzando la temperatura con suero salino 0,9% circulando en asa cerrada.

La elaboración del procedimiento se realizó mediante revisión bibliográfica y consenso entre los componentes del equipo de cuidados.

## RESULTADOS

El procedimiento consta de las siguientes intervenciones:

Control de la consola y temperatura:

- Establecer una temperatura objetivo [32-34°C] que se realizará a una potencia máxima.

- Mantener la temperatura objetivo durante 24h.

- Realizar calentamiento progresivo (entre 0,1 y 0,5°C por hora).

- Opcionalmente y según criterio médico se mantendrá el catéter otras 24h posteriores después de finalizar el calentamiento.

Cuidados hemodinámicos con vigilancia electrocardiográfica, tensión arterial, etc.

Vigilancia de parámetros ventilatorios.

Cuidados neurológicos con monitorización BIS, vigilancia de movimientos espontáneos, fomentar el silencio y evitar los estímulos, así como mantener el cabecero de la cama incorporado unos 30°C.

Prevención de úlceras por presión.

Control de infecciones del catéter.

Cuidados de retirada de catéter previo desinflando del balón y control del riesgo de hemorragia subsiguiente.

Incluiremos al paciente en un registro para evaluar el pronóstico neurológico.

## CONCLUSIONES

La PCR supone un problema de gran magnitud debido a las secuelas que genera y al consumo de recursos. Normalizar los cuidados al paciente sometido a la terapia intravascular de inducción de hipotermia basándonos en la evidencia disponible reduce las complicaciones del procedimiento y colabora con la mejoría del pronóstico neurológico.

## EL RETO DE VIVIR EL TRASLADO A UN NUEVO HOSPITAL DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS CARDIOVASCULARES

**Autores:** Miryam Gonzalez Cebrián, Héctor Gómez García, María Francisca Ramos Daniel, Laura Pérez Carrero, María Soraya Álvarez Castello, María Gema Barriga Miguel, Elena Alfageme Sastre, Ana España Aliste, M.<sup>a</sup> Ángeles Sánchez Calvo, Eva Aguadero Sánchez.

**Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.**

## INTRODUCCIÓN

El cierre de un hospital y la apertura de uno nuevo (NH) requiere una gran organización y coordinación. Un reto para las unidades, más si hablamos de unidades de cuidados críticos. Se busca garantizar al máximo la seguridad del traslado de pacientes y una adecuada puesta en marcha de la actividad del NH. Precisa una gran planificación e implicación de todos los profesionales. El objetivo es describir como se planificó el traslado al NH de nuestra unidad de críticos cardiovasculares (UCC).

## MATERIAL Y MÉTODO

Se formó un comité en UCC con los responsables, médico y enfermero, estableciendo reuniones periódicas que se volvieron semanales en los

meses previos al traslado. Reuniones con la subdirección encargada de la organización del NH. Asimismo, se crearon 5 grupos de trabajo en la unidad para planificar las acciones a realizar.

## RESULTADOS

1. Creación 5 grupo de trabajo: Farmacia: carros de paradas y sistema de automatización de dispensación de farmacia, colocación y ubicación del material fungible, compra externa, los equipos (equipos de ventilación mecánica invasiva y no invasiva, equipo de técnicas de depuración renal, monitorización hemodinámica invasiva, consola de índice y gasto cardíaco...) y el grupo de actualización de protocolos.
2. Reuniones periódicas para ir viendo avances de cada grupo detectando problemas o áreas de mejora.
3. Visitas al NH durante la obra y ya una vez finalizada por todos los profesionales de la unidad en varias ocasiones.
4. Formación para los profesionales en monitorización de cabecera, equipos de ventilación mecánica, camas, columnas de los boxes y equipamiento electromédico nuevo.
5. *Checklist* de puesta en marcha
6. Elaboración del listado de pacientes y organización del traslado de forma individualizada el día previo al traslado

## CONCLUSIONES

El traslado de 10 pacientes críticos se realizó en menos de 3 horas al NH. Un éxito sin ninguna incidencia, gracias a la trabajada planificación por parte de la UCC. La ilusión y actitud ante el traslado de todos los profesionales permitió tener todo previsto y organizado. El liderazgo enfermero fue esencial, asumiendo la enfermería la mayor responsabilidad en el traslado.

El trabajo en equipo, una comunicación efectiva y continua, la profesionalidad, compromiso y entrega, junto con un gran liderazgo de enfermería, fueron las piezas clave en este traslado.



Sábado 22 de octubre, de 09:30 a 10:45 h.

Sala Santa Catalina (Hotel. Planta 3)

## COMUNICACIONES MINI ORALES II

### ELABORACIÓN DE INFOGRAFÍAS PARA FACILITAR LA ADHERENCIA A LA DIETA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

**Autoras:** Nieves Fernández Escobar, Concepción Cruzado Álvarez, Noelia González González, Pilar Martín de la Rosa.

**Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.**

#### INTRODUCCIÓN

La dieta es una parte importante del régimen terapéutico en el paciente con insuficiencia cardíaca (IC). Los objetivos del tratamiento dietético son la reducción de sal, reducción de grasa, reducción de peso si existe sobrepeso u obesidad. La dieta recomendada en nuestro contexto es la dieta Mediterránea, si bien se debe individualizar según las comorbilidades de cada paciente. Las infografías son un medio de comunicación que combina textos y gráficos para ayudar a la comprensión de conceptos complejos por parte de públicos no especializados. El objetivo de este trabajo fue elaborar infografías relacionadas con la dieta para pacientes con IC.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizó una técnica de consenso cualitativa desarrollada en varias fases:

Fase 1: Se revisaron recomendaciones nutricionales recogidas en las guías de práctica clínica y documentos de consenso de sociedades científicas para pacientes con IC.

Fase 2: Se elaboró un listado con las recomendaciones a incluir en las infografías. Se constituyó un grupo de trabajo formado por 3 enfermeras de la Unidad de IC y 2 nutricionistas del hospital. A cada participante se le entregaron 2 listados con las recomendaciones de las 2 infografías. Los participantes disponían de una semana para devolver los listados con sus aportaciones.

Fase 3: En los casos que existía acuerdo de todos los participantes sobre la adecuación de las recomendaciones se dio por concluido el método de consenso. En aquellos casos que existía alguna discrepancia, consideramos que esa recomendación necesitaba ser evaluada.

De forma paralela se entregó a 6 pacientes en seguimiento por la enfermera de IC, la infografía para que evaluaran si resultaba difícil entender la información recogida.

Fase 4: Elaboración de infografías.

#### CONCLUSIONES

El desarrollo de documentos con recomendaciones para el cuidado de la salud, precisa de una serie de fases previas entre las que cabe destacar la búsqueda bibliográfica y la revisión de estas recomendaciones por la población diana.

### MANEJO ENFERMERO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA MEDIANTE UN DISPOSITIVO DE MONITORIZACIÓN: EL CARDIOMEMS®

**Autoras:** Beatriz González Fernández, Eva Crespo García, Ana M.ª Pulido Altamirano, Carmen Rivas Jiménez, Patricia Velayos Martos, Violeta Díaz Herrera.

**Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.**

#### INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) implica una alta mortalidad, hospitalizaciones frecuentes, toma de múltiples fármacos y disminución de la calidad de vida. Constituye la principal causa de ingreso hospitalario en pacientes de edad avanzada.

El CardioMEMS® es un dispositivo inalámbrico indicado en pacientes con IC avanzada y descompensaciones frecuentes. Se implanta en la arteria pulmonar, donde obtiene y transmite datos hemodinámicos que se almacenan en una nube, donde diariamente las enfermeras de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca (UIC) los revisan. Según estos datos, se puede ajustar el tratamiento farmacológico adelantándose a la aparición de sintomatología clínica, ya que se conoce que la alteración de presiones puede aparecer hasta 30 días antes de los síntomas.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo acerca de la relación de los dispositivos implantados, los registros realizados y las intervenciones enfermeras des de 2019 en la UIC.

#### RESULTADOS

Desde 2019, en nuestro centro se han implantado 43 CardioMEMS® (36 actualmente en seguimiento). Se han realizado 690 intervenciones enfermeras totales: 280 llamadas en relación a la lectura del dispositivo, 220 llamadas por detección del aumento de presiones, 236 llamadas para incrementar tratamiento diurético y 46 visitas de seguimiento presencial derivadas de las alteraciones detectadas. Durante este seguimiento, sólo se registraron 11 reingresos correspondientes a 5 pacientes.

#### CONCLUSIONES

El seguimiento diario de CardioMEMS® es una tarea que se ha convertido en una herramienta esencial para reducir los ingresos por descompensación en nuestros pacientes con IC avanzada.

## IMPACTO DE UN PROGRAMA INTENSIVO EDUCACIONAL EN EL ÁMBITO RURAL DESDE REHABILITACIÓN CARDIACA

**Autores:** Ana Martín Sanz, Beatriz Bermejo Muñoz, Rebeca Samaniego Quintanilla, Patricia Oliveros Rey, M.<sup>a</sup> Isabel Domingo Rodilana, Sheila Narros Navas.

**Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.**

### INTRODUCCIÓN

La mayoría de las enfermedades cardiovasculares (ECV) pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados al comportamiento empleando estrategias de detección precoz, tratamiento temprano y realizando Educación para la Salud en las personas sin ECV o con alto riesgo de padecerla. Es precisamente en el ámbito rural donde las intervenciones en Prevención de la enfermedad y Fomento de la Salud se han visto medradas por causas demográficas y socio sanitarias como consecuencia del vaciamiento poblacional.

**Objetivo:** Realizar un programa de Prevención y Promoción de la Salud sobre los FRCV destinado a la población rural desde la Unidad de Rehabilitación Cardíaca (URC) con el fin de fomentar el autocuidado.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo de una cohorte de 350 individuos incluidos en el programa asistencial «Proyecto (...) Cuida tu corazón» de acuerdo con los criterios de inclusión (edad adulta, sexo hombre/mujer, sin/con patología cardíaca) y exclusión determinados con antelación. Estudio aprobado por el Comité de Ética Ref: 22-PI024. Consta de 12 jornadas formativas de 4 horas de duración, aforo limitado, compuestas por charla educativa interactiva, ejercicio físico y consulta de FRCV de Enfermería. Determinación de: Variables: edad, sexo y presencia/ausencia de FRCV: hipertensión, diabetes, tabaquismo, dislipemia, obesidad, sedentarismo. Al finalizar la actividad: Cuestionario de *Satisfacción Client Satisfaction Questionnaire*. Se describen las variables demográficas, FRCV y se relacionaron con el grado de satisfacción. Se analizan las diferencias observadas por grupos de pacientes a través de medidas de tendencia central.

### RESULTADOS

La participación por sexos: predominio mujeres. Edad media: superior a 65 años. La hipertensión es el FRCV con más incidencia seguido por la dislipemia. Mínimo porcentaje de fumadores. Máximo de pacientes con sobrepeso. El grado de satisfacción general es muy elevado en ambos sexos: muy satisfechos con la información recibida, la organización de la jornada y el personal. En todos los casos repetirían una actividad de este tipo.

### CONCLUSIONES

Los usuarios del ámbito rural están muy satisfechos de la información recibida. Es conveniente realizar iniciativas con alcance a esta población con el objetivo de transmitir información sobre los FRCV, realizar educación sanitaria y enseñanza en la autogestión de salud.

## RESULTADO DE UN PROGRAMA DE PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

**Autores:** María José López Marco, María del Mar Martínez Quesada, Laura Prieto Valiente, Victoria Izquierdo Peláez, Rafael Jesús Hidalgo Urbano.

**Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.**

### INTRODUCCIÓN

Es bien conocido que la mortalidad y complicaciones de la cardiopatía isquémica es mayor en las mujeres. Esto se atribuye a formas de presentación distintas, mayor comorbilidad, mayor retraso en el diagnóstico y el tratamiento entre otros. La derivación e inclusión de estas en los programas de Rehabilitación Cardíaca (RC) también es menor que en los varones.

Hicimos un análisis comparativo de las características basales y resultados de pacientes que realizan un programa de RC en función del género.

### MATERIAL Y MÉTODO

Analizamos una cohorte de pacientes que realizaron el programa de Rehabilitación Cardíaca en un hospital de tercer nivel desde enero de 2020 a abril de 2022. Se valoraron las características demográficas y clínicas. Al finalizar el programa, se realizaba una valoración final clínica, analítica y con ergometría para evaluar los resultados del programa.

### RESULTADOS

Se incluyen 494 pacientes en total. Varones el 81,1%, con edad media de 56,5+/-9 años, diabéticos el 27,4% y fumadores el 59,5%. Con arteriopatía periférica el 12%. La patología cardíaca predominante fue un síndrome coronario agudo reciente (89,6%), seguido de insuficiencia cardíaca (6,5%).

En cuanto a las características basales, tenían edades similares y una proporción también similar de diabéticos, fumadores, cardiopatía isquémica precoz y presencia de arteriopatía periférica entre varones y mujeres. La patología cardíaca también era similar. Inicialmente, las mujeres mostraron peor puntuación en el cuestionario de calidad de vida SF36 (59+/-19 vs 56,7+/-21, p=0,015) y peor capacidad funcional en la ergometría inicial (6+/-2,4 METs vs 7,8+/-2,7 METs, p=0,000).

En cuanto a los resultados del programa, lograron un incremento porcentual de la capacidad funcional mayor las mujeres (33 vs 24%, p=0,018). Fueron equiparables los incrementos en METs absolutos y el cuestionario de calidad de vida. Por otra parte, las mujeres tuvieron cifras de TA más bajas en la evaluación final (116 vs 121 mm Hg, p=0,012). El control de las cifras de LDL y HbA1c era similar, sin diferencias significativas entre sexos.

### CONCLUSIONES

Las mujeres que se incluyen en programas de RC tienen un perfil clínico similar a los varones. Aunque inicialmente tienen mayor afectación de su calidad de vida y capacidad de ejercicio, consiguen resultados tan satisfactorios como los hombres con esta intervención.

## EVALUACIÓN CONTINUA EN EL TRATAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. MONITORIZACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE UN PROGRAMA CÓDIGO INFARTO. PAPEL DE LA ENFERMERÍA

**Autores:** Laura Sánchez Martínez, Miguel Ángel Martínez López, Judith Gómez Carrillo, Francisco Gutiérrez Soler, Sofía López Gilibert, Gustavo Caballero Morga, Marta López Cárceles, Fátima Mustafá Hervás, Ramón López-Palop, Manuel Contreras Marín.

**Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.**

### INTRODUCCIÓN

La angioplastia primaria es el tratamiento de elección en el infarto agudo de miocardio (IAM). Su eficacia depende del retraso desde el inicio de los síntomas hasta la reperfusión. Las actuales guías de práctica clínica recomiendan una monitorización de los retrasos con el objetivo de detectar disfunciones y solucionarlas. Protocolizadamente la enfermería puede encargarse de la recogida y análisis de esos datos participando en el control de calidad del programa. Se presenta el protocolo de actuación y los resultados en un centro de referencia dentro de un programa regional código infarto.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se definieron los distintos intervalos de tiempo, inicio de síntomas, llamada a emergencias, primer contacto médico (PCM), diagnóstico del infarto, activación del código infarto, llegada a la sala, punción arteria, paso de guía intracoronaria. Los datos fueron obtenidos, prospectivamente, de la entrevista con el paciente o de la documentación acompañante.

### RESULTADOS

En el año 2021 se realizaron 525 activaciones para angioplastia primaria, el 75,1% fuera del horario laboral, 202 desde el medio extrahospitalario. Se pudieron recoger los distintos retrasos en el 100% de los pacientes. Las medianas (percentiles 25-75) en minutos fueron: inicio de síntomas-PCM: 50,2(27-134). PCM-activación: 36,8(20-81). PCM-reperfusión: 114,9(82,8-172). Síntomas-reperfusión: 193,4(129,6-333,0). Un 40% de los pacientes sobrepasaron el tiempo recomendado PCM-reperfusión de 120 minutos. Los retrasos en las activaciones extrahospitalarias fueron claramente menores que en las hospitalarias.

### CONCLUSIONES

La enfermería puede y debe participar en las monitorizaciones y protocolos de control de calidad en los programas código infarto. Los controles continuos y sistemáticos permiten identificar puntos de mejora que redunden en un beneficio clínico para los pacientes.

## COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN LA ANGIOGRAFÍA ROTACIONAL EN EL LABORATORIO DE HEMODINÁMICA: PREVIENDO PROBLEMAS

**Autores:** Francisco Javier Zamorano Andrino, Silvia España Riveiro, Aranzazu Molina Nieto, Zaida Rebolo Miragaya, Mercedes Becerra Seira.

**Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.**

### INTRODUCCIÓN

Los últimos estudios científicos insisten en que el futuro en el laboratorio de hemodinámica, pasa por la proyección de la angiografía

en 3D; consiguiendo reducir la cantidad de contraste y la exposición a radiación ionizante.

La angiografía rotacional generó dificultad en la movilización del paciente en mesa, provocando complicaciones en la visión de la técnica y posibles lesiones en el paciente a posteriori. Algunos estudios (datos recogidos para C3PO) han detectado hasta un 4% de lesiones nerviosas potenciales por cateterismo. Lesiones potenciales que desde el punto de la enfermería podría ser evitados.

El Objetivo principal de esta revisión y procedimiento es analizar los cuidados de enfermería en la angiografía rotacional.

### MATERIAL Y MÉTODO

Actualmente, en la Unidad de hemodinámica, se trabaja aplicando técnicas que mejoran el confort y previenen lesiones a nivel cutáneo como úlceras por presión o compresión del plexo nervioso braquial. Para ello se protege los brazos con algodón o paños y también se utilizan recursos materiales que evitan la hiperextensión de los brazos. Se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos: PubMed, LILACS, CINAHL, etc.

Por otro lado, se aplicó la Taxonomía NANDA/ NIC/NOC, bajo el paradigma de Marjory Gordon, sobre los cuidados/intervenciones enfermeras.

### RESULTADOS

Una vez localizados los diagnósticos de enfermería: Dominio 11: Seguridad/protección Clase 2: Lesión física. 00087 Riesgo de lesión postural perioperatoria. 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. El objetivo será prevenir lesiones debidas a la postura durante la angiografía rotacional con la ayuda de las intervenciones correspondientes.

### CONCLUSIONES

La necesidad de la búsqueda de la excelencia en cuidados hace que los profesionales del Área sanitaria en la angiografía rotacional sean conscientes de que sus funciones a la hora de preparar al paciente son muy importantes. Por lo que la correcta colocación en la mesa es primordial para evitar posibles lesiones. Lesiones que algunos estudios han presentado como potenciales en los pacientes sometidos a cateterismos.

## EXPERIENCIA INICIAL DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN PROCESOS DE CIERRE DE OREJUELA AMBULATORIOS

**Autores:** M.<sup>a</sup> Teresa Espinosa Moreno, Andrea Arenas Iriarte, Pedro Luis Cepas Guillén, Marc Trilla Corominas, Marta Iriarte, Montserrat Venturas Nieto, Miguel Ángel Giménez Lajara, Laura Sanchís Ruiz, Xavier Freixa Rofastes.

**Hospital Clínic, Barcelona.**

### INTRODUCCIÓN

La actual situación, ha hecho necesario reorientar los modelos de cuidados para lograr una atención sanitaria adaptada a las necesidades. La experiencia acumulada en el cierre percutáneo de la orejuela izquierda ha aumentado la seguridad del procedimiento pudiéndonos plantear el alta ambulatoria. Una adecuada educación del paciente y familia dan lugar a una menor tasa de complicaciones y reingresos. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia inicial de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) en cierre de orejuela ambulatoria.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio prospectivo de pacientes sometidos a cierre de orejuela ambulatorio en un centro terciario. Criterios de inclusión: paciente con teléfono disponible, domicilio a menos de 60 minutos, soporte familiar adecuado, contraindicación absoluta o relativa para uso de anticoagulantes orales, eventos isquémicos recurrentes, sangrados recurrentes o alto riesgo de sangrado. Criterios de exclusión: Comorbilidades Cardíacas /Médicas mayores FE<30%, FG<40 ml/min, Plaquetopenia, alergias severa níquel, presencia de trombos en orejuela izquierda, inestabilidad hemodinámica/eléctrica, pacientes con enfermedad reumática cardíaca, vivir solo o problemática social. La EPA realiza una primera visita pre procedimiento. Tras el procedimiento el paciente permanece en observación 6 horas, mediante un *checklist* se corrobora la ausencia de complicaciones. Al alta, la EPA refuerza la información al paciente y familia. A su vez, se le indica el circuito de urgencia y se le facilita un número de teléfono al que contactar en caso de emergencia.

**RESULTADOS**

Durante la puesta en marcha del programa del (08/2021), se han incluido 26 pacientes, de los cuales 4 se excluyeron por no cumplir criterios. El alta ambulatoria fue un éxito en el resto. Un paciente quedó ingresado post procedimiento tras evidenciar derrame pericárdico y reingreso 1 paciente por tromboembolismo pulmonar a los 10 días de realizar el procedimiento con buena evolución.

**CONCLUSIONES**

La aplicación estricta de unos criterios de inclusión y exclusión permiten una correcta selección del paciente. La EPA proporciona una continuidad del cuidado favoreciendo la autonomía y el autocuidado del paciente, disminuyendo la tasa de complicaciones y de reingresos hospitalarios.

## GUÍA PARA EL PACIENTE Y CUIDADOR ANTE UN IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

**Autores:** Miryam González Cebrián, Héctor Gómez García, Elena Olaya González Egido, Rosa María Carreño Sánchez, Sara Alonso Meléndez, Sergio López Tejero, Pablo José Antúnez Muiños, María García Casares, Beatriz Tapia Majado, Ignacio Cruz González.

**Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.**

**INTRODUCCIÓN**

El implante de válvula aórtica percutánea (TAVI) se ha convertido en tratamiento de elección para pacientes con estenosis aórtica (EA) severa de alto riesgo quirúrgico (RQ), y una alternativa válida a la cirugía para pacientes de RQ intermedio/bajo. La expansión de indicaciones TAVI junto con el envejecimiento poblacional, se traducirá en gran incremento del número de TAVI en los próximos años. Establecer un programa TAVI con el paciente en el centro y desarrollar la figura TAVI nurse es fundamental para mantener continuidad en los cuidados empoderando al paciente TAVI en el proceso de su enfermedad. El objetivo es elaborar una guía TAVI para el paciente/cuidador que mejore su preparación, conocimientos y satisfacción de cara al procedimiento.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se formó un grupo de trabajo determinando aspectos imprescindibles, búsqueda bibliográfica y experiencias de centros referentes. Se elabora una guía que consta: 1) Educación sanitaria enfermera durante

la consulta PreTAVI y 2) Elaboración de un folleto informativo para el paciente. La guía consta de educación oral y escrita para favorecer la retención de la misma.

**RESULTADOS**

- 1) Presentación de diapositivas sobre: Definición de EA, Clínica de la EA, Explicación de técnica TAVI (accesos, prótesis, analgesia, video de la técnica), Complicaciones, Visita virtual por unidades por donde pasa el paciente (Hospital de día cardiológico, Hemodinámica, Críticos y Hospitalización) y Cuidados al alta.
- 2) Folleto informativo: donde ingresar, cuidados enfermeros que se realizan en cada unidad, recordatorios de cara al día del implante (ayunas, medicación...) y teléfono de contacto para dudas.

**CONCLUSIONES**

Para el paciente/cuidador y enfermería, la guía ha tenido muy buena aceptación. Convierte a nuestro paciente en *paciente informado* y mejor preparado, además de sentir que forma parte del proceso. Poner al paciente en el centro es fundamental para que llegue en las mejores condiciones al procedimiento y su recuperación sea mejor y más temprana. La enfermera ayuda a resolver dudas, reducir la ansiedad, aportar estrategias de afrontamiento y aumentar la satisfacción. Las competencias y experiencia enfermera son idóneas para liderar programas TAVI e iniciativas como poner en marcha una guía TAVI es un buen ejemplo. Liderando así la transformación de la forma en la que cuidamos a los pacientes TAVI.

## ANÁLISIS DEL GRADO DE SEGUIMIENTO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE HEMODINÁMICA TRAS UN AÑO DE SU CREACIÓN

**Autores:** Jonatan Valverde Bernal, Ester Bajo Arambarri, Gemma Berga Congost, José Martínez Pérez.

**Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.**

**INTRODUCCIÓN**

Los procedimientos percutáneos valvulares se han incrementado de forma exponencial en los últimos años. Según las guías de práctica clínica se recomienda un enfoque multidisciplinar en el abordaje de estos pacientes, este hecho ha requerido de la creación de consultas prequirúrgicas y postquirúrgicas de enfermería. El objetivo de este estudio es describir el grado de seguimiento en consultas de enfermería de pacientes tributarios de procedimientos valvulares percutáneos.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes tributarios de procedimientos valvulares percutáneos desde febrero de 2021, fecha de creación en nuestro centro de un programa de consultas de enfermería prequirúrgicas y postquirúrgicas. Se recogieron datos de febrero de 2021 a febrero de 2022.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 181 pacientes. De estos, el 96,7% se le realizó un procedimiento percutáneo.

El 58,6% de los pacientes intervenidos acudieron a consulta prequirúrgica de enfermería.

Del total de pacientes que recibieron seguimiento tras la intervención,

el 57,8% fueron visitados por enfermería. Destaca que el 70% de los implantes de válvula aórtica transfemoral recibieron seguimiento de enfermería.

Únicamente el 33,7% de los pacientes intervenidos recibió consulta prequirúrgica y postquirúrgica de enfermería.

#### CONCLUSIONES

El número de pacientes que no reciben consulta previa a la intervención es elevado y requiere de un análisis posterior para evaluar las causas y realizar opciones de mejora.

El seguimiento posterior de enfermería se realiza en la gran mayoría de pacientes intervenidos de implante de válvula aórtica percutánea.

Se requieren estudios futuros para analizar el impacto de las consultas de enfermería en los indicadores de calidad.

adquiridos, 96% en la utilidad comprensión de la enfermedad y tratamiento, 96% en la seguridad y confianza adquiridas y 98% para la satisfacción global. Con una media de satisfacción global del 97%. De media había unos 17 participantes por sesión lo que supone un índice de representatividad de resultados mayor del 95%

#### CONCLUSIONES

El proyecto pretende mejorar la experiencia de los pacientes hospitalizados, que tomen una actitud activa en cuanto a su formación y que interactúen con los profesionales sanitarios de una forma horizontal. Cuidar y curar al paciente como persona, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud.

## ANIMACIÓN EDUCATIVA SOBRE SALUD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CARDIOLÓGICOS HOSPITALIZADOS

**Autores:** Carmen Neiro Rey<sup>1</sup>, Belén Álvarez Álvarez<sup>1</sup>, Antía De La Fuente Rey<sup>1</sup>, Ana Roman Pena<sup>1</sup>, Laila González Melchor<sup>1</sup>, David García Vega<sup>1</sup>, José Seijas Amigo<sup>2</sup>, José Ramón González Juanatey<sup>1</sup>, Alejandro Virgós Lamela<sup>1</sup>, Carlos Peña Gil<sup>1</sup>.

**1** Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña; **2** Instituto de Investigación Sanitaria Santiago de Compostela (IDIS), A Coruña.

#### INTRODUCCIÓN

Una de las primeras causas de muerte a nivel mundial son las enfermedades cardiovasculares (ECV). Éstas son mayormente de carácter crónico por lo que es necesario que los pacientes tengan conocimiento de los autocuidados para mejorar su pronóstico y gestionar su salud.

El objetivo principal era que los pacientes ingresados, en la planta de Hospitalización del Servicio de Cardiología y acompañantes adquirieran conocimientos sobre su enfermedad y cuidados, fueran capaces de identificar causas y síntomas de su enfermedad y alcanzaran hábitos de vida saludables con el mayor grado de autonomía posible para una correcta prevención cardiovascular.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo, observacional y descriptivo que incluyó sesiones entre diferentes profesionales sanitarios, pacientes y cuidadores durante la hospitalización, en un espacio anexo, entre diciembre 2021 y marzo 2022.

Estos encuentros formativos duraban aproximadamente 30 minutos, al terminar se realizaba una fase de preguntas y discusión sobre el tema. Se utilizaba una presentación audiovisual por cada profesional empleando un lenguaje coloquial, alguna iba acompañada de demostración con entrenamiento y simulación operativa. Voluntariamente tras finalizar la sesión cubrieron un cuestionario de valoración y observaciones de la misma.

#### RESULTADOS

De las 36 sesiones realizadas, se recogieron 348 encuestas voluntarias entre los pacientes y familiares.

El índice de satisfacción fue del 99% para el ítem de conocimiento por el profesional, 99% para la claridad en la exposición, 98% para la disponibilidad en la resolución de consultas, 96% en los conocimientos

# PÓSTERES

Sábado 22 de octubre, de 10:45 a 11:45 h.

E-póster 4 (Planta 0)

## PÓSTERES

### Enfermería en Cardiología I

#### EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN PACIENTE DESESTIMADO PARA TRANSPLANTE CARDIACO Y SOMETIDO A IMPLANTE DE MITRACLIP

**Autores:** Esther Alejandra Duque López, Asunción Mendiola Martínez, María de las Mercedes Rodrigo Cuadrado, Estrella Barreñada Copete, Nuria Poza Gómez, Juan M.<sup>a</sup> Guerra Polo.

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

##### INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad crónica y degenerativa del corazón. Los síntomas aparecen repentinamente y son graves. Con un tratamiento y educación adecuada, los pacientes pueden mejorar rápidamente. El objetivo desde nuestra consulta de enfermería de IC es establecer un plan de cuidados individualizado para resolver las necesidades identificadas y detectar signos y síntomas de alarma de descompensación de IC.

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 68 años exfumador, hipertenso (HTA), prediabético que ingresa por IAM anterolateral KILLIP I, realizándose coronariografía cardiaca con implante de dos STENT. Durante este evento tuvo el primer episodio de IC, con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 40 % remitiéndolo a nuestra consulta de enfermería de IC y al programa de rehabilitación cardiaca. Posteriormente presentó varios episodios de descompensación de la IC que precisaron ingreso hospitalario. En revisiones posteriores hay una disfunción sistólica severa (FEVI 30%) e insuficiencia mitral (IM) grado II-IV. Ante el deterioro de la FEVI se decide realizar nueva coronariografía con buen resultado de los STENT, ergoespirometría y se implantó desfibrilador automático implantable-terapia de resincronización cardiaca (DAI-CRT) para la inclusión en la Unidad de IC avanzada y trasplante cardiaco, pero fue desestimado por edad límite. Como medida alternativa para mejorar su IM se decide implante de mitraclip.

##### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Realizamos un plan de cuidados individualizados según el modelo de Virginia Henderson usando la taxonomía NANDA NIC NOC. Desde el inicio todas las intervenciones han sido dirigidas hacia cuidados cardiacos agudos (4044), disminución del gasto cardiaco (00029) y así como la disposición para mejorar los conocimientos (00161) de la familia y el paciente en todo momento. Además, se incide en la prevención de riesgos potenciales y complicaciones asociadas al cuidado del paciente portador de dispositivo y mitraclip.

##### REFLEXIÓN

El plan de cuidados ha permitido garantizar la calidad de los cuidados enfermeros y optimizar la situación del paciente. La evolución clínica nos obliga a reevaluar los planes de cuidados y a un replanteamiento continuo de las necesidades del mismo. Constatándose el papel fundamental de la consulta de enfermería de IC en el abordaje de estos casos.

#### AUTOCURA DEL DRIVELINE. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Autoras:** Trinidad Cano López, Juana María Fontanella Sastre, María Josep Arévalo Rubert.

Hospital Son Espases, Palma de Mallorca.

##### INTRODUCCIÓN

El uso de los dispositivos de asistencia ventricular (DAVI) de larga duración permite prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida a pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) en fase avanzada. Según las guías existe contraindicación del trasplante cardiaco en pacientes que hayan tenido un cáncer en los últimos cinco años. En este caso, el DAVI supone una alternativa terapéutica como puente a la candidatura. El objetivo es elaborar un plan de cuidados de Enfermería individualizado destinado a una paciente portadora de DAVI tras verbalizar la necesidad de adquirir conocimientos y habilidades necesarios para realizar de forma autónoma y segura la cura del *driveline*.

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer 49 años. Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería. Exfumadora. Miocardiopatía hipertrófica con áreas de no compactación en 2013. Genética positiva (MYBPC3). Disfunción ventrículo izquierdo (VI) moderada. Coronarias sin lesiones. Implante de DAI 2014. Grado funcional (GF) II/IV *New York Association* (NYHA).

En 2019 diagnosticado carcinoma inflamatorio de mama izquierda. Neoadyuvancia con quimioterapia limitada por disfunción sistólica VI severa. Mastectomía izquierda y vaciamiento más extracción de DAI para radioterapia adyuvante, completada en diciembre 2019. Reimplante de DAI febrero 2020. IC en progresión en 2020. GF III/IV con fisiología de llenado muy restrictiva a pesar de tratamiento médico optimizado y Levosimendan ambulatorio. VO2 máx 11ml/kg/min. Comentado caso con el hospital con programa de trasplante y se decide implante de DAVI como puente a candidatura. Implante 20/4/2021. Sin complicaciones postquirúrgicas. Actualmente GF II, Ningún ingreso.

A los tres meses del implante, en consultas de seguimiento de IC verbaliza la necesidad de realizar un viaje sola y aprender la autocura del driveline.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se desarrolla plan individualizado de cuidados según modelo Virginia Henderson utilizando taxonomía *North American Nursing Diagnosis Association, Nursing Outcomes Classifications* y *Nursing interventions Classification*.

#### REFLEXIÓN

Satisfacer la necesidad de autonomía verbalizada por la paciente abre un nuevo campo para los cuidados de los pacientes portadores de DAVI. El empoderamiento de la paciente aumenta su autonomía, satisfacción y calidad de vida. El programa de seguimiento hizo posible que pudiera realizar el viaje de 1 mes con éxito y sin complicaciones añadidas.

## PRINCIPALES CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS UN DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSIS

**Autores:** Francisco Alba Saá, María de los Ángeles Pacios Pacios.

**Hospital Universitario de Salamanca.**

#### INTRODUCCIÓN

La amiloidosis es una enfermedad sistémica producida por un depósito anómalo de proteínas en diferentes órganos, alterando su estructura y función normal. En caso de que el órgano diana de este depósito sea el corazón estaríamos ante una amiloidosis cardiaca. Los síntomas y signos de esta enfermedad van cambiando a la par que esta va evolucionando, por lo que la calidad de vida de estos pacientes, así como la de su entorno, se ve afectada en dicha medida. Por ende, los cuidados de enfermería deben ir cambiando en la medida en la que lo irán haciendo sus necesidades. Nuestro objetivo fue establecer un plan de cuidados de enfermería generalizado acorde al estado del paciente en cada una de las fases de la enfermedad.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión de la bibliografía sobre la amiloidosis y los cuidados de enfermería en los últimos cinco años, comprobando que lo publicado sobre el tema era escaso. A continuación, se valoraron de las necesidades estándar de estos pacientes en las distintas fases de la enfermedad, según el modelo conceptual de Virginia Henderson, y posteriormente se estableció un plan de cuidados en consonancia a dichas necesidades y fases.

#### RESULTADOS

Tras definir los principales diagnósticos de enfermería que puede presentar un paciente con esta enfermedad, hemos establecido los objetivos prioritarios y las correspondientes intervenciones de enfermería con las que poder conseguir dichos objetivos.

#### CONCLUSIONES

Tanto el paciente como su entorno ven afectada su calidad de vida tras el diagnóstico médico de amiloidosis. Que los equipos de Enfermería conozcan las necesidades que se van a ver alteradas en ellos mejorará los cuidados que se les puedan ofrecer, y por ende la calidad de vida de estos pacientes.

## TRASPLANTE CARDIO-HEPÁTICO EN PACIENTE CON ACIDEMIA PROPIÓNICA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

**Autores:** Coral Ojeda García, María Isabel Blázquez Jiménez, María Rojas Ledesma, Gema Burgueño Cumplido, Blanca Gutiérrez Asensio, Noelia Sánchez Barroso, Clara Expósito Cepeda, Rebeca Manzanares García, Begoña Hernández Maruri, María Pilar Troya Martín.

**Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.**

#### INTRODUCCIÓN

La acidemia propiónica es una alteración metabólica congénita que condiciona la necesidad de tener una dieta hipoproteica restringida en metionina, treonina, valina e isoleucina.

El paciente presenta, miocardiopatía dilatada con disfunción severa del ventrículo izquierdo, motivo por el cual se decide, en sesión médico-quirúrgica, incluir al paciente en lista de espera para doble trasplante de hígado y corazón.

El objetivo es dar a conocer esta enfermedad metabólica, así como el establecimiento de un plan de cuidados individualizado, garantizando la seguridad del paciente y la continuidad de cuidados al alta hospitalaria.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente varón, de 22 años, con diagnóstico de academia propiónica por mutación diagnosticado a los 7 meses de edad.

El proceso de atención de enfermería comienza haciendo una valoración de sus necesidades. Un desequilibrio nutricional podría desencadenar a una descompensación metabólica, con alteraciones neurológicas.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realiza un plan de cuidados individualizado, siguiendo la metodología NANDA-NOC-NIC.

Se incluyen los diagnósticos de enfermería, derivados de la valoración del paciente, según las necesidades alteradas.

Dentro de los resultados esperados destaca el control de riesgo de infección, tos eficaz, mantenimiento del equilibrio y restauración de la marcha, cumplimiento de dieta prescrita, mantenimiento de necesidades metabólicas.

Las intervenciones de enfermería incluyen administración de medicación, administración de nutrición parenteral, enseñar medicamentos prescritos, manejo de la ansiedad, ayuda al autocuidado, protección frente a infecciones.

#### REFLEXIÓN

La evolución del paciente fue favorable, aunque compleja, permitiendo el alta hospitalaria.

El caso de este paciente ha permitido la realización de un plan de cuidados individualizado, inmerso en un trabajo multidisciplinar, dando visibilidad a los cuidados de enfermería.

El uso de una taxonomía común realizando un informe de continuidad de cuidados, garantiza la continuidad entre niveles asistenciales al alta del paciente.

## PREVENCIÓN DE MUERTE SÚBITA DEL DEPORTISTA Y DETECCIÓN DE ENFERMEDADES EN RECONOCIMIENTOS MÉDICOS DEPORTIVOS

**Autor:** Antonio Rodríguez Martínez.

**Masqsano Salud y Deporte S.L.P., Almería.**

### INTRODUCCIÓN

El reconocimiento médico deportivo es considerado como un punto de partida para cualquier deportista antes de incorporarse a la actividad física o deportiva. Su objetivo principal es la detección de patologías que pudieran poner en riesgo su vida. Los episodios de muerte súbita no son frecuentes, pero causan un alto impacto tanto en la comunidad deportiva y médica. En este sentido, resulta importante poder analizar la aplicación del reconocimiento médico deportivo (RMD), según el protocolo de la empresa Masqsano Salud y Deporte S.L.P.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se tomó una muestra de 7342 con edades comprendidas entre los 3 y 85 años de las provincias de Granada, Almería y Málaga, a los cuales se les realizó el RMD de acuerdo con el método Masqsano. El método Masqsano, se inicia con la revisión en primer lugar la historia clínica aportada por el deportista, seguidamente pasa a la evaluación antropométrica, además de valoración de la huella plantar y valoración de la agudeza visual. El tercer paso, es la exploración médica completa. Engloba la valoración global por órganos. Por último, se realiza la exploración cardiovascular con electrocardiograma digital y monitorización de constantes vitales. Además, se aplicaron los criterios de Seattle 2017.

### RESULTADOS

Se determinaron 112 casos de patologías cardíacas, de los cuales 60 casos de patologías cardíacas ya conocidas por el deportista y 52 casos de patologías cardíacas conocidas. De este grupo de patologías cardíacas no conocidas, sólo el 5,9% de los casos requirió intervención quirúrgica, el 21,1% se encuentra en revisión y el 73% fue dado de alta. El total de casos con patologías cardíacas sólo representa un 1,35% de la muestra. De esta parte de la muestra que se derivada a cardiología, se encontró que el 31% fue referido por soplos cardíacos funcionales, un 23% por inversión de la onda T, el 19% por dolor torácico y disnea, 11% por síncope, pre-excitación ventricular (6%), extrasístolia ventricular (6%), taquiarritmia supraventricular (2%) y bloqueo completo de rama derecha (2%).

### CONCLUSIONES

Realizar una RMD que incluya la evaluación del ECG, complementa la evaluación médica y facilita la detección de patologías cardíacas hasta la suspensión de la actividad deportiva de manera definitiva o permanente, según el nivel de riesgo que signifique para la vida del deportista.

## PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA EL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA SEVERA CON IMPLANTE VALVULAR

**Autores:** Ane Aja López, Naiara Sendino Laya, Laura Puerta Serén, Sarai Robles Hurtado, Aurelia Valdelvira Serrano, Aitziber Larrabide Acha, Susana Sainz-Terrones Peña, Olga Fernandez-Villa Baranda, Irina Draghina, Íker Apraiz Sánchez.

**Hospital de Galdakao, Vizcaya.**

### INTRODUCCIÓN

La insuficiencia tricuspídea es una valvulopatía que provoca el retorno sanguíneo del ventrículo derecho a la aurícula derecha. Esta patología generalmente suele ser secundaria a enfermedades de cavidades izquierdas y suele aparecer frecuentemente en pacientes con hipertensión pulmonar. Las técnicas de intervencionismo percutáneo sobre esta válvula, el implante de la TricValve en este caso, no suelen realizarse en la práctica clínica habitual por lo que el personal de enfermería no se encuentra familiarizada con ellas. Es por ello por lo que se considera importante disponer de un protocolo para la realización de dicha técnica.

### MATERIAL Y MÉTODO

Este protocolo que se presenta está basado en la experiencia del personal y la bibliografía existente y ha sido validado por un equipo multidisciplinar. Se describen los cuidados del paciente pre, intra y postprocedimiento así como los accesos vasculares necesarios y su posterior manejo. Se enumera el material necesario y la preparación de este incluyendo el tratamiento farmacológico. Por último, se exponen las posibles complicaciones derivadas del procedimiento.

### RESULTADOS

El éxito en el implante de la TricValve es el resultado esperable de aplicar el protocolo ya que el personal de enfermería tiene un papel crucial en garantizar la seguridad del paciente, en la constante monitorización y en la correcta preparación de cada material que se emplea en el procedimiento, así como en los cuidados inmediatos.

### CONCLUSIONES

Disponer de un protocolo asistencial validado es de gran ayuda a la hora de minimizar posibles riesgos de sepsis, seguridad y reducir la duración del procedimiento y así la ventana iatrogénica y por supuesto estar preparados ante posibles complicaciones.

## DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO EN OCLUSIONES TOTALES CRÓNICAS AMBULATORIAS

**Autores:** M.<sup>a</sup> Teresa Espinosa Moreno, Pablo Vidal Calés, Marc Trilla Corominas, Montserrat Venturas Nieto, Miguel Ángel Giménez Lajara, Omar Abdul-Jawad Altisent, Ander Regueiro Cueva.

**Hospital Clínic, Barcelona**

### INTRODUCCIÓN

La actual situación asociada a la pandemia del COVID-19 ha hecho necesario reorientar los modelos de cuidados. El manejo percutáneo de las oclusiones totales crónicas (CTO) sigue siendo un desafío. Estudiar detenidamente cada caso nos plantea la posibilidad del tratamiento percutáneo ambulatorio de manera segura, una adecuada preparación y educación del paciente y familia, así como un seguimiento precoz nos permitiría plantearnos el alta el mismo día del procedimiento. El objetivo es estandarizar el protocolo del paciente sometido a intervencionismo percutáneo de CTO ambulatorio.

### MATERIAL Y MÉTODO

Para ello se elaboraron unos criterios de inclusión y de exclusión. La enfermera de práctica avanzada (EPA) realiza una primera visita pre-procedimiento, tras el procedimiento el paciente permanece en



observación 6 horas, mediante un *checklist* se corrobora la ausencia de complicaciones. Previa alta se realiza una visita educativa al paciente y familia. Se le indica el circuito de urgencia y se le facilita un número de teléfono al que contactar en caso de emergencia. Posteriormente la EPA realiza visitas de seguimiento a las 24 horas y al mes mediante una hoja de seguimiento telefónico valorando las complicaciones asociadas a la punción, dolor mediante la escala verbal numérica (EVN), valoración clínica y educación del tratamiento prescrito y necesidad de reingreso.

#### RESULTADOS

Desde el inicio del programa (07/2021) los pacientes se evaluaron mediante seguimiento telefónico a las 24 h y al mes, como indicadores de resultados y como intervenciones de enfermería prioritarias se han evaluado: (NOC) 2102 dolor torácico: nivel de dolor, (NIC): manejo del dolor (1400), (NOC) 1101: Integridad tisular; piel y membranas mucosas, (NIC) 1801: Ayuda con los autocuidados, (NIC) 3584: Cuidados de la piel, (NOC): equilibrio emocional (1204) (NIC): aumentar el afrontamiento (5230) (NIC): apoyo al cuidador (7040) (NIC) Enseñanza: medicamentos prescritos (5616).

#### CONCLUSIONES

Disponer de un protocolo con unos adecuados criterios de inclusión y exclusión, así como la estandarización de la práctica y seguimiento precoz de la EPA en la CTO ambulatoria fomenta la seguridad del paciente y familia. A su vez el seguimiento telefónico y disponer de un teléfono de contacto otorga la detección precoz de complicaciones y reingresos.

## IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA: UN DISPOSITIVO PARA CADA PACIENTE, UNOS CUIDADOS PARA CADA DISPOSITIVO Y PACIENTE

**Autores:** María José Morales Vicente, Mónica Collado Martín, Itziar López Zarrabeitia, Vera Rodríguez García Abad, José Javier Tena Chacón, María Jesús Colino Lamparero, Ana María López Soto.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

#### INTRODUCCIÓN

La implantación de prótesis aórticas transcáteter (TAVI) ha supuesto una alternativa fiable al reemplazo valvular quirúrgico. La actual ampliación de las indicaciones de la TAVI se debe en gran medida a un rápido y amplio desarrollo de los dispositivos disponibles que han mejorado los resultados de la técnica, reduciendo la tasa de complicaciones y facilitando el procedimiento.

Elegir el dispositivo más apropiado depende de diversos factores, como las características clínicas del paciente y otros como la experiencia del equipo o factores organizativos y económicos.

Los cuidados de enfermería deben adaptarse a los requerimientos del procedimiento y las necesidades del paciente.

Objetivo: Describir los diferentes tipos de prótesis percutáneas, los criterios de selección del dispositivo y los cuidados específicos que requiere el procedimiento y el paciente según sea el dispositivo utilizado.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica y análisis de las diferentes prótesis aórticas percutáneas, los criterios y variables que más influyen en la elección del dispositivo.

#### RESULTADOS

En nuestra unidad se han realizado hasta el momento más de

1100 implantes percutáneos de válvula aórtica percutánea. Las características clínicas de los pacientes como el grado de calcificación, la disfunción ventricular, enfermedad coronaria, las medidas del tronco iliaco-femoral, portar marcapasos, etc., junto a experiencia del equipo, condicionan la elección del dispositivo.

Elaboramos un plan de cuidados para los procedimientos TAVI adaptándolo a cada paciente y procedimiento. Los diagnósticos de enfermería más frecuentes: Riesgo de infección, Disminución del gasto cardíaco, Exceso de volumen de líquidos, Patrón respiratorio ineficaz y Riesgo de sangrado

#### CONCLUSIONES

Aunque existen características diferenciales entre los dispositivos que los hacen apropiados o no para algunos pacientes, existen otros factores a tener en cuenta como la curva de aprendizaje, la experiencia y otros de tipo organizativo, que son también importantes a la hora de elegir el adecuado.

Los cuidados de enfermería presentan características comunes en todos los procedimientos TAVI, aunque deben adaptarse y tener en cuenta las características propias del dispositivo utilizado y las necesidades del paciente para asegurar unos cuidados adecuados y prevención de complicaciones.

## INNOVACIÓN EN EL CIERRE DE ACCESO FEMORAL VENOSO. TÉCNICA DEL PUNTO DE SUTURA EN OCHO CERRADO CON LLAVE DE TRES VÍAS

**Autores:** Cristina Díaz Sánchez, Leticia Calvo Rivas, Javier Verísimo Recio Hernández, Manuel Jesús Calvo Flores, Pedro Manuel Calvo Flores, María Borrego Alonso, Patricia Puparelli Martín, María del Rosario Martín González, Margarita Farias Martín, Begoña Pérez Montejo.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

#### INTRODUCCIÓN

La hemostasia de los accesos, tanto venosos como arteriales, así como la prevención y actuación ante posibles complicaciones en los procedimientos de hemodinámica estructural es fundamental.

El punto en ocho es una técnica novedosa que consiste en el cierre de las venas femorales puncionadas mediante una sutura ajustada con una llave de tres vías. Esto nos permite evitar cualquier complicación relacionada con el sangrado postpunción, como son la aparición de hematomas y hemorragias.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 81 años, con antecedentes médicos de fibrilación auricular permanente, ictus isquémico previo, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica.

Indicación: Riesgo de ictus de repetición.

Tratamiento: cierre percutáneo de orejuela izquierda. Se canaliza la vena femoral derecha con un introductor de 7 french. Se realiza punción transeptal ecoguiada y se intercambian catéteres y vainas para implantar un dispositivo de 22 mm de diámetro. Se comprueba la posición adecuada mediante angiografía y ecocardiografía y se libera el dispositivo. Se realiza la hemostasia de la vena femoral mediante un punto de sutura en ocho cerrado con llave de tres vías que debe ser retirado progresivamente según sangrado a las 4 horas del cierre del mismo.

Diagnósticos de enfermería: Riesgo *shock* [0205], Riesgo de sangrado [0206]

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

- Criterios de resultado: Control del dolor [1605]. Efectividad de la bomba cardiaca [0400]. Respuesta a la medicación [2301]. Integridad tisular: piel y membranas mucosas [1101]

- Intervenciones de enfermería: Administración de medicación intravenosa [2314]. Administración de hemoderivados [4030]. Cuidados cardiacos agudos [4044]. Cuidados del sitio de incisión [3440].

#### REFLEXIÓN

El objetivo principal es evitar los riesgos asociados a complicaciones de sangrado post-intervención. La enfermería ejerce un papel fundamental para prevenir complicaciones en el cierre venoso y debe tener unos conocimientos adecuados, así como un manejo correcto de la técnica del punto en ocho para controlar la hemorragia en el postoperatorio inmediato.

## COMPRESIÓN MANUAL ECOGUIADA: UN MÉTODO PARA LA RESOLUCIÓN DEL PSEUDOANEURISMA RADIAL

**Autores:** Teresa Guiberteau Díaz, David Sánchez Santiago, Cristina Tevar Gómez, Fátima Domingo Calvo, Cristina Polonio Molero, Andrea Sánchez Carpintero, Camino Fernández García, Elena Maull Lafuente.

**Hospital del Mar, Barcelona.**

#### INTRODUCCIÓN

Un pseudoaneurisma se define como una dilatación por rotura de la pared arterial que no incluye las tres capas de la arteria, a diferencia de los aneurismas verdaderos. Son lesiones poco comunes, aunque de gran relevancia debido a sus potenciales complicaciones.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 79 años, hipertensa, diabética y dislipémica; portadora de una válvula aórtica biológica degenerada que genera una estenosis aórtica moderada-severa.

Tras la coronariografía diagnóstica se evidencia la presencia de una masa pulsátil radial. Cirugía vascular realiza un estudio de ecografía que confirma la existencia de un pseudoaneurisma en la porción ventral de la arteria radial. Se realiza compresión ecoguiada por parte de enfermería, supervisada por cirugía vascular, consiguiendo la trombosis del pseudoaneurisma. Además, se aplica un vendaje compresivo de mano a codo.

La paciente que había sido programada para la realización del procedimiento de forma ambulatoria queda ingresada hasta el día siguiente hasta cumplir los criterios al alta: ecografía de control (trombosis completa del pseudoaneurisma), dolor controlado y comprende los cuidados al alta.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se describe el plan de cuidados utilizando los patrones funcionales de M. Gordon y las taxonomías NANDA-NIC-NOC, formulándose como diagnósticos principales: [00206] Riesgo de sangrado, [00024] Perfusión tisular inefectiva y [00146] Ansiedad.

Para cada diagnóstico se identificaron resultados (NOC) con sus indicadores e intervenciones (NIC) con sus actividades.

Además, surge un problema interdisciplinar, el pseudoaneurisma

radial, para el que se describen los roles tanto autónomos como interdependiente.

#### REFLEXIÓN

La compresión ecoguiada, realizada por personal experto, constituye una herramienta útil en el tratamiento de las complicaciones vasculares derivadas de los procedimientos intervencionistas.

La individualización de un plan de cuidados mediante la evaluación de las intervenciones y resultados, y la detección precoz por la enfermera especializada permite controlar riesgos y minimizar sus consecuencias.

## LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CON SISTEMA DE COMPRESIÓN MECÁNICO EN EL IMPLANTE DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA PERCUTÁNEA: A PROPÓSITO DE VARIOS CASOS

**Autores:** Vicente Rubio Alcañiz, Efrén Pérez García, Pablo Benítez Martín, José Miguel Latorre Jiménez, Damián Lorenzo García, José Manuel Álvarez Vázquez, Teresa Rodríguez Benítez, Manuel Benito Mayoral, Patricia Calderín Escobio.

**Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.**

#### INTRODUCCIÓN

Los avances tecnológicos en el intervencionismo coronario y estructural han incrementado el número de pacientes de riesgo elevado que se asumen en los laboratorios de hemodinámica. La parada cardíaca se considera una complicación grave y supone una presión enorme sobre el equipo. La utilización del sistema de compresión mecánica (LUCAS) puede mejorar la recuperación de la circulación espontánea y perfusión de órganos vitales. Proponemos su utilización tanto curativa como preventiva en aquellos pacientes de riesgo alto.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se describen los casos clínicos de 7 pacientes de riesgo que durante el implante de una válvula aórtica percutánea sufrieron hipotensión arterial mantenida o parada cardíaca. Se instauraron de forma inmediata las compresiones torácicas entre 2 y 3 minutos. Pasado este tiempo y tras comprobar la estabilidad hemodinámica, se retiró el LUCAS y se continuó el procedimiento normalmente.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se identificaron los siguientes criterios de resultados tras valoración de enfermería según modelo de Virginia Henderson y tras elección de los diagnósticos enfermeros: estado signos vitales, estado respiratorio y estado circulatorio. Y las intervenciones prioritarias: monitorización, manejo vía aérea, cuidados cardiacos, terapia intravenosa y cuidados circulatorios.

#### REFLEXIÓN

Las intervenciones enfermeras escogidas junto con el LUCAS preparado para su uso inmediato revirtieron en todos los casos la situación crítica.

Sábado 22 de octubre, de 12:00 a 13:30 h.

E-póster 4 (Planta 0)

## PÓSTERES

### Enfermería en Cardiología II

#### EXPERIENCIA CON EL USO DEL CHALECO DESFIBRILADOR EN UN HOSPITAL TERCIARIO SEGUIDO POR MONITORIZACION REMOTA

**Autores:** María Teresa Grande Osorio, Francisco Méndez Zurita, José M.<sup>a</sup> Guerra Ramos, Isabel Ramírez de Diego, Daniel Majo Ramírez, Laura Sánchez Martín, Marta Campreciós Crespo, Jonathan Quispe Santos, Enrique Rodríguez Font, Xavier Viñolas Prat.

**Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.**

##### INTRODUCCIÓN

El chaleco desfibrilador es un dispositivo no invasivo utilizado como tratamiento en pacientes de alto riesgo de muerte súbita en los que el implante de DAI debe esperar ya sea por patología potencialmente reversible o como terapia puente por imposibilidad de implante inicial debido a un proceso infeccioso. En nuestro país existe poca experiencia con este tipo de dispositivo externo.

El objetivo es describir la experiencia inicial respecto al uso del chaleco desfibrilador en un hospital de tercer nivel y el seguimiento remoto del mismo.

##### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional y prospectivo incluyendo los pacientes con indicación de chaleco desfibrilador y seguidos por monitorización remota desde junio del 2021 a mayo del 2022. Se analizaron datos clínicos y demográficos así como la adherencia al tratamiento y eventos/terapias registradas.

##### RESULTADOS

El estudio cuenta con un total de 6 pacientes, 5 hombres y 1 mujer, con edad media de  $50,2 \pm 19$  años. La indicación fue en 3 de ellos terapia puente tras el explante de un DAI previo y el reimplante del nuevo dispositivo. Los 3 restantes se les instauró la terapia tras proceso agudo de IAM, dos de ellos fueron revascularizados, a uno de ellos posteriormente se le implantó un marcapasos resincronizador. Al paciente restante se le implantó un DAI endovascular.

La media de uso de chaleco fue de  $42 \pm 28$  días. Ninguno de los pacientes recibió terapias por taquiarritmia ventricular, solo hubo 2 pacientes con eventos por sobredetección por ruido en los que el propio paciente abortó la terapia.

##### CONCLUSIONES

En nuestra experiencia inicial consideramos que el chaleco desfibrilador es seguro y útil en situaciones particulares permitiendo al paciente volver a su domicilio de manera temprana hasta un tratamiento definitivo.

La educación del paciente es indispensable para obtener un alto grado de adherencia y éxito de esta terapia.

El seguimiento remoto del dispositivo garantiza el control del buen funcionamiento y el registro de eventos adversos para emprender acciones sanitarias precisas.

#### PROTOCOLO DE PERFUSIÓN PARA TÉCNICA DE DOBLE RODILLO TRAS PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA

**Autoras:** María Alejandre Leyva, M.<sup>a</sup> Eugenia Rivera Romero, María de las Mercedes Carrero Villarreal, Patricia Refoyo Tejedor, Isabel Franco Fernández.

**Hospital Universitario La Paz, Madrid.**

##### INTRODUCCIÓN

Debido a las nuevas técnicas utilizadas para la reparación del arco aórtico y aorta descendente proximal y las nuevas prótesis híbridas utilizadas, surge la necesidad de realizar diferentes técnicas y diseñar nuevos circuitos de circulación extracorpórea para asegurar una correcta perfusión a los distintos órganos.

##### MATERIAL Y MÉTODO

Diseñamos un circuito de circulación extracorpórea modificado con dos ramas principales y diferentes subramas mediante un by-pass para la diferenciación de la perfusión cerebral anterógrada y la perfusión visceral, para que éstas sean adecuadas, seguras e independientes y de esta forma disminuir los tiempos de parada total y de isquemia visceral.

##### RESULTADOS

Nuestro objetivo es asegurar una buena perfusión sistémica siendo capaces de independizar la perfusión cerebral y visceral. Para asegurarnos de que esto sea así, contamos con diferentes sistemas de monitorización (BIS, Invos, Monitorización de temperaturas, Flujos de perfusión, Presión media sistémica, Presiones de las distintas ramas de perfusión...)

##### CONCLUSIONES

La técnica de doble rodillo ha demostrado ser segura y reproducible en lo que respecta a la perfusión aislada de los diferentes órganos siendo además capaz de adecuarse a las diferentes presiones y temperaturas. El tener un circuito diseñado previo y que todo el equipo quirúrgico conozca, aumenta la rapidez en el montaje, disminuye los tiempos quirúrgicos y, por tanto, contribuye a mejorar la seguridad de paciente y los resultados post-quirúrgicos.

#### PROTOCOLO PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA PRÓTESIS E-VITA OPEN NEO TRAS EL PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA

**Autoras:** María de las Mercedes Carrero Villarreal, Patricia Refoyo Tejedor, María Alejandre Leyva, Isabel Franco Fernández.

**Hospital Universitario La Paz, Madrid.**

## INTRODUCCIÓN

El síndrome aórtico agudo es una patología grave y potencialmente mortal.

El tratamiento del mismo y, concretamente de la disección de aorta aguda tipo A, consiste en realizar una intervención quirúrgica emergente con sustitución de la porción de aorta dañada por injertos protésicos de diferentes tipos. En los últimos años, se ha desarrollado la prótesis híbrida E-vita open Neo, que permite la sustitución de la aorta ascendente, arco aórtico y porción descendente mediante un injerto convencional asociado a un graft intraluminal. El objetivo del protocolo es disminuir los tiempos quirúrgicos y aumentar la seguridad del paciente, y así obtener mejores resultados finales a medio y largo plazo.

## MATERIAL Y MÉTODO

El protocolo se ha elaborado desde la introducción de esta nueva prótesis en nuestro hospital, realizado en conjunto por los equipos de cirugía cardíaca, enfermería de quirófano y perfusión.

Para esta intervención se procede a preparar el material quirúrgico necesario que incluye: caja de extracorpórea, esternotomo, circuito de circulación extracorpórea selectivo, clanes protegidos específicos, introductor de 6fr, pig-tail de 5fr, guía terumo, sonda ecografía transesofágica, manta de calor, parche de teflón, termocauterío, puntos de monofilamento con parche de teflón y la prótesis E-vita Open Neo de la medida seleccionada, entre otros elementos.

## RESULTADOS

La preparación del quirófano con todo lo necesario para la cirugía, así como prever el material y equipos requeridos para la implantación de dicha prótesis, es prioritario para disminuir los tiempos quirúrgicos en general, y de circulación extracorpórea (CEC).

Disponer de un protocolo facilita la disminución del tiempo de preparación y actuación, así como un aumento para la seguridad del paciente.

## CONCLUSIONES

La existencia de un protocolo ha ayudado a integrar conocimientos, ser más eficaces en la preparación de material y equipos, además de evitar imprevistos por falta de monitorización, equipos, personal o material durante la intervención. Además, facilita una temprana atención integral del paciente quirúrgico.

## MIGRACIÓN DE DISPOSITIVO EN UN CONTROL DE CIERRE DE FORAMEN OVAL PERMEABLE

**Autores:** Marta Iriarte Gea, Laura Risco Patiño, Silvia Poyatos Manrubia, César Bernadó Prats, Joan Robles Massuet, Édgar Olaria, Judith Saura Araguas.

**Hospital Clínic, Barcelona.**

## INTRODUCCIÓN

El foramen oval permeable es una apertura natural que permite el paso durante la vida fetal de la sangre oxigenada de la aurícula derecha a la izquierda, de forma que el oxígeno y los nutrientes que llegan de la madre a través de la placenta y la vena umbilical puedan llegar al cerebro y resto de órganos fetales. Con los cambios en la circulación que se producen en el momento del nacimiento, el aumento de la presión en la aurícula izquierda favorece su cierre progresivo. En algunas personas no se produce este cierre, permaneciendo abierto tras el nacimiento, lo que se conoce como foramen oval permeable. Es la causa más prevalente de ictus criptogénicos en menores de 60 años.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Acude al Centro Diagnóstico para la Imagen una mujer de 67 años para realizarse un ecocardiograma transtorácico con microburbujas para el control del cierre de foramen oval permeable a los tres meses. Como antecedentes personales presenta dislipemia e ictus en 2016 (motivo por el cual se decide realizar el cierre del foramen oval).

Al iniciarse la ecografía basal no se logra ver el dispositivo en el tabique interauricular, por lo que se procede a administrar suero salino agitado por vena que muestra paso precoz de burbujas a cavidades izquierdas de manera severa. Para completar el estudio se obtiene imágenes del plano supraaórtico donde se visualiza el dispositivo que había migrado a la aorta torácica descendente tras la salida de subclavia izquierda.

## PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se llevó a cabo la valoración de enfermería, siguiendo el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Se creó un plan de cuidados, donde se establecieron algunos diagnósticos de enfermería como: ansiedad, conocimientos deficientes, trastorno del patrón del sueño, deterioro de la resiliencia.

Algunas de las intervenciones enfermeras que se llevaron a cabo fueron: disminución de la ansiedad, asesoramiento, mejorar el sueño y mejorar el afrontamiento.

## REFLEXIÓN

Poder realizar un seguimiento precoz en los pacientes con cardiopatías congénitas reduce la posibilidad de complicaciones futuras. Las pruebas de imagen son el *gold standard* para poder diagnosticar, controlar y prevenir las cardiopatías y sus posibles complicaciones. Una buena comunicación con el paciente ayudará al seguimiento de las cardiopatías, mantenerlo informado y así aumentar su nivel de confianza.

## TROMBO EN AURÍCULA IZQUIERDA TRAS CIERRE PERCUTÁNEO DE LA OREJUELA, A PROPÓSITO DE UN CASO

**Autoras:** Laura Risco Patiño, Judith Saura Araguas, Silvia Poyatos Manrubia, Marta Iriarte Gea.

**Hospital Clínic, Barcelona.**

## INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente en todo el mundo. A pesar de los importantes avances en el manejo de la FA, esta arritmia continúa siendo una de las principales causas de accidentes cerebrovasculares (ACV), insuficiencia cardíaca y morbilidad cardiovascular.

El cierre percutáneo de la orejuela izquierda (OI) constituye una alternativa terapéutica para personas con FA no valvular y contraindicación al tratamiento con anticoagulante.

La OI es una estructura anatómica compleja distinta del resto de la aurícula izquierda (AI), presenta características embriológicas, anatómicas y fisiopatológicas diferentes. Nace cerca de las venas pulmonares superiores izquierdas.

El objetivo de este trabajo es realizar un plan de cuidados dirigido al paciente que presenta como complicación la trombosis, asociado al cierre percutáneo de la orejuela izquierda.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 74 años, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DLP), FA, ictus cardioembólico, que acude al Centro

Diagnóstico para la Imagen, para realizarse un ecocardiograma transesofágico (ETE) de control al mes de cierre percutáneo de OI.

En este caso se decide proceder al cierre de OI y retirada de anticoagulación oral por mal control del INR y posible angiopatía amieloide.

Durante el ETE se evidencia gran trombo adherido en el dispositivo de OI, que se extiende hacia la zona posterior ocupando gran parte de la AI, además de importante ecocontraste espontáneo.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se ha realizado una valoración de enfermería, siguiendo el modelo de Virginia Henderson de las 14 necesidades. Utilizando la taxonomía NANDA-NIC-NOC se establecen algunos diagnósticos de enfermería como temor, disposición para mejorar la gestión de la salud, trastorno del patrón del sueño y conocimientos deficientes.

Algunas de las intervenciones enfermeras realizadas han sido mejorar el afrontamiento, enseñanza individual y mejorar el sueño.

#### REFLEXIÓN

Realizar periódicamente pruebas de imagen en pacientes con cierre de OI ayuda a mejorar el control pronóstico y diagnóstico de las posibles complicaciones. Es importante también destacar la importancia de las actividades de enfermería en la evolución clínica del paciente. Adecuar las actividades a sus necesidades y ofrecer unos cuidados continuados de calidad durante el proceso asistencial.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PSEUDOANEURISMA FEMORAL TRAS CRIOABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR

**Autoras:** Amanda Zaera Agudo, Raquel Del Río Martín, Susana García García.

**Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.**

#### INTRODUCCIÓN

La crioablación de las venas pulmonares es la destrucción mediante congelación de las células que causan el ritmo irregular del corazón, localizadas principalmente en las venas pulmonares. Como tratamiento de la fibrilación auricular (FA), es una técnica intervencionista consolidada y eficaz, con bajo índice de complicaciones, siendo las más frecuentes las asociadas al acceso vascular.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso clínico de una mujer de 74 años con antecedentes de FA paroxística que ingresa ectópica de forma programada para crioablación. A las 24 horas del procedimiento comienza con anemia progresiva, deterioro de la función renal e inestabilidad hemodinámica, precisando ingreso en unidad de cuidados intensivos, diagnosticándose un pseudoaneurisma femoral y hematoma inguinal ipsilateral.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Regresa a planta de cardiología donde se realiza la valoración de enfermería siguiendo el modelo de Virginia Henderson, y se elaboró el plan de cuidados siguiendo la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

#### REFLEXIÓN

La enfermera tiene un papel muy importante tanto en el conocimiento como en la detección precoz de las complicaciones del procedimiento. Una correcta planificación de los cuidados de enfermería es clave para la buena evolución del paciente.

## GUÍA DE USO DEL DISPOSITIVO DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA DE BOUSSIGNAC EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

**Autoras:** Raquel del Río Martín, Susana García García, Amanda Zaera Agudo, Judith Viejo Alija, María Rocío Andrés Luengo, Ana María Iglesias Sánchez.

**Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.**

#### INTRODUCCIÓN

El dispositivo de presión positiva continua (CPAP) de Boussignac es un dispositivo de ventilación no invasiva (VNI), que genera presión positiva continua en la vía aérea, a través de su mascarilla sellada. Se aplica a aquellos pacientes que presentan insuficiencia respiratoria aguda que requieren de una actuación urgente para evitar la intubación orotraqueal. Se usa en la unidad de cardiología en el tratamiento del edema agudo de pulmón (EAP) por su simplicidad de manejo, fácil aplicación y bajo coste. El objetivo de esta guía es conocer el funcionamiento del dispositivo, su montaje y mantenimiento.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza esta guía ante las dudas surgidas en nuestra unidad respecto al montaje y mantenimiento del dispositivo en situaciones de urgencia.

#### RESULTADOS

Entre las ventajas de su uso, están el ser un sistema barato, simple y fácil de usar, no precisar la sedación del paciente y evitar la atrofia muscular respiratoria.

Permite el paso de sondas de aspiración, endoscopias, etc., al ser un sistema abierto al exterior y evita la intoxicación por CO<sub>2</sub>. Permite la aplicación de aerosoles y sobre todo evita la intubación orotraqueal.

Las complicaciones que genera son irritación ocular, lesiones faciales, sequedad de mucosas, distensión gástrica y neumonía por aspiración.

Se indicará el material que se necesita (caudalímetro, manómetro, mascarilla y arnés), diferenciando entre el material reutilizable y el desechable, el montaje y la posición del paciente (*Fowler* alta).

Los cuidados de enfermería que se precisan son: monitorización continua de constantes vitales (tensión arterial, saturación, registro electrocardiográfico y control de diuresis) y cuidados de la piel.

#### CONCLUSIONES

La importancia de tener una guía conocida por todos los miembros de la unidad, que unifique los criterios de actuación del uso y mantenimiento de este dispositivo, haciendo que disminuya el tiempo de actuación en casos de urgencia.

## NUEVOS MODELOS DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CARDIACO FRÁGIL Y COMPLEJO

**Autoras:** Bàrbara González Batista, Teresa Roselló Padullés.

**Althia Xarxa Assistencial, Manresa, Barcelona.**

#### INTRODUCCIÓN

Debido al aumento de patologías crónicas y envejecimiento poblacional, surge la necesidad de iniciar un proceso de atención dirigida a pacientes cardíacos frágiles y complejos con el fin de mejorar el abordaje clínico, proporcionar una asistencia integral de mayor

calidad y ajustada a sus necesidades. La finalidad es ofrecer circuito multidisciplinar y transversal donde se implican diferentes Servicios y niveles Asistenciales con el fin de garantizar una continuidad asistencial y optimización de recursos. Objetivo: valorar la eficacia del proyecto en relación a conocer el comportamiento asistencial de los pacientes

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional y descriptivo de dos años. Durante el ingreso del paciente en cardiología y previa valoración clínica y según criterio se le identifica como paciente complejo. Mediante la coordinación de dos enfermeras gestoras entra en un censo. Previamente al alta se realiza una breve intervención educativa y un informe Pre-Alta dirigido a Primaria. Si el paciente acude a urgencias se le identifica y según diagnóstico médico y valoración multidimensional (clínica, funcional, cognitiva y social) se decide el recurso más ajustado a sus necesidades: desde una hospitalización convencional, centro de agudos socio sanitario, hospitalización domiciliaria o atención ambulatoria en cronicidad. Así el paciente se beneficia de una atención más flexible e integrada en cada momento y disminuye la realización de pruebas invasivas.

#### **RESULTADOS**

Se identificaron 54 pacientes: 32 mujeres y 22 hombres, edad media de 82,8, se realizó un seguimiento medio de 12 meses +- 6 meses. Se gestionaron: 16 pacientes a Hospital día de cronicidad evitando ingreso, 7 reingresaron en un centro socio sanitario de agudos y 23 fueron defunciones: 8 (patología cardiovascular) 15 por otras causas (respiratorias, abdominales, sepsis y neoplasias terminales) el resto no precisa atención.

#### **CONCLUSIONES**

La cooperación y coordinación entre enfermeras gestoras de casos resulta una herramienta eficaz y eficiente ante un modelo asistencial más acorde a las necesidades del paciente, ofreciendo una atención integral para mantener la calidad de vida y garantizar una continuidad asistencial. Buscando la excelencia en cuidados enfermeros.

## **UNA NUEVA ERA EN LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTO**

**Autoras:** Coral Ojeda García, Blanca Gutiérrez Asensio, Noelia Sánchez Barroso, M.ª Carmen Torrijos García-Cervigón, Clara Expósito Cepeda, Leyre de la Cruz Sánchez, Irene Corrales Arévalo, Rebeca Manzanares García, María Pilar Marín García, María Pilar Troya Martín.

**Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.**

#### **INTRODUCCIÓN**

La hipertensión arterial pulmonar es una enfermedad «rara», grave y progresiva. Un diagnóstico exhaustivo y temprano es fundamental para adoptar el tratamiento adecuado. Por ello, es imprescindible el trabajo de enfermería en la educación del manejo de la medicación, signos de alarma y valoración de la aceptación del paciente al tratamiento. Numerosos estudios han demostrado la eficacia del uso de prostaciclina sistémica para disminuir la morbimortalidad en paciente con clase funcional III y IV y nuestro objetivo es observar el que mejor se adapta a las necesidades del paciente.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

El tratamiento con Treprostinil puede realizarse por vía subcutánea o intravenosa.

La administración por vía subcutánea se realiza con una bomba de perfusión ambulatoria. El proceso de atención de enfermería comienza con una valoración de las necesidades del paciente, educación del manejo de la bomba y medicación y realización de un plan de cuidados adaptado a las necesidades del paciente donde además se incluyen diagnósticos enfermeros estandarizados en estos pacientes. La administración por vía intravenosa es mediante la Bomba Lenus Pro, es un reservorio subcutáneo que contiene el Treprostinil y solución salina y cuya carga la realiza enfermería.

#### **RESULTADOS**

Los cinco casos sometidos a observación son pacientes que iniciaron tratamiento con Treprostinil por vía subcutánea y tras situación de estabilidad clínica, se proponen como subsidiarios de implantación de Bomba Lenus pro. Se observa a ambos grupos utilizando como indicador de resultados la satisfacción del paciente y su impacto en la calidad de vida.

#### **CONCLUSIONES**

La bomba Lenus Pro es la alternativa a la bomba subcutánea principalmente en los pacientes con efectos secundarios relacionados con la medicación y su administración (reacciones inflamatorias, dolor, riesgo de infección, dificultades para el manejo de la bomba y medicación), así como las relacionadas con su calidad de vida, autoestima, necesidades sociales e independencia.

## **CHECKLIST PARA EL TRASLADO A UN HOSPITAL NUEVO**

**Autores:** Miryam González Cebrián, Héctor Gómez García, Álvaro Hernández García, Ana Caramazana González, María Belén González Sánchez, María Misericordia López Sanz, Rebeca Muñoz Sánchez, Jessica Montero Sánchez, Lucía Corriónero Martín, Patricia Miguel Gómez.

**Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.**

#### **INTRODUCCIÓN**

El traslado a un nuevo hospital es un reto, que requiere una gran inversión de tiempo y esfuerzo y una estudiada y estricta planificación para conseguir el éxito. Una de las muchas iniciativas, fue la elaboración de un *checklist* (CL) para la puesta en marcha de unidades de hospitalización, CL que se modificó para adaptarlo a una unidad de críticos cardiovasculares como es la nuestra. Objetivo del trabajo es la elaboración de un CL para la puesta en marcha de una unidad de cuidados críticos cardiovasculares en el traslado a un nuevo hospital.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar, responsables de enfermería y médicos junto a miembros de la dirección de enfermería. Utilizamos las experiencias de otros centros de referencias en traslado a un hospital nuevo y búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: PubMed, SciELO, Cochrane, elaborando un documento conjunto de seguridad previo al traslado. Creación del CK 2 meses antes de la fecha del traslado de la Unidad de críticos cardiovasculares (7 de octubre del 2021).

Tras varias reuniones de grupo de trabajo en busca de áreas críticas, se elabora un documento inicial que incluía un total de 60 ítems. Finalmente, que tras las diferentes revisiones y visitas al HN del personal de enfermería de la Unidad de críticos se transformaron en 92 finales.

**RESULTADOS**

El CK se dividió en 5 campos: Instalaciones, Tecnologías de la información, Equipamiento y Recursos materiales, Recursos humanos y Organización y Funcionamiento.

Las intervenciones de enfermería se dividieron según los campos a trabajar: elaboración de guía de acogida, protocolos, revisión de espacios en el NH, formación en nuevos equipamientos, dotación de cada box, unido a una comunicación activa, trabajo en equipo y la experiencia en críticos para adelantarse a las necesidades de estas unidades.

**CONCLUSIONES**

El uso de listados de verificación permitió trabajar con seguridad tanto para el profesional como para el paciente.

Nos ayudó a detectar errores y poder resolverlos antes del día del traslado.

La implicación del personal de enfermería en la elaboración de los ítems y campos a valorar como su comprobación, *in situ*, previa a la puesta en marcha contribuyó al éxito del traslado.

Esto unido a la ilusión ante este reto, quizá único en nuestra carrera profesional, favoreció unos excelentes resultados.

## VENTAJAS DE LA UTILIZACIÓN DE CÁNULAS NASALES DE ALTO FLUJO EN PACIENTES CRÍTICOS

**Autores:** Patricia Miguel Gómez, Elena Alfageme Sastre, Lucía Corrienero Martín, María García Casares, Ana María Caramazana González, María del Carmen Walías Marcos, Miryam González Cebrián, Mónica Torrecilla Jiménez, Cristina Miguel Gómez.

**Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.**

**INTRODUCCIÓN**

El uso de la cánula nasal de alto flujo (HFNC) es cada día más frecuente como alternativa de los dispositivos de ventilación no invasiva (VNI) en el paciente crítico.

La HFNC puede suministrar gas calentado y humidificado, consiguiendo una FiO<sub>2</sub> continua entre el 21 y 100% y un flujo máximo de 60 l / min a través de una cánula nasal. Objetivo: identificar las ventajas de la utilización de HFNC en los pacientes críticos frente al uso de VNI.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos con las palabras clave; oxigenoterapia alto flujo, insuficiencia respiratoria, paciente crítico y cuidados enfermeros. Y se incluyeron artículos de los últimos 10 años.

**RESULTADOS**

La HFNC evita las desventajas de la VNI como son:

- La distensión gástrica producida por la mascarilla.
- La intolerancia a las mascarillas.
- Las fugas aéreas por el mal sellado de la mascarilla.
- La irritación conjuntival.
- La sequedad de mucosas en vías aéreas superiores.
- Las lesiones de piel sobre todo a nivel de la nariz, lo que puede llegar incluso a producir necrosis (secuela más frecuente de la VNI).
- La dificultad para aspirar secreciones en caso de que sea necesario.
- La dificultad para administrar una FiO<sub>2</sub> concreta (con algunos sistemas de VNI).

Además, la HFNC:

- Disminuye la resistencia inspiratoria.
- Aporta los beneficios del aire caliente y húmedo, reduciendo el trabajo metabólico e hidratando las vías respiratorias.
- Produce menor claustrofobia.
- Precisa un grado mínimo de colaboración por parte del paciente, brindado la posibilidad de comer, beber, toser, expectorar y comunicarse.
- Es más fácil de colocar y fijar.
- Presenta un menor riesgo de aspiración.
- Es más cómoda, ayudando a conseguir el mayor confort para nuestros pacientes.

**CONCLUSIONES**

- Todos los estudios coinciden en la mayor tolerancia de la HFNC con respecto a la VNI.

- Su utilización continúa en aumento dado su buena tolerancia, su facilidad de uso y sus escasos efectos secundarios.

- Una de sus mayores ventajas es la comodidad, mientras permite administrar flujos de hasta 60 L al paciente, humidificado y caliente, disminuyendo el trabajo respiratorio del paciente y la necesidad de intubación.

- El papel de la enfermería es básico ya que es el personal que monitoriza, coloca y reevalúa constantemente al paciente.

## DESCRIPCIÓN DE LA COLOCACIÓN DE MARCAPASOS TEMPORAL Y/O DEFINITIVO EN LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA CRÍTICOS

**Autores:** Isabel Pérez Loza<sup>1</sup>, Eva Ceballos Gandarillas<sup>1</sup>, María Isabel Ibañez Rementería<sup>1</sup>, Carmen María Sarabia Cobo<sup>2</sup>, Ana Rosa Alconero Camarero<sup>2</sup>.

**1 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; 2 Escuela Universitaria de Enfermería 'Casa de Salud Valdecilla', Santander.**

**INTRODUCCIÓN**

El marcapasos es un dispositivo que aplica estímulos eléctricos al corazón, produciendo la despolarización y contracción cardíaca. La estimulación provisional se realiza mediante la inserción transvenosa de un electrodo endocavitario que estimula el endocardio del ventrículo derecho hasta la colocación de un dispositivo definitivo que estimulará diferentes cámaras según el objetivo buscado con la terapia.

El objetivo es describir las patologías y características de las personas que precisaron colocación de marcapasos temporal y/o definitivo en la Unidad de cardiología críticos entre 2015 y 2021

Modalidades de marcapasos: 1. Marcapasos temporales. (endocavitarios o trasvenosos; transcutáneos y epicárdicos), colocados en situación de urgencia; 2. Marcapasos definitivos o permanentes.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyeron 1462 pacientes desde enero de 2015 a agosto del 2021. Los criterios de inclusión: diagnósticos codificados en admisión como bloqueos aurículo-ventriculares (BAV) avanzados, BAV paroxísticos, disfunciones sinusales y sincopes que durante las fechas de estudio pasaron por la Unidad de Cardiología Críticos y/o Postoperados precisando la colocación de un marcapasos profiláctico y/o definitivo. Variables: diagnóstico, franjas de edad y sexo.

**RESULTADOS**

El número de pacientes reclutados han sido 970 hombres y 492 mujeres (n=1462) diferenciados por franjas de edad (de 24 y <40, de 40 y <55, de 55 y <70, de 70 y <85 y >85). Hay diferencias significativas en todas las franjas de edad, por sexo, excepto en la de 24 y menores de 40. La p significativa es de  $p<0,001$  y la no significativa  $p=0,125$ , se ha usado t de Student para comparar y el programa spss para análisis de datos.

**CONCLUSIONES**

La estimulación cardiaca con marcapasos transitorio es una intervención terapéutica de uso habitual en la Unidad Coronaria para el tratamiento de diversos trastornos de la conducción y del ritmo cardiaco que se hace en situación de urgencias. La utilización de un protocolo de actuación en la colocación de marcapasos temporales y/o definitivos se hace necesaria para prevenir posibles complicaciones derivadas y disminuir la variabilidad de tratamiento y va a facilitar el trabajo en situaciones de estrés.

**DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Autoras:** Marta Parellada Vendrell, Silvia Pérez Ortega, Nuria Romeu Mirabete, Montserrat Prat Masana, Montserrat Venturas Nieto.

**Hospital Clínic, Barcelona.**

**INTRODUCCIÓN**

La disección coronaria espontánea (DCE) se define como la separación aguda de la pared arterial por desgarramiento de la íntima o hemorragia espontánea, creando una luz falsa con hematoma intramural que comprime la luz verdadera ocasionando compromiso del flujo coronario, síndrome coronario agudo (SCA) o paro cardíaco.

El objetivo es elaborar un plan de cuidados enfermero destinado a una paciente ingresada en la Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos (UCCA) por DCE.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 59 años, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica y estrés laboral.

Avisa al servicio de emergencias por dolor torácico opresivo, cortejo vegetativo e inestabilidad cefálica. El electrocardiograma (ECG) muestra lesión subepicárdica anterior, orientándose como SCA con elevación del ST, se activa código infarto. En el traslado presenta parada cardíaca por fibrilación ventricular, tras soporte vital avanzado recupera circulación espontánea. El cateterismo mostró DCE de la descendente anterior, con buen flujo distal se decide actitud terapéutica conservadora.

Ingresa en la UCCA consciente y orientada, con dolor torácico residual, vendaje compresivo radial y hemodinámicamente estable. En el ECG se observa retrogradación del ST y en la ecocardiografía disfunción ventricular severa sin complicaciones mecánicas.

La valoración enfermera se realizó mediante el modelo de M. Gordon, detectando los patrones alterados 4: vendaje compresivo radial; 6: dolor torácico residual y déficit de conocimientos sobre su problema de salud y actitud pronóstica; 10: temor ante situación crítica.

Usando la taxonomía NANDA-NIC-NOC, los diagnósticos enfermeros prioritarios son: Dolor agudo; Conocimientos deficientes; Temor y complicaciones potenciales: Riesgo de progresión de la DCE y arritmias.

**PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS**

Los objetivos e intervenciones enfermeras no solo se centraron en los cuidados cardíacos agudos y control del dolor, sino que, se atendieron preocupaciones, asesorándola en el proceso de la enfermedad. Se instruyó en el conocimiento del régimen terapéutico, la prevención secundaria cardiovascular y en signos de alarma y reconsulta.

**REFLEXIÓN**

Proporcionar enseñanzas fue una herramienta indispensable para que la paciente tomara conciencia de la situación y enfermedad, resolviera dudas y temores, desarrollara mecanismos de afrontamiento y se promoviera el autocuidado.

**TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LA VALVULOPATÍA TRICUSPÍDEA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

**Autoras:** Gemma López Domenech, María Soler Selva, Clara Ruiz Falqués, Sara Martínez Font.

**Hospital Clínic, Barcelona.**

**INTRODUCCIÓN**

La insuficiencia tricuspídea es una enfermedad prevalente pero aún infratratada. El tratamiento farmacológico habitual de la insuficiencia cardiaca ha resultado ser frecuentemente inefectivo. Aun así, son pocos los pacientes candidatos a una intervención quirúrgica.

En los últimos años se han desarrollado e implementado diferentes técnicas percutáneas, entre las que se encuentra el dispositivo TricValve, el objetivo del cual es reducir el volumen y la presión de regurgitación hacia la vena cava y de esta manera reducir la congestión hepática, abdominal y periférica, mejorando así los síntomas de insuficiencia cardiaca derecha. El objetivo de este trabajo es elaborar un plan de cuidados individualizado según la taxonomía NANDA-NIC-NOC a una mujer de 78 años que ingresa tras realizarse una intervención de TricValve.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Se presenta el caso de una mujer de 78 años con insuficiencia cardiaca y disfunción ventricular derecha severa con insuficiencia tricuspídea severa. La paciente ingresa de manera electiva en la Unidad de semicríticos para realizarse la implantación de un TricValve.

**PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS**

Se realiza una valoración enfermera según el modelo conceptual de Marjory Gordon y se elabora el plan de cuidados con los diagnósticos (NANDA), los objetivos (NOC) con los indicadores de resultado según la escala Likert y las intervenciones (NIC) con las actividades correspondientes.

Se destacan:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

NANDA [00147] Ansiedad ante la muerte r/c evolución de su enfermedad m/p expresión verbal

NANDA [00085] Deterioro de la movilidad física r/c punción en ambas femorales m/p inmovilidad

NANDA [00086] Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c intervención percutánea

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN:

Dolor agudo

Trastorno del patrón del sueño



## REFLEXIÓN

Los pacientes sometidos al TricValve suelen ser pacientes pluripatológicos descartados para el tratamiento quirúrgico a los que se les abre una opción más allá del tratamiento farmacológico que, en ocasiones, es insuficiente. Aun así, sigue siendo incierto el pronóstico en estos pacientes.

La enfermera no tan solo tiene que conocer el procedimiento y las complicaciones asociadas, sino que tiene que tener en cuenta al paciente de manera holística ya que son pacientes crónicos y frágiles.

## ABORDAJE ENFERMERO DEL PACIENTE PORTADOR DE UN DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR PERCUTÁNEO Y COMPLICACIONES VASCULARES ASOCIADAS

**Autoras:** María Soler Selva, Clara Ruiz Falqués, Gemma López Domenech, Sara Martínez Font.

**Hospital Clínic, Barcelona.**

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se han desarrollado diferentes dispositivos de asistencia ventricular (DAV) que mediante la inserción periférica permiten rescatar a los pacientes con *shock* cardiogénico refractario. Aunque el implante de un DAV percutáneo, como es el Impella CP, es rápido y sencillo, requiere de técnicas de inserción más agresivas y se asocia a complicaciones que incluyen procesos hemorrágicos, isquémicos y tromboembólicos.

El objetivo es establecer un plan de cuidados a un paciente portador de Impella transfemoral y dar a conocer la importancia del control del paciente y la detección de complicaciones.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón de 77 años que presenta un infarto agudo de miocardio anterior con *shock* cardiogénico que requiere el implante de un balón de contrapulsación (BCPIAo) y de un Impella transfemoral izquierdo como puente a recuperación. Durante las primeras 24 horas se observa isquemia de la extremidad inferior izquierda y se realiza un *bypass* axilofemoral presentando empeoramiento progresivo requiriendo de amputación supracondílea.

## PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realiza la valoración enfermera siguiendo el modelo de Virginia Henderson en el momento del ingreso en la UCI. Se elaboró un plan de cuidados con los diagnósticos (NANDA), los objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) y problemas de colaboración.

NANDA: Perfusión tisular periférica ineficaz, Termorregulación ineficaz, Riesgo de sangrado, Riesgo de infección; PC: Disminución del gasto cardiaco, Arritmias, Fallo renal.

## REFLEXIÓN

La isquemia del miembro es una de las complicaciones vasculares que puede aparecer, el riesgo de padecerla se incrementa en los pacientes en los que la canulación se ve dificultada por arterias de mala calidad o que presentan enfermedad arterial periférica.

En nuestro caso, el paciente presentó isquemia de la extremidad inferior y no se pudo retirar el DAV, ya que el paciente no tenía pulsatilidad; tampoco se pudo cambiar el acceso del dispositivo por presencia de BCPIAo en la otra extremidad. Desafortunadamente se tuvo que realizar

la amputación de la extremidad para evitar complicaciones derivadas de la isquemia.

Nuestro plan de cuidados puede servir como guía para las enfermeras que trabajan con DAV Impella para asegurar una mayor efectividad, seguridad y excelencia en el cuidado. La detección precoz de la isquemia podría evitar daños irreversibles en otros pacientes.

## PROTOCOLO DE DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA DE FLUJO CENTRÍFUGO CON LEVITACIÓN MAGNÉTICA

**Autores:** Elena Paniagua Asensio, Patricia Quintanilla Izquierdo, María José Coya Alba, José Ignacio Bueno García, Carmen Martín Marín, Yolanda de la Fuente Jambriña.

**Hospital Clínico Universitario de Valladolid.**

## INTRODUCCIÓN

El dispositivo de asistencia ventricular izquierda (DAVI), ampliamente conocido, ha ido evolucionando hasta la actualidad, encontrándonos con diversos sistemas. Uno de ellos es el dispositivo de flujo centrífugo con levitación magnética, que disminuye el riesgo de hemólisis y tromboembolismo. Está indicado para pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada y utilizarlo como terapia puente a recuperación o en aquellos que presentan alguna contraindicación para un posible trasplante (terapia de destino). Este sistema se nutre de 2 baterías de litio (conectadas a un cable de alimentación a través del abdomen) que pueden ser utilizadas cuando el paciente no se encuentre conectado al módulo de alimentación, proporcionando una autonomía de hasta 17 horas.

El implante de este dispositivo implica una cirugía agresiva, en un paciente con patología previa, un cambio importante en la imagen corporal. El seguimiento del dispositivo debe ser multidisciplinar.

Al inicio, en el postoperatorio inmediato y tardío se realizará en una Unidad de cuidados críticos hasta su estabilización hemodinámica y poder derivarlo a planta.

Todo ello hace patente un correcto manejo tanto del dispositivo, como del paciente en todas sus esferas bio psico social.

El objetivo es la elaboración de un protocolo con la finalidad de a) diseñar plan de cuidados estandarizado b) identificar signos de alarma más importantes

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una búsqueda bibliográfica de fuente secundaria.

## RESULTADOS

Se obtiene un protocolo que habrá que adaptar de forma individualizada a cada paciente según sus necesidades, y obtener un plan de cuidados siguiendo la metodología enfermera aplicando NANDA, NIC, NOC.

## CONCLUSIONES

La implantación de esta asistencia ventricular ha ido evolucionando, consiguiendo amplios resultados, lo que hace necesaria una revisión en los cuidados de enfermería para trabajar con la mayor evidencia y calidad, estableciendo los roles de cada persona del equipo multidisciplinar, además de mantener una cohesión entre profesionales y una correcta continuidad en los cuidados.

## LISTADO DE AUTORES DE COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL 43.º CONGRESO NACIONAL DE LA AEEC

AUTOR/A	PÁGINA/S	AUTOR/A	PÁGINA/S	AUTOR/A	PÁGINA/S
Abad Carrascosa, M.ª Pilar	14	Bellot Beltrán, Ana María	12	Casalanguida, Sara	6
Abdul-Jawad Altisent, Omar	56	Beltrán Folch, Lucía	34	Castejón Garrigosa, Aida	43
Abelairas Gómez, Cristian	22	Beltrán Herrera, Cristina	42	Castellà Creus, Mònica	21
Adamuz Tomás, Jordi	21	Bengoa Terrero, Christian	15, 24	Castelló Fosch, Núria	19
Aguadero Sánchez, Eva	48	Benítez Martín, Pablo	58	Castillo Ibáñez, Ana	34
Aja López, Ane	56	Benítez Reda, Joan	39	Castro Fernández, Cecilia	22
Ajenjo Calderón, Nieves	29	Benito Alfonso, Mercedes	18	Cepas Guillén, Pedro Luis	51
Alavedra Pérez, Lourdes	7	Benito Aracil, Lúcia	26	Cepas Sosa, Antonia	14, 15
Alba Saá, Francisco	55	Benito Mayoral, Manuel	58	Chacón Aparicio, Araceli	21, 38
Alcoberro Torres, Lúcia	8, 11	Berga Congost, Gemma	19, 52	Checa Santos, Sandra	16, 17
Alconero Camarero, Ana Rosa	31, 35, 44, 63	Berlanga Macías, Carlos	22	Chi Hion Li Li	19
Alejandro Leyva, María	32, 59	Bermejo Muñoz, Beatriz	50	Chico Vigo, Pablo	22
Alfageme Sastre, Elena	33, 34, 35, 36, 46, 47, 48, 63	Bernad Ríos, Silvia	29	Colino Lamparero, María Jesús	40, 57
Alonso Fernández, Sergio	26	Bernadó Prats, César	60	Collado Martín, Mónica	17, 57
Alonso González, Inés	14	Bernardino Santos, Miguel	8	Comín Colet, Josep	8, 9, 11
Alonso Meléndez, Sara	52	Blanco Maestro, Tania	17, 40	Contreras Marín, Manuel	51
Alonso Mesa, Mónica	36	Blanco Vega, Fátima	26, 39	Corrales Arévalo, Irene	62
Alonso Vázquez, Marta	26, 27	Blázquez Jiménez, María Isabel	55	Corrionero Martín, Lucía	33, 34, 35, 36, 46, 47, 62, 63
Álvarez Albarran, Maite	19	Bonet Pineda, Gil	7	Cortés Marina, Laia	41
Álvarez Castello, María Soraya	48	Borrego Alonso, María	57	Crespin Crespin, Manuel	16
Álvarez Vázquez, José Manuel	58	Borrego Isabel, Anahí	30	Crespo García, Eva	49
Andrés Álvaro, Paloma	14	Bravo Calderón, Ariadna	14	Cruz González, Ignacio	52
Andrés Luengo, María Rocío	61	Brossa Loidi, Vicente	45	Cruzado Álvarez, Concepción	12, 37, 49
Andrés Sánchez, Estela	41	Brugada Terradellas, Ramón	23	Cubero García, Ana	28
Anguera Camos, Ignasi	6	Brugaletta, Salvatore	19	Cuesta Serrano, Natalia	41
Anselmo Ruiz Ruiz, Manuel	16	Buelga Suárez, Mauro	37	Danuta Holdis, Ana María	43
Antúnez Muiños, Pablo José	52	Buil Manzanares, Neus	23, 30	Davidson, Alison	44
Apraiz Sánchez, Íker	56	Burgueño Cumplido, Gema	55	De Dios López, Anna	45
Arenas Iriarte, Andrea	51	Bustamante González, Soraya	8	De la Cruz Sánchez, Leyre	62
Arévalo Rubert, María Josep	15, 54	Caballero Morga, Gustavo	51	De La Fuente Rey, Antia	53
Arzamendi Aizpurua, Dabit	19	Cabestrero de Diego, Alberto	7	De la Torre Sáez, Carmen	16
Asensio Flores, Susana	21	Calderín Escobio, Patricia	58	Del Río Martín, Raquel	61
Asmarats Serra, Luis	19	Calderón González, Patricia	47	Díaz Balboa, Estibaliz	27
Avendaño Pita, Alejandro	36	Calero Molina, Esther	9, 11, 38	Díaz Fernández, Marta Beatriz	33
Avilés Albizu, José María	28	Calvo Barriuso, Elena	6	Díaz Hernández, Nancy	18, 19, 20
Ayala Muñoz, Rocío	29	Calvo Flores, Manuel Jesús	57	Díaz Herrera, Violeta	49
Ayuso Margañón, Raquel	23	Calvo Flores, Pedro Antonio	40, 41, 57	Díaz Sánchez, Cristina	40, 41, 57
Ba Pérez, Elvira	43	Calvo Flores, Pedro Manuel	57	Domingo Calvo, Fátima	58
Bachir Hebila, Larosi	18	Calvo Florián, Marina	7	Domingo Rodilana, M.ª Isabel	50
Badosa Marce, Neus	13	Calvo Rivas, Leticia	40, 57	Doncel Abad, María Victoria	37
Bajo Arambarri, Ester	19, 52	Campreciós Crespo, Marta	59	Draghina, Irina	56
Banacloche Cano, Cecilia	28	Cano López, Trinidad	15, 54	Dueñas Ramos, Iris	39
Barcala Furelos, Roberto	22	Cano Valls, Alba	5	Durán Sampietro, Nuria	30
Barrado Cuchillo, Julia	10	Capote Toledo, M.ª Luz	17, 40	Duque López, Esther Alejandra	38, 54
Barreñada Copete, Estrella	38, 54	Caramazana González, Ana María	33, 34, 35, 46, 47, 62, 63	Elpidio Calvo, Manuel	10
Barrera Hernández, Luisa	24	Carballo Álvarez, Breogán	22	Enjuanes Grau, Cristina	8, 9, 11
Barriales Villa, Roberto	33	Carballo Fazanes, Aida	22	España Aliste, Ana	48
Barriga Miguel, María Gema	48	Cárdenas Gómez, Antonia	7	España Riveiro, Silvia	51
Barris Cutie, Anna	7	Caride Aguado, María Victoria	30	Espinosa Castro, María Ángeles	44, 45
Bas Villalobos, Marian	15	Carmona Segovia, Ada del Mar	37	Espinosa Moreno, M.ª Teresa	6, 39, 51, 56
Bastos Fernández, María	26	Carrasco Campos, Marina	31, 42	Espinoza Ruiz, Rony	37
Battle López, M.ª Elena	38	Carreño Sánchez, Rosa María	52	Estabillio, Joel	44
Becerra Muñoz, Víctor M	37	Carrera Hernández, Alicia	10	Estrada Poveda, Sandra	43
Becerra Sieira, Mercedes	51	Carrero Villarreal, María de las Mercedes	32, 59	Expósito Cepeda, Clara	55, 62
Belart Saumell, Xavier	7	Carreto García, Lidia	37	Faixeda Calero, Marta	23
Belén Álvarez Álvarez	53	Carro, Esther	5	Farias Martín, Margarita	40, 41, 57

## LISTADO DE AUTORES DE COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL 43.º CONGRESO NACIONAL DE LA AEEC

AUTOR/A	PÁGINA/S	AUTOR/A	PÁGINA/S	AUTOR/A	PÁGINA/S
Farré López, Nuria	13	González Bota, Lorena	23	Jorge Soto, Cristina	22
Fauchier, Laurent	21	González Cebrían, Miryam	33, 34, 35, 36, 46, 47, 52, 62, 63	José Bazán, Núria	8, 9, 11
Fernández Ávila, Ana	44, 45	González Díaz, Leila Marina	47	Juandeaburre Predroareana, Beatriz	25
Fernández Castelao, Santiago	10	González Egido, Elena Olaya	36, 40, 41, 52	Juvé Udina, María Eulalia	21
Fernández del Palacio, Encarnación	28	González Fernández, Beatriz	49	Larrabide Acha, Aitziber	56
Fernández Escobar, Nieves	49	González González, Noelia	49	Larrañaiga Moreira, José María	33
Fernández García, Camino	58	González Juanatey, José Ramón	26, 27, 53	Latorre Jiménez, José Miguel	58
Fernández García, María	46	González Llopis, Francisco	12	Lazzari, Roberto	19
Fernández Méndez, Felipe	22	González Maestro, Adrián	26, 27	Lecuona García, Miriam	18, 19, 20
Fernández Redondo, Concepción	20, 28	González Manzanares, Rafael	16, 17	Lee Hwang, Dae Hyun	18
Fernandez-Villa Baranda, Olga	56	González Melchor, Laila	53	Lerena Alonso, Francisco Javier	41
Ferrer Bañolas, Lucía	34	González Pozuelo, Alicia	24	Lerma Lara, Pablo	8
Fiandor Gutiérrez, Elena	40	González Salvado, Violeta	26, 27	Limonta Davis, Daineris	30
Fontanella Sastre, Juana María	15, 54	Goñi Viguria, Rosana	25	Linas Alonso, Anna	13
Fortes, Isabel	29	Gorrín de la Rosa, María Candelaria	36	Lisbona Sacristán, María Lidia	7
Francés Santamaría, Virginia	18	Grande Osorio, Maite	5, 59	Llamas Ríos, Ana María	31, 42
Franco Fernández, Isabel	32, 59	Grau Sió, Emma	43	López Aguilera, José	16
Freixa Rofastes, Xavier	39, 51	Guasch I Casany, Eduard	5	López Cárceles, Marta	51
Fuentes Martínez, María	18	Guerra Polo, Juan M.ª	38, 54	López Chamorro, Ana	29
Gacimartín García, Rosa María	24, 46	Guerra Ramos, José M.ª	59	López Fernández, Encarna	8, 44, 45
Galao Malo, Roberto	44	Guerra Sánchez, Luis	8, 44, 45	López García, David	40
Gálvez Tugas, Elisabeth	45	Guerrero Pérez, Clara	34	López García, Lidia	10, 24
Garay Melero, Alberto	8, 11	Guiberteau Díaz, Teresa	58	López Gilibert, Sofía	51
García Alberola, Arcadio	28	Guillén García, Silvia	12	López López, Laura	45
García Bermúdez, Miriam	7	Gutiérrez Alonso, Lola	19	López Marco, María José	50
García Casares, María	33, 34, 35, 36, 46, 47, 52, 63	Gutiérrez Asensio, Blanca	52, 55	López-Picazo Ferrer, Julio	28
García Crespo, María Teresa	37	Gutiérrez Fernández, Borja	46	López San José, María del Mar	28
García de la Cruz, Elisabeth	7	Gutiérrez Soler, Francisco	51	López Sánchez, María del Mar	46
García Fernández, Marta	12	Habbab Mohamed, Samar	23	López Soto, Ana María	17, 40, 57
García García, Rafael	28	Heredia Torres, Ángela	16	López Tejero, Sergio	52
García García, Susana	67	Hernández Alcaide, M.ª Jesús	14	López Yague, María José	15
García González, Yolanda	36	Hernández Cabrera, Óscar Luis	18, 19, 20	López Zarrabeitia, Itziar	17, 40, 57
García Klepzig, José Luis	10	Hernández Marrero, María José	18, 19, 20	López-Palop, Ramón	51
García Martínez, María	22	Hernández Maruri, Begoña	55	Lorenzo García, Damián	58
García Méndez, M.ª Nieves	15, 28	Hernández Rodríguez, Manuel José	18, 19, 20	Lorenzo Vaquerizo, Lauriana María	30
García Merino, Asunción	16	Hernández Velázquez, Isidro	36	Luis Quintero, Adriana	47
García Picart, Juan	19	Herrero Mirret, Sara	46	Luque López, Rafaela	16
García Rodríguez, Sheila	22	Hidalgo Quirós, Encarnació	8, 9, 11, 38	Luque Serrano, M.ª Luisa	14, 15
García Sierra, Rosa María	26	Hidalgo Urbano, Rafael Jesús	50	Luquin Iturmendi, Itziar	25
García Uría, María	18	Ibáñez Caballero, Silvia	9, 11, 38	Majo Ramírez, Daniel	5, 59
García Vega, David	53	Ibañez Rementería, María Isabel	31, 35, 44, 63	Manzanares García, Rebeca	55, 62
Garcimartín Cerezo, Paloma	9, 11, 19	Iglesias Gómez, Carlos	28	Marca Mota, Estela	7
Gargantilla Madera, Pedro	14	Iglesias Sánchez, Ana María	61	Marcos Fornier, Mercè	30
Giménez Lajara, Miguel Ángel	39, 51, 56	Iguarán Bermúdez, Rosario	10	Margarit Boada, Estel	29
Gimeno Blanes, Juan Ramón	28	Iriarte Gea, Marta	60	Marginet Flinch, Jordi	39
Godino Martín, Rita	31, 42	Iriarte, Marta	51	Marín García, María Pilar	62
Goirigolzarri Artaza, Josebe	15	Ivern Díaz, Consol	13	Marín Jiménez, Pilar	29
Gómez Barriga, María Dolores	24, 28, 46	Izquierdo García, Marina	24	Marrero Batista, María	36
Gómez Carrillo, Judith	51	Izquierdo Peláez, Victoria	50	Martín Cabeza, Marta	36
Gómez García, Héctor	46, 48, 52, 62	Izquierdo Vázquez, Verónica Victoria	22	Martín González, María del Rosario	40, 41, 57
Gómez García-Olías, Sara	31	Jaramillo, Javier	29	Martín Hernández, María Pilar	18, 19, 20
Gómez González, Cristina	44, 45	Jiménez Candil, Blanca Miriam	42	Martín Sanjoaquin, Adriana	25
Gomis Pastor, Mar	45	Jiménez Candil, Javier	42	Martín Sanz, Ana	50
González Alfonso, Sara	8	Jiménez García, Sonia	46, 47	Martínez Isasi, Santiago	22
González Batista, Bárbara	61	Jiménez Marrero, Santiago	8, 9, 11	Martínez López, Miguel Ángel	51
González Bonilla, Francisco J.	31, 42	Jiménez Sánchez, Diego	14	Martínez Medina, Felicidad	13

## LISTADO DE AUTORES DE COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL 43.º CONGRESO NACIONAL DE LA AEEC

AUTOR/A	PÁGINA/S	AUTOR/A	PÁGINA/S	AUTOR/A	PÁGINA/S	AUTOR/A	PÁGINA/S
Martínez Nicolás, Pedro José	28	Peñaranda Romero, Nerea	37	Rivera Vera, Alonso	18	Sillero Sillero, Amalia	23, 30
Martínez Pérez, José	52	Pérez Acosta, Elsa Amparo	43	Robles Hurtado, Sarai	56	Simarro Ramírez, Laura	6
Martínez Quesada, M.ª del Mar	50	Pérez Carrero, Laura	48	Robles Massuet, Joan	60	Sirera Pérez, Paula Itxaso	25
Martínez Sánchez, Leticia	46	Pérez Gálvez, M.ª Dolores	28	Robles Mezcuca, María	37	Sitges Carreño, Marta	6
Mauil Lafuente, Elena	58	Pérez García, Efrén	58	Rodrigo Cuadrado, M.ª de las Mercedes	38, 54	Siverio Lorenzo, Emilio	47
Mazaya Fawzy, Ameenathul	21	Pérez Herreros, Jéssica	13	Rodríguez Benitez, Teresa	58	Soldevila Cases, Rosa	21
Medina Medina, Rosario	16, 17	Pérez Loza, Isabel	31, 35, 4, 63	Rodríguez Font, Enrique	5, 59	Soler Selva, María	64, 65
Méndez Bailón, Manuel	10	Pérez Mateos, Pablo	10	Rodríguez García, Marcos	6	Soler Selva, Roser	34
Méndez Fernández, Irene	44, 45	Pérez Montejo, Begoña	40, 41, 57	Rodríguez García-Abad, Vera	17, 40	Soriano Rodríguez, María Victoria	24
Méndez Zurita, Francisco	5, 59	Pérez Ortega, Silvia	7, 43, 64	Rodríguez Martín, Sonia	40, 41	Suárez Fontaña, Eva María	32
Mendiola Martínez, Asunción	38, 54	Pérez Serrano, Mónica	15	Rodríguez Martínez, Antonio	56	Suberviola Sánchez-Caballero, Verónica	42
Mercé Klein, Jordi	6	Pérez Villacastín, Julián	15	Rodríguez Sánchez, Patricia	37	Swain, Julie	44
Mercedes Azores Águila	16	Periáñez Martín, Montserrat	43	Rojas Ledesma, María	55	Tapia Majado, Beatriz	52
Merchán Tahvanainen, María Elena	18	Pericet Rodríguez, Cristina	16	Roman Pena, Ana	53	Tena Chacón, José Javier	40, 57
Miguel Gómez, Patricia	33, 34, 35, 36, 46, 52, 63	Pichel López, María	22	Roncal Reinaldo, Natalia	37	Tevar Gómez, Cristina	58
Millán Álvarez, Xavier	19	Pinto Plasencia, Ricardo José	18, 19	Rosa Siles, Rocío	7	Torres Ruiz, Josefina	31
Mirabet Pérez, Sonia	45	Piña Astete, Lorena	37	Roselló Padulles, Teresa	61	Torrijos García-Cervigón, M.ª Carmen	62
Mojón Barcia, Ángel	39	Polonio Molero, Cristina	58	Rosenfeld Vilalta, Laia	9, 11, 38	Trigal Centeno, Alexandrie	14
Molina Fernández, Elisabeth	38	Pombo Jiménez, Marta	31, 42	Rosino Bosch, Aurora	26	Trilla Corominas, Marc	51, 56
Molina Nieto, Aranzazu	42	Pontón Soriano, M.ª Cristina	14	Rossi López, Miriam	33	Troya Martín, María Pilar	55, 62
Moliner Borja, Pedro	8, 11	Porta Sánchez, Andreu	6	Rubio Alcañiz, Vicente	58	Tur Sainz, Ana	37
Mont Girbau, Josep Lluís	5, 6	Poyatos Manrubia, Silvia	60	Rueda Flores, Lorena	15	Tutusaus Sanleandro, Sara	29
Mora Sánchez, Inmaculada	18, 19, 20	Poza Gómez, Nuria	38, 54	Ruiz Montilla, M.ª José	7	Val Muñoz, Juan Carlos	7
Morales Vicente, María José	17, 57	Pozueta del Rivero, Paloma	18	Ruiz Muñoz, Marta	8, 9, 11, 38	Valbuena Condón, María	10
Moreno Rodríguez, Jesús	20	Prats Barrera, Judith	7, 29, 43	Ruiz Rodríguez, María del Pilar	13	Valdelvira Serrano, Aurelia	56
Muñoz Aguilera, Roberto	42	Prieto Valiente, Laura	50	Rumeu Casares, Carmen	10	Valverde Bernal, Jonatan	19, 52
Muñoz Villarreal, Ana Belén	14, 15	Puerta Serén, Laura	56	Ruperto Gámez, Francisco	37	Varela Casal, Cristina	22
Mustafá Hervás, Fátima	51	Puig Campmany, Mireia	19	Sáez Ruiz, Paula	18	Varela Tomé, María Dolores	32
Nagele Hernández, María Candelaria	18, 19, 20	Pulido Altamirano, Ana M.ª	49	Sainz-Terrones Peña, Susana	56	Vázquez Aguilera, María Nélida	44, 45
Naranjo Sánchez, María Ángeles	42	Puparelli Martín, Patricia	57	Salanova Garcia, Jesús	22	Vázquez Calatayud, Mónica	10
Narros Navas, Sheila	50	Querol Vallés, Elena	7, 29, 43	Saldaña Arenas, Jéssica Vanessa	29	Vázquez López-Ibor, Jorge	14
Neiro Rey, Carmen	22, 26, 27, 39, 53	Quesada Melero, Ana	10	Samaniego Quintanilla, Rebeca	50	Velasco Collado, Juan Manuel	28
Nicolás Pérez, Carlos	15	Quezada Feijoo, Dolores Maribel	29	Sánchez Barroso, Noelia	55, 62	Velayos Martos, Patricia	49
Niosi Mazzoni, María Laura	12	Quintana Giner, Miriam	20	Sánchez Calvo, M.ª Ángeles	48	Venturas Nieto, Montserrat	7, 39, 43, 51, 56, 64
Nolla Benavent, Montserrat	7	Quispe Santos, Jonathan	5, 59	Sánchez Carpintero, Andrea	58	Vidal Calés, Pablo	56
Ojeda García, Coral	55, 62	Rábago Juan-Aracil, Gregorio	25	Sánchez Chamero, Pilar	7	Viejo Alija, Judith	61
Olano-Lizarraga, Maddi	10	Rabassa Francisco, Georgina	30	Sánchez Esteban, Juan Jesús	18, 19, 20	Vila Costa, Isidre	28
Olaria, Édgar	60	Ramírez de Diego, Isabel	5, 59	Sánchez Jiménez, María del Mar	31, 42	Vila Perales, Montserrat	19
Oliveros Rey, Patricia	50	Ramos Daniel, María Francisca	48	Sánchez Martín, Laura	5, 51, 59	Vilacosta, Isidre	10
Orobitg Bernades, Núria	41	Ramos Isabel, Ángel	17, 40	Sánchez Santiago, David	58	Vilardell Rigau, Pau	23
Ortega Condes, Jennifer	6	Ramos Polo, Raúl	8, 11	Sanchis Ruiz, Laura	51	Vilches Soria, Silvia	44, 45
Ortega Diaz, Antonia	7	Ramos Sánchez, Mónica	29	Santano Rojas, Marina	34	Villamandos González, Raúl	36, 47
Ortiz Martín, Noelia	7	Ras Jiménez, Mar	9, 11	Santmartín Mases, Beatriz	30	Villar Martínez, Miguel	10
Otero Agra, Martín	22	Rebolo Miragaya, Zaida	51	Santos López, Patricia	29	Viñolas Prat, Xavier	5, 59
Pacheco del Cerro, Enrique	28	Recio Hernández, Ana Belén	41	Sanz Girgas, Esther	7	Virgós Lamela, Alejandro	53
Pacios Pacios, María de los Ángeles	55	Recio Hernández, Javier Verísimo	40, 41, 57	Sarabia Cobo, Carmen María	31, 35, 44, 63	Walias Marcos, María del Carmen	
Palacios García, Montse	29	Refoyo Tejedor, Patricia	32, 59	Sarabia López, Estibaliz	10		33, 34, 35, 36, 46, 47, 63
Palma Ramírez, María Ángeles	8, 44, 45	Regueiro Cueva, Ander	56	Saracibar Razquin, María Isabel	10	Y. H. Lip, Gregory	21
Paloma Mora, Beatriz	10	Repullo Cortés, Graciela	31, 42	Sarasa Monreal, María del Mar	25	Yun Viladomat, Sergi	9
Pan Álvarez-Osorio, Manuel	16, 17	Restrepo Córdoba, María Alejandra	15	Saura Araguas, Judith	60	Zaera Agudo, Amanda	61
Parellada Vendrell, Marta	7, 64	Rey Martín, Gema	16, 17	Seijas Amigo, José	53	Zamorano Andrino, Francisco Javier	51
Pascual Sánchez, Sofía	34, 35	Risco Patiño, Laura	60	Sendino Laya, Naiara	56	Zapata Martínez, Marta	28
Pascual Sanz, Carlos	36	Rivas Jiménez, Carmen	49	Serra Gregori, Judith	41	Zuriquel Pérez, Esperanza	21
Pavón, Javier	29	Rivera Caravaca, José Miguel	21	Sestayo Fernández, Manuela	26, 27, 39		
Peña Gil, Carlos	26, 27, 39, 53	Rivera Romero, M.ª Eugenia	59	Sierra Hernández, Carmen Elia	18, 19, 20		

# XXII 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 publicación científica, no debiendo haber sido presentados, publicados o haber obtenido otros premios o becas.
4. Los premios tendrán un carácter anual y en esta vigésima edición, se considerarán dentro del plazo establecido, todos aquellos trabajos que hayan sido publicados en los números 85, 86 y 87 correspondientes al año XXIX 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 XLIV Congreso Nacional de la AEEC.
7. El fallo del Jurado será inapelable, pudiendo dejar desierto 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 XLIV 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.



# SEEC23

## MÁLAGA

26-28 OCTUBRE 2023

*¡Te esperamos en Málaga!*

**XLIV Congreso Nacional**  
de la Asociación  
Española de  
Enfermería en Cardiología

SECRETARÍA TÉCNICA  
SERVICIO DE ORGANIZACIÓN DE CONGRESOS  
Tel. 902 112 629 - 981 815 975  
info@cardiologiacongresos.org

EL CONGRESO DE  
LA SALUD CARDIOVASCULAR  
DE LA

  
SOCIEDAD  
ESPAÑOLA DE  
**CARDIOLOGÍA**



**Asociación Española de  
Enfermería en Cardiología**

