

Comunicaciones Libres

Jueves, 4 de mayo de 09.00 a 10.00 horas.

Mesa I.- Sala A. COMUNICACIONES ORALES

EL USO DE LA MASCARILLA *BOUSSIGNAC* EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

Jueves, 4 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa I. SALA A.

Autores: Soto Gil M; Castelló Fosch N; Sanz Carbantes E.
Hospital de La Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El paciente con insuficiencia cardiaca puede descompensarse hemodinámicamente, para estabilizarlo puede ser necesaria la intubación orotraqueal (intubación). La intubación conlleva riesgos como: neumonías, arritmias, hipotensión.

El objetivo de la mascarilla *Boussignac* es prevenir la intubación con la ventaja de que el paciente está consciente, no es una técnica agresiva y mejora la función respiratoria.

En las unidades de hospitalización de cardiología de nuestro centro, se utilizaba la intubación como principal técnica en pacientes críticos con insuficiencia cardiaca descompensada. La mascarilla *Boussignac* sólo se utilizaba en las unidades de críticos. Debido a la necesidad de incorporar técnicas menos agresivas, en la unidad de cardiología se propuso la incorporación y uso de la mascarilla *Boussignac*.

MATERIAL Y MÉTODOS

La utilización de la mascarilla *Boussignac* en la unidad de hospitalización de cardiología en pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada empezó en marzo de 2016.

El funcionamiento de la mascarilla consiste en aplicar presión positiva a la vía aérea generada con un alto flujo, obteniendo presiones al final de la espiración en función del flujo de gas. Las enfermeras son las encargadas de su manejo. Por este motivo, el equipo de enfermería recibió previamente formación sobre su uso.

EVALUACIÓN

Se ha evaluado el estado hemodinámico del

paciente, así como las complicaciones derivadas del procedimiento como fugas, desconexión, vómitos o la necesidad de intubación. Desde septiembre hasta diciembre de 2016, 6 pacientes precisaron la colocación de mascarilla *Boussignac*. En 5 de ellos se logró la recuperación y solo 1 precisó intubación.

CONCLUSIONES

La mascarilla *Boussignac* en la unidad de hospitalización de cardiología de nuestro centro ha logrado la estabilización de los pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada, evitando la intubación en la mayoría de los casos.

SE PRESENTA A PREMIO

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESDE UNA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA SOBRE EVENTOS Y REINGRESOS POR IC

Jueves, 4 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa I. SALA A.

Autores: Gutiérrez González MN; Aguayo Esgueva BE; Pérez De Nanclares Ingelmo M; Gil Armentia P.

Hospital Universitario Araba (sede Txagorritxu). Vitoria-Gasteiz.

INTRODUCCIÓN

A pesar del beneficio demostrado de los programas de intervención para pacientes con IC, los estudios publicados muestran heterogeneidad en cuanto a características y componentes de las intervenciones y resultados. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad potencial de una consulta especializada de IC en cuanto a la disminución de reingresos y visitas a urgencias por IC.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo comparativo. Se estudiaron 282 pacientes, edad media 71 años, 73% sexo masculino. Se analizaron para el mismo grupo eventos en el año previo (con atención habitual desde consulta de cardiología o atención primaria), comparándose con eventos en el tiempo de seguimiento (3-24 meses). La intervención incluye seguimiento intensivo mediante visitas presenciales y telefónicas estructuradas, educación y optimización farmacológica, y atención temprana en descompensaciones. Se midieron las siguientes variables de resultado: eventos, reingresos y asistencias en urgencias por IC. Para el análisis, las variables cuantitativas se expresan en medias y desviación estándar y las variables cualitativas en

frecuencias y porcentajes. Siendo la mayoría variables de tipo categórico, la comparación entre un grupo y otro se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado, para variables cuantitativas se utilizó la T de *Student* para muestras independiente, considerándose un $\alpha < 0,05$.

RESULTADOS

Se observaron más eventos por IC ($p=0,000$), reingresos por IC ($p=0,000$) y visitas a urgencias ($p=0,029$) en el año previo que en el año de intervención. Los pacientes reingresadores, (más de 2 ingresos por IC en el año anterior), se han reducido de un 76% a un 23% ($p=0,001$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una intervención basada en un seguimiento intensivo y estructurado se asocia positivamente con una reducción del número de eventos y reingresos por IC.

VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO «PATIENT EMPOWERMENT IN LONG-TERM CONDITIONS»

Jueves, 4 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa I. SALA A.

Autores: Garcimartín Cerezo P¹; Badosa Marce N¹; Linás Alonso A¹; Ivern Díaz C¹; Ruiz Rodríguez P¹; Martínez Medina F¹; Comín Colet J²; Pardo Cladellas Y³.

Hospital del Mar. Barcelona¹; Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona²; Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas. Barcelona³.

INTRODUCCIÓN

En nuestro país no existen instrumentos validados que midan la capacidad del paciente en la gestión de la enfermedad. Esta carencia se contrapone con la necesidad fijada por la OMS que reclama herramientas para medir resultados de empoderamiento. Nuestro objetivo es validar la versión española del cuestionario «*Patient empowerment in long-term conditions*» que evalúa el grado de empoderamiento del paciente con enfermedad crónica.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se lleva a cabo con 121 pacientes con diagnóstico confirmado de Insuficiencia Cardíaca. Se han realizado tres mediciones (basal, 15 días y 3 meses), de calidad de vida (MLHFQ), autocuidado (EHFScB) y empoderamiento (EEPC). Se ha evaluado factibilidad, fiabilidad (reproducibilidad test-retest y consistencia interna), validez de constructo y sensibilidad al cambio.

RESULTADOS

Se ha realizado un análisis preliminar de 30 pacientes. Factibilidad: En el EEPC la proporción de pacientes con algún ítem no contestado fue elevada (43,3%) y los porcentajes del efecto suelo y techo fueron de 6,7%. Fiabilidad: coeficiente alfa de *Cronbach* obtiene intervalos de 0,8-0,94, coeficiente de correlación intraclase fue $> 0,7$.

Validez: MLHFQ dimensión emocional se correlaciona con EEPC con resultados $> 0,5$. No se confirmó la hipótesis con EHFScB (0,008-0,018) y con GSES (0,024-0,386). Las hipótesis planteadas como divergentes fueron bajas en el MLHFQ (0,009-0,221) y en el HADS ansiedad (1,11-1,172). Sensibilidad al cambio: Las diferencias en las puntuaciones del MLHFQ, EHFScB y EEPC obtenidas con la submuestra mejoría entre valoración basal y valoración a los tres meses fueron estadísticamente significativas. Los coeficientes del tamaño del efecto del EEPC ofrecen coeficientes moderados.

CONCLUSIÓN

Los resultados preliminares sugieren que el cuestionario de empoderamiento ofrece propiedades psicométricas correctas en términos de fiabilidad y validez y cierta ambigüedad en términos de factibilidad y sensibilidad al cambio. Sin embargo, podemos inferir que con la muestra total mejorarán sensiblemente las propiedades psicométricas.

IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN EL AUTOCUIDADO Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Jueves, 4 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa I. SALA A.

Autores: Badosa Marcè N; Garcimartín Cerezo P; Astals Vizcaíno M; Linàs Alonso A; Martínez Medina F; Ivern Díaz C; Ruiz Rodríguez P; Comín Colet J.

Hospital del Mar. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Un buen nivel de autocuidado es esencial en pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) para evitar descompensaciones y prevenir ingresos hospitalarios. Diferentes estudios recomiendan añadir a la intervención educativa habitual, un abordaje específico basado en técnicas motivacionales que facilite el cambio y les capacite

para el autocuidado. El objetivo es evaluar el impacto de la incorporación de técnicas de entrevista motivacional en el proceso educativo habitual para mejorar las conductas de autocuidado y la calidad de vida (CV).

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño casiexperimental con grupo control no equivalente. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que ingresaron en la unidad de IC. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, nivel de autocuidado (*European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*) y CV (*Minnesota Living With Heart Failure*), al ingreso (basal) y a los 6 meses (seguimiento). También se recogieron el número de eventos y rehospitalizaciones durante el seguimiento. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables y un análisis comparativo entre grupos e intra grupos.

RESULTADOS PRELIMINARES

En el análisis preliminar (primeros 30 pacientes), a los seis meses acudieron 24 (1 no presentado, 5 muertes). Se encontraron diferencias significativas entre género y *Barthel* ($p=0,04$), presentando los hombres más independencia que las mujeres. La relación entre NYHA y *Barthel* ($p=0,32$) mostró que a mayor clase funcional menor independencia y respecto la relación entre tiempo de diagnóstico y *Pfeiffer*, los pacientes con menor tiempo de evolución de la enfermedad presentaron menor deterioro cognitivo ($p=0,33$). Los resultados basales tanto en los cuestionarios de CV como autocuidado indicaron una baja CV y peor autocuidado. Después de la intervención educativa mediante entrevista motivacional mostró una mejora significativa en los dos indicadores.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La intervención educativa habitual combinada con el abordaje motivacional mejora el autocuidado y la CV de los pacientes con IC.

CONSENSO Y REGISTRO EN LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Jueves, 4 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa I. SALA A.

Autores: Martín Girón I; Luna Fontané S; Habbab Mohamed S; Delgado Ayala M; García Garrido L; Guardia Azara M.

Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona.

INTRODUCCIÓN

Una de las necesidades en la atención integral del

paciente es la educación, cuyo enfoque contempla la enfermedad, el tratamiento, los hábitos de vida y la educación para el autocuidado. Durante la hospitalización, el aprendizaje debería realizarse de forma factible y continua para conseguir una base de conocimientos.

Los objetivos son detectar los problemas existentes durante la aplicación clínica del vigente protocolo sobre educación, y establecer un criterio en el registro de la educación del paciente en relación al protocolo y el programa informático *Gacela Care*.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el proyecto participan 10 profesionales relacionados con la educación del paciente. Se establecen 3 reuniones. La primera reunión multidisciplinar recoge las opiniones, percepciones y sentimientos sobre el aprendizaje del paciente y la familia. Los datos recogidos se analizaron de manera simple para unificar y consensuar el propósito de la intervención educativa. En la segunda, se facilita toda la información educativa del *Gacela Care* respecto al protocolo. En la última, se explica el plan estandarizado «Cardiopatía Isquémica» sobre la educación del paciente y se establece como registrar la intervención para su continuidad.

RESULTADOS

Se identifican los problemas prioritarios: periodo de ingreso reducido, cambio en la tipología de los pacientes, falta de actualización del protocolo según las guías de práctica clínica. Otro factor importante que dificulta la continuidad de la educación es el programa informático no consensuado ni adaptado a las necesidades de registro. Se refleja la dificultad para constatar las necesidades de aprendizaje del paciente, las actividades educativas realizadas y los resultados obtenidos. En el registro se establece valorar las necesidades de aprendizaje y evaluar su enseñanza.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los problemas detectados mejoraron el proceso educativo y el registro. Establecer un criterio en el registro ayudó a la monitorización más personalizada del aprendizaje para su posterior continuidad.

Mesa II. - Sala B. COMUNICACIONES ORALES**SE PRESENTA A PREMIO****¿CÓMO INFLUYE UN EVENTO CORONARIO ISQUÉMICO EN LA ACTIVIDAD SEXUAL?***Jueves, 4 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa II. SALA B.***Autores:** Valverde Bernal J; Villalobos Abelló A; Martínez Pérez J.
Hospital De La Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.**INTRODUCCIÓN**

La cardiopatía isquémica produce un impacto relevante en el paciente una vez finalizado su episodio agudo tanto a nivel anímico como físico. La sexualidad se puede ver afectada a consecuencia de éste. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de los eventos coronarios isquémicos en la actividad sexual y evaluar la influencia que tiene recibir información en el retorno al sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional analítico, realizándose muestreo consecutivo en pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica. Se realizó una entrevista durante el ingreso y dos entrevistas telefónicas (4 y 12 semanas del alta).

RESULTADOS

Se incluyeron 91 pacientes con una edad media de 59 años ($\pm 10,5$). El 92% fueron hombres y el 55% presentaban estudios primarios. El 60% reanudaron las relaciones sexuales a las 4 semanas, siendo estos más jóvenes ($p < 0,001$), laboralmente activos ($p = 0,002$), fumadores ($p = 0,010$), sin problemas sexuales previos ($p = 0,013$) y con relaciones previas satisfactorias ($p < 0,001$). El 42% de los que reanudaron presentaron algún problema durante la actividad sexual, como dolor torácico (43%) y miedo a una recaída (62%). El 36% de los pacientes que no reiniciaron la actividad sexual refirió temor al acto y el 54% manifestó falta de motivación. Sólo el 16% de los pacientes habían recibido información a las 12 semanas. Éstos reiniciaron relaciones sexuales ($p = 0,043$) con mayor frecuencia ($p = 0,066$) y más satisfactorias ($p = 0,087$). Los que no recibieron información se muestran poco satisfechos con la educación ($p < 0,001$).

CONCLUSIÓN

El evento coronario isquémico influye en actividad sexual, ya que los pacientes retornan refiriendo miedo y menos apetito sexual. Los pacientes reciben

escasa información sobre sexualidad, por lo que se debería realizar un abordaje integral por parte de los profesionales.

MAPAS DE EMPATÍA EN PACIENTES QUE INGRESAN POR UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO*Jueves, 4 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa II. SALA B.***Autores:** Neiro Rey MC¹; Reino Maceiras MV¹; González Salvado V¹; Peña Gil C¹; Prada-Ramallal G².**Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela¹; Instituto de Investigación Sanitaria (IDIS). Santiago de Compostela².****INTRODUCCIÓN**

La mejora de los servicios asistenciales a pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) pasa inexorablemente por analizar la experiencia de los usuarios. El mapa de empatía es una herramienta que analiza la experiencia que viven los usuarios de un servicio. El objetivo de este estudio fue conocer las aspiraciones, necesidades, miedos y frustraciones de los pacientes que presenten SCA.

METODOLOGÍA

Investigación cualitativa sobre mapas de empatía elaborados mediante entrevista a 30 pacientes con SCA.

RESULTADOS

Se analizaron 6 dimensiones de empatía: En cuanto a (1) lo que el paciente piensa y siente, prevalece la sensación de intranquilidad/incertidumbre acerca de los cambios en hábitos de vida, el miedo a secuelas y pérdida del trabajo, así como angustia por dejar de fumar y la preocupación por la familia. Con respecto a (2) lo que oye, destacan las explicaciones por el personal sanitario y las conversaciones con pacientes, no siempre tranquilizadoras, las conversaciones con la familia, en general positivas, además del sonido de fondo de los aparatos. En relación a (3) lo que ve, se aprecia un entorno sanitario organizado, proximidad y buen trato, y (4) lo que dice y hace, es habitual que pregunte sus dudas a los profesionales y converse con familiares. Es común (5) el miedo a las secuelas, el dolor y la muerte, además del temor a la inactividad, y (6) los beneficios deseados son la mejora de la calidad de vida y la reincorporación laboral.

CONCLUSIONES

Los mapas de empatía son una herramienta sencilla en la evaluación de la experiencia de usuarios de servicios asistenciales. En pacientes ingresados por SCA prevalecen sentimientos de intranquilidad/incertidumbre, así como de miedo. Este punto de partida requiere acciones específicas de comunicación para mejorar la experiencia de pacientes y familiares.

OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS Y AUXILIARES SOBRE EL CUIDADO DE LA INTIMIDAD FÍSICA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN CARDIOLÓGICA

Jueves, 4 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa II. SALA B.

Autores: Rabadán Anta T; Palacios Muñoz P; Baños Marín M; Asensio Román N; Jiménez González F; Moreno Ruiz L.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

INTRODUCCIÓN

Teniendo la intimidad varias vertientes, la física se vulnera con frecuencia en favor de otros factores, ya sea por la indebida exposición o manipulación del cuerpo de los pacientes ingresados. El cuidado de esta intimidad genera satisfacción y confianza entre los usuarios. Los objetivos son conocer la opinión de los profesionales sobre cómo tratamos la intimidad física de los pacientes ingresados en una unidad de cardiología y detectar factores para la mejora.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Se autoadministra cuestionario con validación interna a todos los enfermeros y auxiliares de turno rodado pertenecientes a una unidad de hospitalización cardiológica con más de tres meses (centro nivel II). Temporalidad: enero 2017. Procesamiento: media y cálculo de porcentajes para cuantitativas.

RESULTADOS

Se entregaron 25 cuestionarios (100%). Edad 47 años. Mujeres 88%. Antigüedad 22 años, en la unidad: 7 años. El 79% estuvieron ingresados alguna vez. El 77% sin formación específica postitulación. El 84% ha pensado en la importancia de la intimidad física muchas veces o siempre. El 56% piensa que se puede respetar más la intimidad del paciente. El 37% se avisa de la presencia de un estudiante. El 80% no suele oír

comentarios en presencia del paciente que aludan a su aspecto físico. El 48% no suele oír comentarios sobre la intimidad, sin interés sanitario, entre profesionales. Más de la mitad piensa que ni la edad ni el sexo ni el estado mental influyen en el cuidado de la intimidad. El 9% pide permiso para desnudarlo, el 62% para tocar o explorarlo. El 50% dice no influir la carga de trabajo en el proceder. El 40% dice no olvidarla en favor de otros procedimientos técnicos. El 100% tiene los recursos necesarios para una buena *praxis*.

CONCLUSIONES

Se debe mejorar el cuidado de la intimidad física como algo útil y necesario para prestar cuidados de calidad. Siendo ya los recursos suficientes, la empatía es una herramienta a potenciar.

SE PRESENTA A PREMIO

GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS INCLUIDOS EN UN ESTUDIO SOBRE LA CARDIOTOXICIDAD DE SUS TRATAMIENTOS

Jueves, 4 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa II. SALA B.

Autores: Macías De Plasencia G; Calvo Martín I; Alba Saá F; Melero Alegría JI; Rodrigues A; Garde Pellejero B; Díaz Peláez E; Martín García A; Sánchez Fernández PL.

Complejo Asistencial Universitario De Salamanca.

INTRODUCCIÓN

El proyecto CARTIER estudia la patología cardiaca de los pacientes ancianos oncológicos antes, durante (previamente a cada ciclo de tratamiento) y tras la administración de la quimioterapia. Consta, básicamente, de diez visitas, con cuestionarios clínicos, analíticas, test de la marcha, ecocardiografía y resonancia magnética cardiaca. El equipo de investigación de enfermería coordina cada una de las visitas. El conocimiento de la percepción del paciente sobre un estudio clínico tan complejo permitirá mejorar la calidad de la atención profesional y humana a los enfermos participantes. El objetivo es conocer el grado de satisfacción de los pacientes del proyecto CARTIER.

MÉTODOS

Consecutivamente 54 pacientes de los incluidos en el estudio rellenaron anónimamente un cuestionario de 26 preguntas sobre distintos aspectos de las visitas (atención general recibida, repercusión sobre su estado

de salud, pruebas realizadas, aspectos informativos o burocráticos, infraestructuras).

RESULTADOS

Los enfermos aprecian el trato recibido por todo el personal involucrado, especialmente por enfermería (considerada como buena/muy buena en el 100%). Valoran el seguimiento cardiológico como bueno/muy bueno (98,1%) y consideran que han sido correctamente informados de la razón y objetivo del estudio (98,1%). El 83,4% piensa que su participación les ha ofrecido ventajas sobre pacientes no incluidos y el 66% perciben una mejoría en su salud. La resonancia magnética es considerada la prueba más incómoda en el 48% de los casos. Más del 98% recomendaría a otros pacientes en su misma situación la participación en el estudio.

CONCLUSIONES

La implicación de enfermería en los estudios de investigación es imprescindible. Los pacientes están satisfechos de su participación en este estudio, aún considerando la gravedad del proceso tumoral, tratamiento y múltiples consultas que precisan. El seguimiento de enfermería les concede seguridad y apoyo fundamental para completar el estudio.

PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES EN LA SEGURIDAD CLÍNICA MEDIANTE LAS RONDAS DE CONTINUIDAD DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Jueves, 4 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa II. SALA B.

Autores: Fernández Gallego J; González Alonso MA; Tordable Alonso O; Martín Sereno C; Roperó Osuna C; Santamaría Laín R.

Hospital de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La ronda de continuidad asistencial es una actividad que se realiza en la habitación del paciente y consiste en la puesta en común de la información clínica más relevante entre el equipo de enfermería saliente y entrante, con la participación del propio paciente. Su objetivo es que el paciente sea coprotagonista de la mejora continua de la calidad y la seguridad. El estudio tiene como objeto conocer el grado de satisfacción de los pacientes de la unidad de cardiología respecto a las rondas de continuidad asistencial.

MATERIAL Y METODO

Diseño: estudio prospectivo realizado a pacientes

ingresados entre el 10 y el 18 enero de 2017. Criterios de inclusión: (a) edad >18 años, (b) ingreso superior a dos días, (c) indemnidad cognitiva y (d) conformidad para participar en el estudio. Instrumentos: encuesta de 7 ítems con escala de respuesta tipo *likert* (0 lo más negativo posible y 10 lo más positivo). Análisis estadístico: estadística descriptiva con cálculo de los IC95%.

RESULTADO

Ningún paciente rehusó entrar en el estudio. Se incluyeron 30 pacientes (17 hombres y 13 mujeres) con una edad media de 74,8±16,1 años. Los pacientes consideraron mayoritariamente que las rondas de continuidad no interferían en el descanso diurno ni nocturno (8,1±2,1 puntos; IC95% 7,8-9,3). Así mismo, opinaron que la presencia de familiares o acompañantes resultaba positiva para ellos (7,8±3,2 puntos; IC95% 6,6-8,9 puntos). Aunque los participantes consideraron que las rondas de continuidad les aportaban información relevante (6,6±2,5 puntos; IC95% 5,7-7,4 puntos), opinaron que debería facilitarse más su participación (5,6±2,1 puntos; IC95% 4,8-6,3 puntos). La satisfacción global alcanzó los 8,7±3,1 puntos; IC95% 7,6-9,7 puntos).

CONCLUSIONES

En las condiciones del estudio, los pacientes se muestran muy satisfechos respecto a su participación en las rondas de continuidad asistencial pero demandan un papel protagonista mayor.

Mesa III.- Sala C. COMUNICACIONES ORALES

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TÉCNICAS PERCUTÁNEAS ALTERNATIVAS A LA CIRUGÍA CARDIACA

Jueves, 4 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa III. SALA C.

Autores: Ramírez Arrabales P; De La Varga Morán M; Guillermo Gálvez C; Tarrela Redonda N; Hevia Puyo S; Andrés Casamiquela E.

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El interés por aplicar terapias menos agresivas en algunas patologías estructurales del corazón ha favorecido la aplicación de procedimientos por vía percutánea, que se están mostrando en los últimos años

como una alternativa real a la intervención quirúrgica.

Con objeto de estandarizar los cuidados entre los profesionales de enfermería, hemos elaborado este plan de cuidados que aborda la atención previa y posterior a la realización de cada técnica, sin olvidar aspectos esenciales de la actuación periprocedimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

El plan de cuidados se ha diseñado en función de cada técnica concreta, a pesar de la frecuente coincidencia en los problemas, acciones aplicadas y en los resultados esperados. Los procedimientos incluidos son el implante transcatóter de válvula aórtica (TAVI), implante de «Clip» mitral, tratamiento de «leak» mitral o aórtico, valvuloplastias mitral o aórtica, cierres de comunicación intraauricular (CIA), de orejuela y de foramen oval. Se ha realizado una descripción básica de cada procedimiento y sus indicaciones.

Se han enumerado los problemas como diagnósticos de enfermería siguiendo la taxonomía de la NANDA, y se han descrito las complicaciones reales y riesgos potenciales en cada caso.

EVALUACIÓN

Para cada problema se han marcado unos objetivos, asignando unas intervenciones (NIC) y los resultados esperados (NOC).

CONCLUSIÓN

Con este plan de cuidados se quiere mejorar el conocimiento de estas técnicas entre el personal de enfermería. En ningún caso se pretende evitar la individualización del cuidado, esencial en la profesión, pero teniendo en cuenta que se está tratando sobre procedimientos de riesgo elevado en algunos casos, que precisan atención en UCI o unidades de semiintensivos, asociado a un alto grado de rotación del personal de enfermería, se considera pertinente implementar iniciativas que permitan reducir el riesgo de variabilidad en la aplicación y registro de los cuidados.

IMPACTO DE UN NUEVO PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A ESTUDIOS HEMODINÁMICOS POR ACCESO RADIAL

Jueves, 4 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa III. SALA C.

Autores: Sanz Cardoso S; Capellà Llovera T; Ferrer Bañolas L; Manzano Sánchez T; Martínez Casas S; Santamaría Laín R.

Hospital De Barcelona.

INTRODUCCIÓN

En 2014 se detectó una tasa inaceptablemente alta (46%) de pacientes que presentaban hemorragia, en la mayoría de casos leve, durante la retirada de la pulsera hemostática. El objetivo es valorar la efectividad de los cuidados de enfermería específicos del procedimiento después de incluir las medidas correctoras.

METODOLOGÍA

Diseño: estudio retrospectivo y comparativo. **Pacientes:** se incluyeron a todos los pacientes que ingresaron en la planta de cardiología para estudios hemodinámicos desde enero a junio del 2016 (grupo post-intervención), se compararon con una cohorte de 2014 (grupo control o pre-intervención). **Variables:** frecuencia de toma de signos vitales, valoración neurovascular y cumplimiento de los tiempos del desinflado de la pulsera hemostática. **Análisis estadístico:** test exacto de Fisher y nivel de significación $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 150 pacientes (69 procedimientos diagnósticos y 81 terapéuticos), se compararon con una muestra similar de antes de la intervención. En el grupo control, presentaron hemorragia local 69 pacientes (46%; IC95% 37-54%) mientras que tras la implantación de las medidas correctoras sólo se detectó en 46 pacientes (30%; IC95% 23-38%; $p < 0,009$). El incumplimiento de los tiempos de desinflado en el grupo control se observó en 96 pacientes (64%; IC95% 55-71%), descendiendo significativamente tras las medidas correctoras (6 pacientes; 4%; IC95% 0,8-7%; $p < 0,0001$).

CONCLUSIONES

La efectividad de la calidad de los cuidados posteriores al intervencionismo hemodinámico por acceso radial ha mejorado significativamente tras la implementación del nuevo plan de cuidados enfermeros específicos del procedimiento.

VALORACIÓN DEL ACCESO VENOSO EN LA SALA DE HEMODINÁMICA. ¿MEJORA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Jueves, 4 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa III. SALA C.

Autores: Sainz González M¹; Benito Alfonso M¹; Alconero Camarero AR²; Fradejas Sastre V¹; Fernández Peña E¹.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander¹;
Escuela Universitaria de Enfermería de Cantabria².

INTRODUCCIÓN

Múltiples son los aspectos a valorar ante un procedimiento intervencionista en el laboratorio de hemodinámica. Las técnicas intervencionistas cardíacas no están exentas de riesgos, por ello, es recomendable la existencia de una vía venosa periférica localizada, accesible y permeable ante cualquier complicación no deseada. El objetivo es valorar la existencia y mantenimiento de la vía venosa periférica antes, durante y después de un cateterismo cardíaco.

METODOLOGÍA

Diseño descriptivo mediante un cuestionario *ad hoc* (15 preguntas) en el 2016, para analizar el acceso venoso. Se incluyeron los pacientes con ingresos programados en hospitalización para realizar un cateterismo cardíaco. Se excluyeron todas las situaciones urgentes e ingresos por otras causas.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 225 pacientes, ingresados por hemodinámica (60%), cardiología (31%) y otros servicios (9%). Un 87% cumplían protocolo precateterismo.

Relacionado con la técnica, el acceso arterial del procedimiento fue: arteria femoral (53,3%), y arteria radial (35,7%). El 12% fueron cateterismos cardíacos venosos.

Antes del procedimiento se valoró la existencia del acceso en un 75% de los pacientes. Siendo las localizaciones dorso de la mano (10%), articulación radio carpiana (22%), el antebrazo (42%), y en la fosa del codo (26%). La permeabilidad y la sujeción de la vía fueron adecuadas en un 98%. Complicaciones (2%). El 61% de los pacientes necesitaron el acceso durante el procedimiento, de forma intermitente (89%) y en perfusión continua (11%).

CONCLUSIÓN

Las tres cuartas partes de los pacientes programados y hospitalizados llegan a la observación de hemodinámica con una vía venosa periférica segura. El uso del acceso venoso es imprescindible en más de la mitad de los casos. Es recomendable la inserción del catéter venoso evitando mano y articulación radiocarpiana, ya que, puede condicionar el acceso de arteria radial.

PERCEPCIÓN DE LA FIGURA DE LA ENFERMERA HEMODINAMISTA MEDIANTE UN CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Jueves, 4 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa III. SALA C.

Autores: Benito Alfonso M¹; Sainz González M¹; Alconero Camarero AR²; Fradejas Sastre V¹; Fernández Peña E¹.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander¹;
Escuela Universitaria de Enfermería de Cantabria².

INTRODUCCIÓN

El entorno sociofamiliar tiene sus propias necesidades, que deben ser detectadas y cubiertas igual que en nuestros pacientes, por lo que se reconoce a la familia como parte integral y activa en el proceso de cuidados postcateterismo. Por ello, nuestro objetivo fue valorar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes programados para una intervención en la unidad de hemodinámica respecto a la atención recibida por enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal iniciado en la unidad de hemodinámica desde 16 de junio a 16 de noviembre de 2016. Se elaboró un cuestionario *ad hoc*, anónimo y voluntario de 10 preguntas distribuidos posteriormente a los familiares en hospitalización, evitando posibles sesgos en su cumplimentación. Las variables de interés fueron: datos demográficos, relación con el personal de enfermería y la calidad de la información dada.

RESULTADOS

De los 180 cuestionarios administrados se obtuvieron un 81%. La cuidadora habitual es mujer (72%), esposa o hija (33% y 29%) entre 40 y 69 años. El lugar y el tiempo dedicado son valorados como altamente satisfactorios (92,5% y 96%, respectivamente); reconocen al personal de enfermería como muy o bastante accesible (98,6%), de confianza para expresar y resolver dudas (98%), las cuales son respondidas de manera satisfactoria en el 97% de los casos. Un 98% no considera que reciba información contradictoria respecto a los cuidados de enfermería y valoran con buen grado de satisfacción el refuerzo de la documentación escrita (87,8%).

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción percibido por los familiares ha sido excelente. Conocer su opinión nos permite aumentar el nivel de calidad de los cuidados y crear nuevas estrategias para implicar más al entorno del paciente en los cuidados de salud inmediatos y a largo plazo.

REDUCCIÓN DE TIEMPOS DE COMPRESIVO RADIAL. CONTROL DE CALIDAD EN LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES VASCULARES

Jueves, 4 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa III. SALA C.

Autores: Simó Vilaplana M.; Tribó Miró I; Garcimartín Cerezo P; Sánchez Santiago D; Encinas Jiménez S; Bartolomé Fernández Y; Pilar GM; Pueyo Pont MJ; Maull Lafuente E.

Hospital del Mar. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Recientemente las coronariografías ambulatorias están aumentando en nuestro servicio. Por ese motivo, junto con la intención de disminuir las complicaciones derivadas de un compresivo radial, nos propusimos reducir los tiempos de 4 a 2 horas en diagnósticos y de 6 a 4 horas en angioplastias. Se diseñó una hoja de recogida de datos para poder identificar las posibles complicaciones derivadas. El objetivo fue identificar la incidencia de complicaciones vasculares postcateterismo tras la reducción en los tiempos de compresión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y prospectivo que incluyó 386 pacientes, de febrero de 2016 a agosto de 2016. Se han excluido los pacientes en los que no se ha podido recoger toda la información requerida por la base de datos. Se realizaron sesiones informativas para explicar los nuevos tiempos de retirada de compresivo radial, así como la hoja de recogida de datos y la nueva forma de valorar los hematomas (EASY hematoma Classification). Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 21.0.

RESULTADOS

Se realizaron 197 diagnósticos y 136 angioplastias. En el 85,3% el acceso fue radial, el 1% cubital y el 1,1% humeral. Un 55% fueron sangrados y 7,7% hematomas (grado 1 un 4%, grado 2 un 2%, grado 3 un 0,8% y ninguno de grado 4).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La disminución de los tiempos de compresivo ha supuesto una disminución de estancia hospitalaria y mayor confortabilidad para el paciente, no mostrando un incremento significativo de complicaciones vasculares. La escala EASY ha permitido objetivar la valoración gravedad y posterior registro de los hematomas. Los hematomas son el principal problema, siendo la mayoría de menor gravedad.

Jueves, 4 de mayo de 11.30 a 12.30 horas.

Mesa IV.- Sala A. COMUNICACIONES ORALES

SEGUIMIENTO DE LA ADHERENCIA A RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN FUNCIÓN DE LOS PRODUCTOS FINALES DE GLICACIÓN (AGES) EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Jueves, 4 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa IV. SALA A.

Autores: Miguez Piñeiro A; Ferrón Novais AM; Gago Gago MC; Arufe Manteiga MI; Reino Maceiras MV; Torreiro Pampín ML; Outes Velay MB; Neiro Rey MC; Álvarez E.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN

Comparar la adherencia a recomendaciones dietéticas y niveles de AGEs, entre un grupo de pacientes incluidos en el programa de rehabilitación cardiaca, y un segundo grupo que solamente se adhiere a la educación sanitaria al alta tras un episodio de síndrome coronario agudo.

MÉTODOS

Realizamos una encuesta de hábitos dietéticos, valorando el contenido en AGEs de los alimentos, previa a las recomendaciones dietéticas cardiosaludables a pacientes tras sufrir un SCA. Pasados 8 meses se realizó de nuevo la misma encuesta. En ambos momentos se recogió también una muestra de sangre venosa para medir los valores de AGEs en plasma.

RESULTADOS

Se incluyeron 115 pacientes en el estudio de forma voluntaria con consentimiento informado. Unos 63 pacientes (53%) completaron las dos encuestas, con un período de tiempo medio entre ambas de 241 ± 138 días. Unos 27 pacientes completaron un programa de rehabilitación cardiaca. El valor medio de los AGEs ingeridos según la encuesta decreció significativamente entre las dos medidas, de $195,4 \pm 112,0$ unidades arbitrarias (u.a.) a $148,2 \pm 112,1$ u.a. ($p < 0,05$, test de Wilcoxon). Sin embargo, el valor de AGEs en plasma aumentó de $30,7 \pm 10,0$ a $36,9 \pm 11,2$ u.a. ($p < 0,05$). En los pacientes en rehabilitación los valores de AGEs ingeridos no descienden significativamente ($245,7 \pm 121,9$ vs. $213,4 \pm 186,4$; $p > 0,05$), pero también aumentan los AGEs en plasma ($32,1 \pm 12,7$ frente a $37,8 \pm 13,9$; $p < 0,05$).

CONCLUSIONES

Se observó buena adherencia a hábitos dietéticos

recomendados, reduciendo la ingesta de AGEs, salvo los pacientes de rehabilitación; o bien los pacientes no declaran la verdad en la encuesta o su proceso cardiológico incrementa los niveles de AGEs de manera endógena e independiente a los niveles de la ingesta. El programa de rehabilitación tampoco reduce el aumento de AGEs en plasma.

ESCUELA DE SALUD DE CARDIOLOGÍA: GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

Jueves, 4 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa IV. SALA A.

Autores: Corzán Melgosa P; Santaularia Capdevila N; González Batista B.

Althai, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

INTRODUCCIÓN

Los programas de rehabilitación cardiaca son sistemas de actuación multifactorial y multidisciplinar que disminuyen la mortalidad y el riesgo de un nuevo infarto agudo de miocardio, promueven un estilo de vida saludable y mejoran la capacidad funcional de los pacientes. Un componente es la educación a través de las charlas dirigidas a pacientes y familiares. El objetivo del estudio consiste en valorar el grado de satisfacción de los temas tratados en las charlas educativas para pacientes cardiopatas y familiares, en un hospital secundario a través de una encuesta de valoración anónima dirigida a los pacientes asistentes.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde mayo de 2013 hasta febrero de 2016 se han realizado 3 bloques anuales de 4 sesiones educativas sobre el control de diferentes factores de riesgo cardiovasculares. Al final de cada bloque, se recogió una encuesta de valoración de las sesiones por parte de los pacientes.

RESULTADOS

Asistieron 174 pacientes (más 67 acompañantes) y contestaron la encuesta 119 pacientes. El total de pacientes recomendarían la participación en las sesiones, 116 las considera necesarias y 103 les interesaría participar en nuevas sesiones. De los temas tratados, el que consideran más importante es el psicológico / emocional (68,5%), seguido del control de los factores de riesgo cardiovasculares y del ejercicio (65,7%), la información sobre la patología cardiaca

(64,8%), la dieta (56,6%) y la sexualidad (40,6%).

CONCLUSIONES

La satisfacción de los temas tratados en las sesiones es alta. Se detecta una demanda creciente respecto al aspecto psicológico, por lo que nos hace plantear la necesidad de incluir un psicólogo en nuestro equipo del programa de rehabilitación cardiaca.

OBESIDAD, INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN REHABILITACIÓN CARDIACA. ¿GRUPAL O INDIVIDUAL?

Jueves, 4 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa IV. SALA A.

Autores: Ortega Ordúñez MA¹; Martínez Castellanos T¹; Fernández González A¹; Castillo Martín JI²; Abeytua Jiménez M¹; Torres Álvarez C¹; Ubeda Tikkanen A¹; Fernández Avilés FJ¹.

Hospital Gregorio Marañón. Madrid¹; Hospital 12 de Octubre. Madrid².

INTRODUCCIÓN

La obesidad, factor de riesgo cardiovascular es abordado en Rehabilitación Cardiaca. El peso semanal y charlas grupales educativas, son intervenciones estandarizadas. El estudio propone valorar la diferencia de ésta con una valoración individual dietética semanal durante 2 meses.

MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo: 2 grupos que realizaron Rehabilitación Cardiaca. El primer grupo, 100 pacientes con intervención estándar, control de peso semanal y charlas educativas. El segundo grupo, 159 paciente controles peso semanal, valoración y modificación de dieta. Se recogieron al inicio y final, las variables: peso, IMC (índice de masa corporal) y PA (perímetro abdominal). Los datos fueron analizados estadísticamente con SPSS 15.0.

RESULTADOS

Grupo 1º: N 100, 86% hombres, edad media 59,27 años (DE 10,36). Peso inicial medio 93,82 Kg (DE 12,57). Peso final 92,32 Kg (DE 12,55). PA inicial media 111,27 cm (DE 8,18). PA final 108,56 cm (DE 8,24). IMC inicial media 33,31 (DE 3,10). IMC final 32,77 (DE 3,16).

Diferencias significativas $p < 0,000$ en la comparación entre los valores iniciales y finales en las 3 variables.

Grupo 2º: N 159, 78% hombres, edad media 57,69 años (DE 10,58). Peso inicial medio 94,76 Kg (DE

13,34). Peso final 92,92 Kg (DE 12,94). PA inicial media 110,7 cm (DE 9,13). PA final 108,20 cm (DE 8,95). IMC inicial media 33,26 (DE 3,19). IMC final 32,63 (DE 3,23).

Diferencias significativas $p < 0,000$ en la comparación entre los valores iniciales y finales en las 3 variables.

Respecto al estudio que compara medias de los 2 grupos independientes no se observan diferencias significativas.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIONES

Las 2 intervenciones son efectivas al comparar las medias inicial y final del peso, PA e IMC. Si se comparan los 2 tipos de intervenciones no hay diferencias significativas.

FASE III DE REHABILITACIÓN CARDIACA. ALGO MÁS QUE UN ALTA HOSPITALARIA: SEGUIMIENTO CONTINUADO DEL PACIENTE POR ATENCIÓN ESPECIALIZADA- ATENCIÓN PRIMARIA

Jueves, 4 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa IV. SALA A.

Autores: Barreñada Copete E¹; Palacios Pérez MA²; Domínguez Paniagua J¹; Delgado Sánchez P¹; Molina Alameda L³; Casasola Gutiérrez T⁴; Guerra Polo JM¹; Campuzano Ruiz R¹; López Navas MJ¹; Botas Rodríguez J¹.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid¹; C.S. La Rivota. Madrid²; C.S. Ramón y Cajal. Madrid³; C.S. Miguel Servet. Madrid⁴.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte a nivel mundial. La mayoría pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales. Tras un periodo relativo de tiempo, un elevado porcentaje de pacientes crónicos cardiológicos relajan sus autocuidados y abandonan aspectos fundamentales de su tratamiento. El modelo estratégico de atención a pacientes con enfermedades crónicas de nuestra comunidad, impulsa la coordinación sociosanitaria, mejorando: información, comunicación y educación a pacientes y cuidadores. Los objetivos son describir las intervenciones enfermeras en el cuidado del corazón en los diferentes niveles asistenciales y garantizar la continuidad asistencial precoz de los pacientes tras sufrir un evento cardiaco.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo del papel de enfermería en

FASE II y FASE III de RC. Diferentes actividades de coordinación entre niveles Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE): grupo de trabajo AP Dirección Asistencial Oeste y Servicio Rehabilitación Cardiaca (SRHC) integrado por profesionales asistenciales y de gestión. Promoción y Prevención de la Salud con Intervenciones Comunitarias en formato: charlas activo-participativas sobre la ECV en Centros Salud (CS). Jornada formativa multidisciplinar del SRHC a profesionales de AP.

RESULTADOS

Elaboración del Procedimiento de Atención Continuada en pacientes cardiológicos, incluyendo comunicación precoz de altas hospitalarias por ECV Fase I y por RHC Fase III. Jornada formativa conjunta Primaria / Especializada impartida. Dos Intervenciones Comunitaria Interinstitucionales: Programa Mayores Salud: 5 charlas «Cuidando tu corazón, cuidas tu vida», 91 asistentes. «Programa Sociedad con Salud», 3 charlas, 46 asistentes 2 sobre Factores Riesgo y Cuidados tras un Infarto.

CONCLUSIÓN

La coordinación entre niveles es imprescindible para el seguimiento y cuidados en pacientes rehabilitados tras un evento cardiaco. El grupo de trabajo AP-AE contribuye a asegurar la continuidad asistencial. La comunicación precoz de altas agiliza la captación del paciente desde AP y su posterior seguimiento.

¿PODRÍA SER ÚTIL UNA APP COMO COADYUVANTE EDUCACIÓN/TERAPÉUTICO EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN EPISODIO DE ISQUEMIA CARDIACA?

Jueves, 4 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa IV. SALA A.

Autores: Rodríguez de Francisco N; Ivern Díaz C; Badosa Marce N; Cabero Cereto P; Soler Ayats C; Rodríguez Costoya I; Meroño Dueñas O; Ruiz Bustillo S; Marti Almor J.

Hospital Del Mar. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Los programas de rehabilitación cardiaca incluyen técnicas de meditación y *mindfulness*, que reducen la ansiedad actuando como medida de prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular. La utilización de un dispositivo móvil, tipo *app*, podría ser útil como soporte a un programa de rehabilitación

cardíaca. El objetivo es un estudio piloto de evaluación del grado de aceptabilidad y satisfacción de uso de una aplicación para móvil, mediante la cual los pacientes con enfermedad coronaria pueden realizar sesiones de meditación con la que mejorar los niveles de ansiedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron pacientes con un evento coronario y que participaron en el programa de rehabilitación cardíaca del nuestro hospital. Se les instaló en el móvil una *app* diseñada específicamente para este estudio y que permitía la realización de unos ejercicios de meditación. Dichos ejercicios fueron realizados una vez al día durante al menos una semana. Al transcurrir la semana se realizó un cuestionario para valorar el grado de satisfacción de uso de la *app*.

RESULTADOS

Entre febrero y marzo de 2016 se incluyeron 9 pacientes (6 hombres y 3 mujeres) con una edad media de 55,6 años. La puntuación media del cuestionario de satisfacción de uso de la *app* fue de 17,16 para los hombres y de 15,33 para las mujeres sobre un total de 24 puntos ($p=NS$). El 78% de los pacientes percibieron una reducción considerable en su nivel de estrés y el 88% querrían seguir usando esta aplicación durante todo el proceso de su enfermedad.

CONCLUSIÓN

Los pacientes hicieron una valoración satisfactoria del uso de la *app*, al considerar que reducía su nivel de ansiedad y la mayoría de ellos querrían seguir usándola. El uso de dispositivos móviles podría emplearse como soporte de los programas de rehabilitación cardíaca en los pacientes con enfermedad coronaria previa.

cardíaca puede generar diversos problemas post intervención. Es una técnica quirúrgica que consiste en una punción venosa o disección de la vena de elección para la introducción de los electrodos. Posteriormente se realiza un bolsillo para el implante, éste suele ser subcutáneo justo por encima del músculo pectoral. Un gran número de personas que requieren estos dispositivos están tomando anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios. Estos tratamientos dan lugar a un mayor riesgo de aparición de sangrado. Por lo tanto, los enfermeros/as tienen un papel fundamental en la cura y el seguimiento de las heridas posquirúrgicas. El objetivo es evaluar la eficacia del vendaje compresivo hipotérmico *versus* vendaje compresivo convencional, para la prevención del hematoma de la herida quirúrgica de los implantes de dispositivos de estimulación cardíaca en pacientes en tratamiento crónico anticoagulante oral o antiagregantes plaquetarios.

METODOLOGÍA

Se realizará un ensayo clínico aleatorizado y randomizado en nuestro hospital. Haremos dos grupos de 155 participantes cada uno de ellos. A uno de los grupos aplicaremos el vendaje compresivo convencional y en el otro grupo el vendaje compresivo hipotérmico. Para la evaluación del hematoma entregaremos una hoja de recogida de datos que será la misma para las enfermeras del quirófano, hospital de día y consulta de dispositivos. Estos documentos servirán para comparar la información entre los dos grupos. El punto final primario es la aparición de sangrado y el secundario es la aparición de sangrado grave con compromiso vital, que requiera ingreso hospitalario o drenaje.

Mesa V. - Sala B. COMUNICACIONES ORALES

EFICACIA DEL VENDAJE COMPRESIVO HIPOTÉRMICO EN LA HERIDA QUIRÚRGICA DE LA IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES O ANTIAGREGANTES ORALES

Jueves, 4 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa V. SALA B.

Autores: Cano Valls A; Martín Lleixa A; Espinosa Palacín E; Niebla Bellido M; Matas Avellà M; Venturas Nieto M.

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El implante de los dispositivos de estimulación

PROPUESTA DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN INTRAPROFESIONAL DURANTE EL CAMBIO DE TURNO

Jueves, 4 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa V. SALA B.

Autores: García Sainz L; Juandeaburre Pedroarena B; Arraztoa Alcasena MT; Goñi Viguria R; Lizarraga Ursúa Y; Martín Pérez S.
Clínica Universidad de Navarra.

INTRODUCCIÓN

La Comunicación durante el Cambio de Turno (CCT) mejora la calidad, seguridad y continuidad del cuidado del paciente. En nuestra unidad, existe la preocupación de mejora en la CCT, por ello en 2016, se llevó a cabo

un estudio prospectivo comparativo dónde se vio que la comunicación era completa y ordenada. Sin embargo, había interrupciones y la duración era excesiva. Estos aspectos empeoraban en los pacientes con mayor carga de trabajo (NAS). Al no poder modificar la NAS, pero sí las interrupciones o información subjetiva, se propone que la transmisión de información durante el cambio de turno se lleve a pie de cama. El objetivo fue desarrollar una propuesta para implantar la CCT a pie de cama.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se propone desarrollar una guía para realizar la CCT a pie de cama. Se impartirán sesiones para todas las enfermeras de la unidad, dónde se informará de la importancia del parte a pie de cama y se explicará la guía con la que se va a trabajar. Se pasará una encuesta a pacientes y enfermeras, dónde se exploren las percepciones que tienen en relación a la CCT, además se realizarán observaciones del proceso de CCT a pie de cama.

RESULTADOS

Se presenta el desarrollo de la guía, las encuestas y la guía de observaciones que se pretende recoger.

CONCLUSIONES

Se espera que con la puesta en marcha de esta propuesta, haya una reducción en la duración de los partes, en el número de interrupciones, una mayor precisión en el informe y una reducción de los eventos adversos.

SE PRESENTA A PREMIO

ESTUDIO MULTICÉNTRICO COMPARATIVO SOBRE LA INFLUENCIA DEL CLIMA Y LA GEOGRAFÍA EN LA APARICIÓN DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Jueves, 4 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa V. SALA B.

Autores: Alba Saá F¹; Vecina Oliver A²; Andrés Salinas M J¹; García Valls M²; López Sánchez M C¹; Jiménez Zamorano N²; Sirvent Fernández S¹; Zamorano Lluesma M²; González Calle D¹.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca¹;

Consortio Hospital General Universitario de Valencia².

INTRODUCCIÓN

La incidencia de cardiopatía isquémica no es igual en toda la población, y son múltiples los

factores que pueden modificarla. En el pasado Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología surge la idea de realizar un estudio comparativo entre dos poblaciones opuestas climatológica y geográficamente, para valorar la posible influencia de estos factores en ella. El objetivo fue analizar la influencia de factores climatológicos y geográficos sobre la incidencia de cardiopatía isquémica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo transversal de los pacientes que ingresan en dos unidades de cardiología de dos hospitales de referencia de distintas poblaciones, con diagnóstico al alta de cardiopatía isquémica. Se realizó durante el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2014 y el 30 de junio de 2015. Los datos fueron recogidos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de un centro y de la base de datos de la Unidad Coronaria del otro. Se analizaron dichos datos con los datos climatológicos de cada población durante ese periodo y su situación geográfica. El análisis estadístico se realizó con el soporte informático IBM SPSS statistics versión 21.

RESULTADOS

La tasa de incidencia de cardiopatía isquémica de una población fue de 725 casos, mientras que la otra fue de 354 casos. Analizadas temperatura media, presión atmosférica media y humedad relativa del aire media como variables independientes, en relación al número de ingresos, no se han encontrado diferencias significativas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con nuestro estudio no podemos concluir que exista relación entre los factores climatológicos y la incidencia de cardiopatía isquémica, quedando sólo en una percepción profesional. Otros estudios tampoco los han relacionado, pero si han hallado una mayor mortalidad, especialmente en época navideña, relacionada con otros factores.

INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE INDIVIDUOS SOMETIDOS A PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR A TRAVÉS DEL TIEMPO DE TENSIÓN SISTÓLICA

Jueves, 4 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa V. SALA B.

Autores: López León Murguía OJ; Cornejo Robles DJ.

Universidad de Guadalajara. Puerto Vallarta.

INTRODUCCIÓN

Los programas preventivos de rehabilitación cardiaca (PPRECAV's) no son usados extensivamente. Se recomienda su uso en personas sin enfermedad cardiovascular establecida. El objetivo fue describir si la obesidad y el sobrepeso pudiera relacionarse a una limitación en los beneficios que aportan los PPRECAV's.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio experimental, se aplicó un PPRECAV's en sanos, con factores de riesgo. Diseño prueba-postprueba con grupo control. Prueba de esfuerzo (PE) tipo submáximo en cicloergómetro, protocolo Astrand modificado. Consistió en ejercicio 8 semanas en cicloergómetros (Marca Kettler, Mod. XP-1), sesiones de 30 minutos. El beneficio se midió con el Tiempo de Tensión Sistólica (STT) categorizándose (excelente, bueno, regular y malo) al igual que los IMC's (bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad).

Descripción variables demográficas; pruebas de homocedasticidad entre los grupos. T de Student para el STT; Ji cuadrado de relación entre las variables de IMC y de desempeño físico categorizado (STTcat) con I.C. del 95% ($p < 0,05$ de significancia).

RESULTADOS

Participaron 198 individuos, 64 en grupo A control y 134 en el B, sexo femenino 56,6% vs 44,4%. Edad media 28,5 años. Peso medio 72,69 Kgrs., estatura promedio 1,65 m. La distribución entre grupos normal (Levene). El STT intragrupos observado fue $p > 0,08$ vs $p < 0,000$ (grupos A y B, respectivamente). Para el STTcat comparado con la categoría de IMC en el grupo B, antes y después, lo observado fue Malo (58,1%) seguido por el Regular (28,4%) vs 32% y 40%, respectivamente. Mientras que los grupos correspondientes al IMC predominante fue de obesidad 94% y 66%, con un Ji cuadrado con valor $p < 0,016$.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El subgrupo de obesos es de mayor participación. El

beneficio fue significativo en general, principalmente para los obesos. Fehacientemente, para los PPRECAV's, la obesidad no constituye un factor que incida negativamente en el aprovechamiento del mismo, por el contrario, fueron los más beneficiados.

¿QUÉ SABEN DE SU ENFERMEDAD LOS PACIENTES AFECTADOS DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (SCA) INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO?

Jueves, 4 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa V. SALA B.

Autores: Requero García M; Mena Rodríguez L; Gil Romero V; Úbeda Conte N; González Macías M; Jaldón Soto E.

Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

INTRODUCCIÓN

El rol de enfermería en la educación al paciente cardiaco ha sido ampliamente estudiado demostrando que mejora los resultados de salud. El presente estudio pretende evaluar el grado de conocimientos de los pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo (SCA) sobre su enfermedad y manejo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo realizado entre noviembre-2016/ enero-2017 en pacientes ingresados por SCA. Se encuestaron consecutivamente los pacientes mediante un cuestionario *ad hoc* con variables sociodemográficas y 16 preguntas sobre la enfermedad y manejo. Análisis descriptivo mediante frecuencias/proporciones, medias/DE y bivariado mediante Chi-cuadrado.

RESULTADOS

32 pacientes; 81,3% hombres, con una media de 69,3 años, el 25% sin estudios y 65,6% jubilados. Las respuestas correctas del cuestionario que no superaron el 70% fueron:

	Respuestas correctas n (%)
Las náuseas, la palidez cutánea y el mareo pueden ser un síntoma de infarto	21 (65,6%)
La diabetes es un factor de riesgo	22 (68,8%)
¿Conoce la nitroglicerina/cafinitrina?	14 (43,8%)
¿Sabría decir cuál es el número al que ha de llamar en caso de emergencia?	18 (56,3%)

No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas según si el paciente tenía o no un infarto previo, excepto cuando se le preguntó si creen que podrán dejar de tomar la medicación cuando se recuperen (34,8% vs 65,2% (P:001).

DISCUSIÓN

La tasa de respuesta sobre su enfermedad y manejo correcto fue elevada pero existen algunos aspectos como los síntomas de la enfermedad y sobre la medicación que nos lleva a replantear las estrategias actuales de educación al paciente con SCA.

Mesa VI.- Sala C. COMUNICACIONES ORALES

NURSE-LED EN CARDIOLOGÍA ¿EL FUTURO?

Jueves, 4 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa VI. SALA C.

Autores: Cordeiro Rodríguez M; Girón Barrenengoa H; De Miguel Gutiérrez L; Bermejo Ruiz S; Rodríguez Alonso A.

Universidad se Valladolid.

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones *nurse-led*, o lo que es lo mismo, dirigidas y gestionadas por enfermeras están siendo ampliamente utilizadas sobre todo en países anglosajones. Esta situación quizá venga motivada por razones socioeconómicas, pero lo cierto es que es una tendencia creciente. El objetivo es analizar la efectividad de este tipo de intervenciones con pacientes cardiológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa usando como herramienta de búsqueda los siguientes recursos: *Uptodate*, *Pubmed*, *Clinicalkey*, *Fisterra*, *Scimedirect*, *Cochrane*, *Google Scholar* y *Cuiden*. Se usaron las siguientes palabras clave: *nurse-led*, *cardiology*, *cardiovascular*, *nurse intervention*, *nurse-led clinic*. Se seleccionaron 37 trabajos con intervenciones *nurse-led* con pacientes cardiológicos.

RESULTADOS

La práctica totalidad de las intervenciones *nurse-led* desarrolladas en el ámbito de la cardiología tuvo resultados satisfactorios, bien porque fueron costo efectivas o bien por el incremento en la calidad de vida o adherencia terapéutica por parte de los pacientes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las intervenciones *nurse-led*, aunque todavía muy poco extendidas en España, pueden ser una opción de

trabajo muy positiva tanto para pacientes cardiológicos como para las enfermeras. En cuanto a las enfermeras, este modo de trabajar parece incrementar su independencia y satisfacción, aunque es cierto que requiere mayor nivel de responsabilidad y formación.

¿QUE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE VITAL ESTÁN AUTORIZADOS A REALIZAR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES DE CATALUÑA ANTE UNA PARADA CARDIACA Y EN QUÉ GRADO PARTICIPAN EN LOS EQUIPOS DE PARO CARDIACO?

Jueves, 4 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa VI. SALA C.

Autores: Belmonte Vico R¹; Casbas Ferrarons J²; Ruiz Rodríguez JC¹; Sánchez González B³; Molina Latorre R⁴; Nuvials Casals F¹; Burgueño Campiñez MJ⁵; Riveiro Vilaboa M¹.

Hospital Universitari Vall d'Hebrón¹; Hospital Del Mar²; Hospital Universitari Mútua Terrassa³; SCIAS - Hospital De Barcelona⁴; Hospital Parc Taulí⁵. Grupo de Trabajo de Soporte Vital y Resucitación de la Sociedad Catalana de Medicina Intensiva. SOCMIC. Barcelona; Grupo de estudio ACSUVIT-CAT. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Enfermería es en la mayoría de los casos el primer interviniente en la parada cardiaca intrahospitalaria (PCIH). Se desconoce cuáles son los procedimientos de soporte vital autorizados a enfermería ante una Parada Cardiaca (PC) en los hospitales de Cataluña y el grado de participación de enfermería en los equipos de PCIH. Objetivo: Identificar los procedimientos de soporte vital autorizados a enfermería ante una PCIH en los hospitales de Cataluña y analizar su participación en los equipos de PCIH.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo-transversal a partir de un cuestionario basado en el cumplimiento de las recomendaciones nacionales e internacionales de la resucitación cardiopulmonar realizado entre mayo-octubre del 2016. Se seleccionaron todos los hospitales de enfermos agudos con oferta superior a 100 camas y los comarcales de Cataluña. Estudio autorizado por el CEIC (PR(AG)62/2015). Los resultados se expresan como porcentaje y se compararon mediante la prueba de Ji2. El nivel de significación es $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se seleccionaron 74 centros sanitarios y 57 respondieron a la encuesta (77,02%). Los procedimientos de soporte vital autorizados a enfermería se muestran en la **tabla 1**. Los resultados respecto a la participación de enfermería en los equipos de PC en la **tabla 2**.

CONCLUSIONES

Destacar la alta participación de enfermería en los equipos de PC en un 94,8% de los hospitales. Por el contrario, señalar dos aspectos claramente mejorables: la falta de autorización a enfermería para utilizar el DEA en 9 hospitales y que en 5 hospitales las auxiliares de enfermería ni tan solo tienen la autorización de realizar SVB.

Tabla 1.

Procedimientos autorizados	Enfermería Núm.hospitales (%)	Auxiliares Enfermería Núm. Hospitales (%)
Ningún procedimiento	-	5 (5,8%)
SVB-instrumentalizado	8 (14%)	28 (49,1%)
SVB-instrumentalizado y medicación	1 (1,8%)	-
SVB-instrumentalizado y DEA	13 (22,8%)	24 (42,1%)
SVB-instrumentalizado, DEA y medicación	15 (26,3%)	-
SVB instrumentalizado, DEA, medicación y desfibrilación manual	20 (35,1%)	-

Tabla 2.

Participación enfermería equipo PCIH	Núm. Hospitales (%)
No participa	3 (5,3%)
Hospitalización	8 (14%)
Supervisora-Guardia	4 (7%)
Anestesia	1 (1,8%)
Urgencias	12 (21,1%)
Cardiología	5 (8,8%)
UCI	24 (42,1%)

DOCENCIA EN ENFERMERÍA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE SU EFICACIA

Jueves, 4 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa VI. SALA C.

Autores: Martínez Ovejero E; Ramírez García E; Vecino López M; Martínez Gordillo N; Soler Martí I; Álvarez González L; Del Pino Monge V; Domínguez Conde MA.

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de Los Reyes. Madrid.

INTRODUCCIÓN

En revisión de estudios bibliográficos y basándonos en evidencia científica establecida, hemos pensado siempre en la importancia de la educación nutricional ya desde el diseño e inicio de nuestro programa de rehabilitación

cardiaca. Por ello enfermería le dedica gran parte del tiempo de docencia. El objetivo es evaluar la eficacia del programa y estudiar posibles cambios que permitan establecer áreas de mejora y maximizar resultados.

METODOLOGÍA

Para ello en la consulta de revisión de enfermería sobre los hábitos alimenticios, hemos recogido y evaluado datos del formulario cumplimentado con nuestros pacientes, con una perspectiva entre 1 y 4 años tras la finalización del programa, desde, julio de 2011 a diciembre de 2015. El formulario consta de 40 ítems, de los que se han escogido 30, divididos en 17 no aconsejados (embutidos, quesos, galletas...) y 13 aconsejados (verduras, pescado azul y blanco).

RESULTADOS

Se han estudiado un total de 175 pacientes: 161 varones en un rango de edad de 41 a 82 años y 14 mujeres en rango de 55 a 80 años de edad, que realizaron el programa de rehabilitación cardiaca. De los 17 ítems no aconsejados, destaca que el 55% toma embutidos, 52% quesos, 53% galletas, 65% ternera y 23% pastelería industrial. De los 13 aconsejados destaca el 94% verduras, 94% pollo-pavo-conejo, 86% pescado azul, 74% pescado blanco y el 95% ensalada.

CONCLUSIÓN

Este estudio nos sirve para evaluar si los pacientes comprenden y siguen o no la dieta adecuada propuesta. Consideramos que, a pesar de los buenos resultados obtenidos, debemos plantear mejoras para poder conseguir disminuir de forma satisfactoria hábitos alimenticios no aconsejables.

MEJORANDO LA VISIBILIDAD DE ENFERMERÍA MEDIANTE LOS SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Jueves, 4 de mayo, 11:30 – 12:30 h. Mesa VI. SALA C.

Autores: Fernández Caballero C; Cruzado Álvarez C; Moreno Ros L; Mérida Montañez B.

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de Los Reyes. Madrid. Hospital Virgen de La Victoria. Málaga.

INTRODUCCIÓN

La especialidad de cardiología ha desarrollado múltiples avances diagnósticos y terapéuticos, sin

embargo el seguimiento ambulatorio de los pacientes no ha evolucionado. Está basado en atenciones puntuales fragmentadas por diferentes profesionales, sin apenas comunicación ni coordinación con Atención Primaria. La apertura de un centro de especialidades y el desarrollo de las herramientas corporativas informáticas en los últimos años, suponen una oportunidad de cambiar el modelo asistencial haciendo visible el trabajo enfermero. El objetivo principal fue registrar en la historia digital del paciente todas las pruebas diagnósticas realizadas por enfermería en consultas externas.

DESCRIPCIÓN Y DESARROLLO

Se estudiaron con los responsables de Tecnologías de la Información y Comunicación las herramientas corporativas disponibles. En un primer tiempo se contabilizó la actividad como complementaria a la agenda del cardiólogo, hasta crear una agenda propia de enfermería en pruebas funcionales. De esta forma se consigue que toda la actividad realizada esté disponible en la historia digital de salud del paciente y pueda ser consultada por cualquier especialista, incluidos los profesionales de Atención Primaria.

RESULTADOS

Se ha avanzado en el registro de la actividad, pasando del 64% al 100% en cuatro meses. Los informes de resultados del *Holter* se suben a la historia digital, con lo que pueden ser consultados por cualquier profesional sanitario que tenga contacto con el paciente. Se trabaja para subir también los electrocardiogramas. La actividad de enfermería se cuantifica y consta en los cuadros de mandos del hospital.

CONCLUSIONES

Gran parte del trabajo que enfermería realiza es invisible, los registros son una oportunidad de mostrar lo que hacemos. Además son un instrumento relevante para facilitar el intercambio de información entre las organizaciones de salud e imprescindibles para avalar la continuidad y la eficiencia en la atención al paciente.

Jueves, 4 de mayo de 12.30 a 13.30 horas.

Mesa VII. - Sala A. COMUNICACIONES ORALES

VALORACIÓN DEL TRABAJO ENFERMERO DEL EQUIPO DE TERAPIA INTRAVENOSA

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VII. SALA A.

Autores: Rodríguez Carcelén MD; Ruiz García MJ; López García T; Torres Sánchez EM; García-Casarrubios Jiménez JA; Galdón Muñoz MD.

Complejo Hospitalario Universitario De Albacete.

INTRODUCCIÓN

Los equipos de terapia intravenosa serán garantía de calidad en los cuidados hacia el paciente, siendo referentes para el resto de profesionales sanitarios. En nuestro hospital empezamos a trabajar en la implantación de catéteres centrales de inserción periférica (PICC) en el año 2010. Como objetivos fueron valorar favorablemente las enfermeras de hospitalización nuestro trabajo. Conocer el índice de satisfacción de los pacientes portadores. Evaluar globalmente el equipo de terapia intravenosa de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Conocer mediante encuesta (19 ítems - 75 encuestados) la valoración del personal enfermero de hospitalización: 1.- Actuación de los profesionales del ETI. Informar sobre las indicaciones de los PICC. Asesorar a diario a las enfermeras responsables de los pacientes portadores de PICC y responder ante las posibles complicaciones. Impartir cursos de formación. 2.- Grado de satisfacción de las enfermeras con el uso de un PICC. 3.- Valoración de los pacientes.

RESULTADOS

El 100% de las enfermeras conoce al equipo del hospital. El 96% conoce las indicaciones de los PICC. El 100% conoce los cuidados de su mantenimiento; 85% las complicaciones. Menos del 50% ha asistido a algún taller. En el uso de un PICC, en el 82% de los casos la valoración de las enfermeras es mayor a 7 en una escala del 1-10. La satisfacción de los pacientes es mayor a 7 en el 78% de los casos.

CONCLUSIONES

Realizamos una buena difusión de las indicaciones de los PICCs y una adecuada respuesta ante los problemas surgidos. Los talleres han sido un pilar

importante en la formación tanto hospitalaria como en primaria, considerando imprescindible mantener la formación continuada. El grado de satisfacción es alto tanto en los profesionales como en los pacientes portadores.

CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA ELECTIVA EN HOSPITAL DE DÍA

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VII. SALA A.

Autores: Ruiz Carol D; Casal Rodríguez J; Vidorreta Gracia S; Fernández-Layos Cuadra C; Pérez Ortega S.

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente de los países occidentales. La cardioversión, tanto eléctrica como farmacológica, está indicada en aquellos pacientes sintomáticos con FA persistente o largos periodos de FA. En nuestro centro las cardioversiones eléctricas (CVE) se realizan en hospital de día de cardiología, y un elevado número de ellas acaban siendo anuladas. El objetivo fue describir las características de los pacientes a los que se realiza una CVE electiva y las causas de no realización de la cardioversión.

MÉTODO

Estudio descriptivo prospectivo observacional de todos los pacientes que acuden a hospital de día de cardiología para CVE electiva en el periodo de enero a julio de 2015.

Se recogieron variables sociodemográficas, características clínicas, tipo y tiempo de anticoagulación, cardioversión realizada y efectividad, causas de no realización de la cardioversión.

RESULTADOS

Se analizaron 97 CVE, un 77,3% eran hombres y la edad media fue de 62±14 años.

El 45,4% tenían CVE previa. La arritmia más frecuente con un 93,8% fue la FA. El 63,9% tomaban acenocumarol y los pacientes tenían un INR de media de 2,74±1,25.

La cardioversión fue realizada en un 57,7%, y fue exitosa en un 80,4% de pacientes.

Las causas de no realización de la cardioversión fueron: INR alto 11,6%, INR bajo 32,6%, tratamiento incompleto 2,3% y pacientes en ritmo sinusal el 53,5%.

CONCLUSIONES

El 53,5% de los pacientes no se realizó CVE por estar en ritmo sinusal. Nosotros proponemos educar a los pacientes con FA con la toma de pulso arterial para la detección de ritmo sinusal. Así como que sea una enfermera la que telefónicamente avise a los pacientes recordando la cita, revisando el tiempo de anticoagulación y los valores actuales de INR, creemos podría reducir las anulaciones.

SE PRESENTA A PREMIO

IMPACTO DE LA MONITORIZACIÓN DOMICILIARIA EN LA CONSULTA DE DAI DE ENFERMERÍA

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VII. SALA A.

Autores: Niebla Bellido M; Cano Valls A; Matas Avellà M; Domingo Criado R; Venturas Nieto M; Tolosana Viu JM; Mont Girbau L; Alsina Restoy X.

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La monitorización domiciliaria (MD) para el seguimiento de desfibriladores automáticos implantables (DAI) es una práctica aceptada que se realiza de forma simultánea al seguimiento de consulta presencial. El uso de la MD presupone una reducción de la carga de trabajo, una mejora de la calidad de vida del paciente y una detección precoz para eventos clínicos perjudiciales. El objetivo de nuestro trabajo ha sido determinar la cantidad de pacientes evaluados por MD y el tipo de consultas realizadas, para poder determinar el impacto que tiene sobre la carga asistencial de trabajo en el equipo de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo realizado en pacientes con indicación de DAI y a los que se les ha incluido en el programa de MD del 2.11.2016 al 01.12.2016. A un total de 273 pacientes se les realizó una revisión de DAI utilizando la plataforma de MD y se registró, según sus características, el tipo de consulta realizada. Se determinó el tiempo de revisión en cada una de las consultas realizadas.

RESULTADOS

Se pudo determinar que el 37,7% de consultas

fueron de tipo 1, el 56,06% de tipo 2 y el 6,23% de tipo 3 (**figura 1**). El 44,1% fueron revisiones realizadas a DAI tricamerales, 5,7% bicamerales y 50,2% a monocamerales con un tiempo medio de consulta de 3 minutos, 2 minutos y 2,4 minutos respectivamente. Se reportó un total de 103 eventos (37,3%) de los cuales 20 precisaron consulta médica.

CONCLUSIONES

La implantación de la MD en la consulta de DAI de enfermería simultánea a la consulta presencial supone un aumento de la carga asistencial. La mayor parte de consultas se realizaron a pacientes, que por sus características, suponen un incremento de la carga de trabajo para el equipo asistencial y no implican ahorro económico evidente.

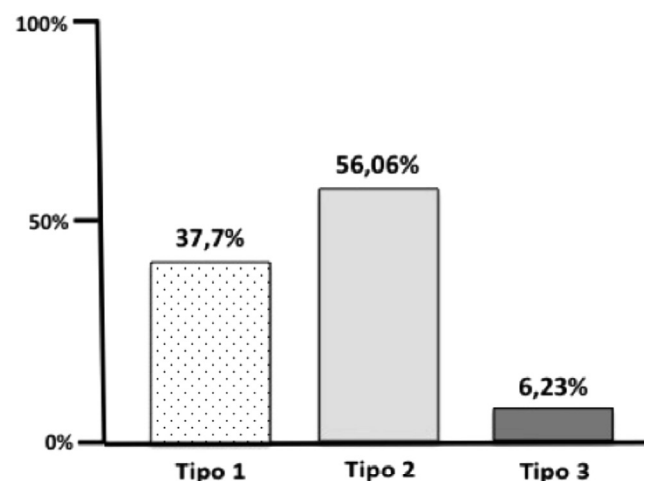


Figura 1. Histograma con los diferentes tipos de consulta observados durante la monitorización domiciliaria. Tipo 1 indica paciente inestable y enfermedad estructural. Tipo 2 indica paciente estable con enfermedad estructural. Tipo 3 indica paciente estable sin enfermedad estructural.

SE PRESENTA A PREMIO

EXPERIENCIA INICIAL DE UN PROGRAMA DE TELEVIGILANCIA EN PACIENTES CON TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA COORDINADO POR ENFERMERÍA

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VII. SALA A.

Autores: Bombín González S; Rubio Sanz J; Sandín Fuentes M; Rene Bulnes L; San Román Calvar JA.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El seguimiento remoto o televigilancia de los dispositivos endocavitarios ofrece grandes ventajas respecto a la visita presencial tanto a los pacientes como al sistema sanitario. Existen pocos programas de televigilancia en nuestro país realizados por enfermeras. Nuestro objetivo es describir la experiencia durante el primer año (Octubre 2015–Octubre 2016) de un programa de televigilancia en pacientes portadores de dispositivos con terapia de resincronización cardiaca llevado a cabo por una enfermera.

METODOLOGÍA

El programa de televigilancia de nuestro servicio consta esencialmente de tres partes. 1) Revisión programada trimestral de todos los pacientes con dispositivos con terapia de resincronización cardiaca. 2) Atención a las transmisiones manuales realizadas por los pacientes. 3) Atención urgente a las alarmas automáticas, que pueden ser rojas (alteraciones vitales para el paciente) o amarillas (implican empeoramiento clínico del paciente). Se ha realizado una estimación de los hallazgos clínicamente significativos detectados en el programa.

RESULTADOS

En el programa de televigilancia están incluidos 376 pacientes (76% hombres) con terapia de resincronización cardiaca, 243 con desfibriladores (64%) y 133 con marcapasos (36%). Se han revisado un total de 1326 transmisiones: 1048 programadas, 32 manuales y 246 alarmas (23 rojas y 223 amarillas). Se han gestionado 245 llamadas telefónicas. Se han detectado anomalías clínicamente significativas en 94 pacientes (25% de los pacientes del programa). Las más importantes han sido: bajo porcentaje de resincronización (30 pacientes), detección de fibrilación auricular desconocida (10 pacientes), agotamiento de la batería (10 pacientes), disfunción de los electrodos (9 pacientes). Todas las anomalías detectadas se transmitieron para su adecuado tratamiento.

CONCLUSIONES

El programa de televigilancia llevado a cabo por una enfermera es factible y efectivo, porque diagnostica precozmente situaciones clínicamente relevantes en un porcentaje elevado de pacientes.

SE PRESENTA A PREMIO

AHORRO ECONÓMICO EN DESPLAZAMIENTOS GENERADO POR UN PROGRAMA DE TELEVIGILANCIA EN PACIENTES CON RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VII. SALA A.

Autores: Bombín González S; Rubio Sanz J; Sandín Fuentes M; Rene Bulnes L; San Román Calvar JA.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Una de las principales ventajas que ofrecen los programas de televigilancia respecto a las visitas presenciales es evitar los desplazamientos, lo cual redundaría en una mayor comodidad para los pacientes y familiares y un ahorro económico considerable. Existen pocos programas de televigilancia llevados a cabo por enfermería en nuestro país. Nuestro objetivo es calcular los desplazamientos evitados por un programa de televigilancia en pacientes con resincronización cardiaca residentes en otras provincias de nuestra comunidad durante su primer año.

METODOLOGÍA

En nuestro programa de televigilancia los pacientes se revisan con la misma periodicidad que en consultas presenciales previas al inicio del programa. Se ha calculado los kilómetros de desplazamiento que tendrían que haber realizado los pacientes desde sus provincias de origen hasta nuestro hospital en caso de haber sido revisados en consulta presencial desde octubre 2015 hasta octubre de 2016, y se ha realizado un cálculo del ahorro económico que esto ha supuesto, tomando como referencia el Informe Captio del kilometraje 2015 (0,25 euros/km).

RESULTADOS

Durante el año del programa de televigilancia se han evitado 1326 consultas presenciales en 376 pacientes con terapia de resincronización cardiaca (740 consultas en 219 pacientes de nuestra provincia y 586 en 157 pacientes de otras). El kilometraje total evitado en esos 376 pacientes ha sido 140.184 km, lo cual ha supuesto un ahorro de 35.046 euros en desplazamiento. En las 3 provincias más beneficiadas, el número de consultas evitadas fue 160, 118 y 173 consultas y el ahorro generado 16.480, 5.900 euros y 4.411 euros respectivamente.

CONCLUSIONES

El programa de televigilancia llevado a cabo por enfermería ha evitado gran cantidad de desplazamientos a pacientes de otras provincias, generando un ahorro económico considerable durante su primer año.

Viernes, 5 de mayo de 09.00 a 10.00 horas.

Mesa XIII.- Sala A. COMUNICACIONES ORALES

¿ES MAYOR LA CULTURA DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUE EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN CARDIOLÓGICA?

Viernes, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIII. SALA A.

Autores: Rabadán Anta T; Sánchez Sánchez R; Torres Martínez I; Rodríguez Mondéjar JJ; Martínez Oliva JM; Paredes Pérez F.
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un área de formación, investigación y trabajo, indispensable en la apuesta por la calidad dentro del Sistema Nacional de Salud. La cultura en seguridad debe ser tarea transversal en la gestión de nuestros centros, equipos y desarrollo de nuestras actividades. El objetivo fue comparar la cultura en seguridad de enfermería de dos unidades hospitalarias.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos y una Unidad de Hospitalización Cardiológica (centro nivel II), durante 3º trimestre 2015, autoadministrándose a toda enfermera perteneciente a ambos equipos, el «Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety del Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005». Se utiliza IBM SPSS Statistics v20, estadística descriptiva con cálculo de medias y desviación estándar para variables cuantitativas; frecuencias y porcentajes para cualitativas. Test de Chi2 para comparación de variables cualitativas, aceptando significación estadística si $p < 0,05$.

RESULTADOS

Responden 19 (UCI) y 15 (UHC) profesionales. Experiencia en la unidad: 10,63 años DE8,1 (0,5-30), y

6,7 DE5 (1-19) respectivamente. Incidentes notificados en el último año: media 1,36 DE6,2 (0-10), y 0,33 DE0,61 (0-2). El personal se apoya mutuamente: 74% y 93,3%. Hay suficiente personal para afrontar el trabajo: 52,6% y 26,7%. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad: 88% y 60%. Si compañeros o superiores saben de un error, lo utilizan en tu contra: 15,3% y 0%. Los cambios hechos para mejorar la seguridad se evalúan: 78,9% y 53,3%. Tras un error, se teme que quede en su expediente: 26,3% y 46,7%. Nuestros procedimientos son buenos para evitar errores: 73,7% y 86,7%.

DISCUSIÓN

La cultura de seguridad es mayor en UCI, teniendo ambas unidades margen de mejora específico.

SE PRESENTA A PREMIO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL PROCESAMIENTO DE SANGRE Y REINFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS DEL RECUPERADOR CELULAR INTRAQUIRÚRGICO

Viernes, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIII. SALA A.

Autores: Luque Oliveros M¹; Sánchez-Matamoros Martín MD².
Hospital Universitario Virgen Macarena. Universidad de Sevilla¹; Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla².

INTRODUCCIÓN

Según *the American Association of Blood Banks* y el reciente Documento Sevilla de Consenso, la utilización del recuperador celular en el contexto de cirugía cardíaca, es seguro y efectivo. Sin embargo, muchos autores refieren que su uso hace que aumenten las hemorragias durante el postoperatorio. El objetivo es determinar si el uso del recuperador celular incide en las hemorragias de los pacientes en el postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio analítico donde se establecen dos cohortes de pacientes: grupo intervención (GI): donde se utiliza el recuperador celular, y grupo control (GC): donde se procede a las técnicas convencionales. Muestra de 324 pacientes. Se recogieron variables de hemoglobina y hematocrito en el periodo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. También variables propias del recuperador celular y variables de hemorragias. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

RESULTADOS

Media de sangre autóloga recuperada y procesada: 1800 ml. Media de glóbulos rojos reinfundidos: 580 ml. Periodo preoperatorio: Hb (gr/Dl): Gl:12,3 / GC:12,1. Htc (%): Gl:39 / GC:36. Periodo intraoperatorio: Hb (gr/Dl): Gl:10,2 / GC:9,8. Htc (%):Gl: 30 / GC:28. Periodo postoperatorio: Hb (gr/Dl): Gl: 10,4 / GC:6,3. Htc (%): Gl: 31,1 / GC: 22,8. Hemorragias (%): Gl: 8,1 / GC:13,6.

CONCLUSIONES

Aquellos pacientes que han sido tratados con el recuperador celular han reducido su riesgo de hemorragia durante el postoperatorio, frente aquellos que no lo han utilizado.

SE PRESENTA A PREMIO

CIRUGÍA DE LA VÁLVULA MITRAL: TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA *VERSUS* TÉCNICA CONVENCIONAL MEDIANTE ESTERNOTOMÍA MEDIA

Viernes, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIII. SALA A.

Autores: Izquierdo Montilla L; Querol Valles E; Coll Caules M.
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La técnica mínimamente invasiva, en cirugía de la válvula mitral, surgió en la década de los noventa, ofreciendo una serie de ventajas postoperatorias, aunque se asoció a una circulación extracorpórea más larga. El objetivo principal del estudio fue comparar el tipo y frecuencia de complicaciones aparecidas en el postoperatorio de cirugía de válvula mitral con técnica mínimamente invasiva o mediante esternotomía media.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, comparativo y prospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes intervenidos únicamente de la válvula mitral, de marzo a diciembre de 2016. Se dividieron en dos grupos según la técnica, cirugía mínimamente invasiva (grupo1) y cirugía mediante esternotomía media (grupo 2) y se registraron las complicaciones aparecidas durante el postoperatorio.

RESULTADOS

Se incluyeron 27 pacientes, 16 en el grupo 1 y 11 en el grupo 2. La edad media fue de (63±14 vs 67±12) y presentaban un euro score de (2,45 vs

3,28), respectivamente. El grupo 2 presenta una mayor incidencia de fibrilación auricular previa (50%) ($p = 0,038$). Se observó un tiempo de CEC significativamente más elevado en los pacientes del grupo 1 (124,87 ±37 vs 73,81 ±22), con mayor incidencia de sangrado importante que preciso de re-intervención y/o transfusiones. (37 % vs 9 %). Presentaron fibrilación auricular de nueva aparición un 19% y un 27% respectivamente, y solo en el grupo 1 aparecieron episodios de bloqueo auriculoventricular o ritmo nodal transitorio (31%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los pacientes del grupo 1 presentaron más incidencia de sangrado mayor y de bloqueo auriculoventricular transitorio. No hubo diferencias respecto a: días de estancia en UCI, dolor, infección quirúrgica, dehiscencia de la herida.

SE PRESENTA A PREMIO

DESARROLLO DE RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA PACIENTES CON PATOLOGÍA AÓRTICA

Viernes, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIII. SALA A.

Autores: Betoret Muntalà L; Tintorer Jaso L.
Hospital de La Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La patología aórtica es una enfermedad grave en la que los pacientes pueden presentar como complicación principal la rotura súbita de la pared aórtica. Para prevenirlo es fundamental que estos pacientes sigan unos cuidados específicos. Cada vez se diagnostican más casos y los pacientes viven más años. Debido a esta creciente necesidad, en 2016 se formó la Unidad Funcional de Patología Aórtica en nuestro centro, unidad multidisciplinar que coordina y proporciona cuidados específicos.

En el marco de esta unidad, se prevé desarrollar unas recomendaciones para los pacientes con patología aórtica. El objetivo es proporcionar información específica y sistematizada sobre autocuidados para su vida diaria, elaborando unas recomendaciones, y así, lograr una mejor adaptación del paciente a su enfermedad.

DESCRIPCIÓN Y DESARROLLO

Las recomendaciones serán desarrolladas a partir de la revisión de la evidencia científica hallada en las guías americanas y europeas sobre el cuidado del paciente con patología aórtica. Los pacientes que recibirán estas recomendaciones serán adultos con diagnóstico de aneurisma aórtico o que sufren del síndrome aórtico agudo. Asimismo, serán las enfermeras de la unidad de hospitalización de cardiología, las responsables de proporcionar las recomendaciones tanto de forma verbal como escrita en el momento de alta del paciente.

EVALUACIÓN

Se realizará una entrevista por parte de una enfermera especializada en prevención secundaria en consultas externas del hospital. En la entrevista se evaluará el cumplimiento de las recomendaciones sobre los hábitos saludables. Se realizará a los 15 días posteriores al alta hospitalaria, una vez al mes durante el primer año, y posteriormente, una vez cada dos meses.

CONCLUSIÓN

La creación de recomendaciones específicas para pacientes con patología aórtica podría mejorar la adaptación a su vida diaria y evitar así, la rotura de la pared aórtica.

CURA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN ECMO

Viernes, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIII. SALA A.

Autores: Rojas García A; Arbonés Arqué D; Sánchez Vicente S; Romero Arnau M; Domene Nieves De La Vega G; Rosenfeld Vilalta L; Molina Mazón CS; Sicilia M.

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La terapia ECMO es la más utilizada en pacientes en situación de *shock* cardiogénico refractario a tratamiento convencional en fallo multiorgánico instaurado (INTERMACS I). En la bibliografía se encuentran múltiples estudios acerca de la selección del paciente y del momento de implantación, pero en referencia a que solución usar en la cura del dispositivo, la bibliografía es escasa y no aclara si es mejor el betadine o la clorexidina. El objetivo de este estudio es analizar el tipo de cura de la herida quirúrgica de las asistencias de corta duración y elaborar un protocolo de cura basado en la experiencia asistencial de los hospitales con más volumen de dispositivos tipo ECMO.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo observacional en el año 2016 mediante encuesta telefónica o via mail. Revisión bibliográfica.

RESULTADO

Con una N:12. El resultado de la encuesta fue que el 92% de hospitales de ámbito nacional realizan la cura de la herida quirúrgica con clorexidina, frente a un 8% que lo hace con betadine.

CONCLUSIONES

La escasa evidencia científica acerca de cómo realizar la cura de la herida quirúrgica nos dio la idea de realizar este estudio. Tras observar los resultados y consensuándolo con el equipo de expertos del hospital, elaboramos un protocolo de cura utilizando clorexidina acuosa al 20%, con un resultado excelente en nuestro centro.

Mesa XIV.- Sala B. COMUNICACIONES ORALES

NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA CARDIACA BAJO CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

Viernes, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIV. SALA B.

Autores: Gutiérrez Plata M¹; Sánchez-Matamoros Martín MD²; Luque Oliveros M².

Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo¹; Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla².

INTRODUCCIÓN

La bibliografía existente muestra que la información a un paciente hace que disminuya la ansiedad, sin embargo pocos estudios, muestran la información que proporciona una enfermera de quirófano *insitu*. Es por ello, por lo que conocer su incidencia en todo proceso quirúrgico, es necesario para saber los niveles de ansiedad con los que entra el paciente a quirófano. El objetivo que nos marcamos, fue conocer el nivel de ansiedad que presenta el paciente cardiaco antes de entrar a quirófano frente aquellos que no la recibieron.

MÉTODO

Estudio experimental con distribución de dos grupos aleatorizados de pacientes (control e intervención). De un total de 52 pacientes programados para operarse de corazón, se obtuvo una muestra de 30 pacientes (15 corresponde al grupo control y 15 al grupo

intervención). Periodo de estudio: 01 de octubre hasta el 31 de octubre del 2016. Para la recogida de datos intraquirúrgico, se utilizó el cuestionario validado de ansiedad Estado-Rasgo STAI, en concreto el apartado de estado, además de otras variables como sexo, edad y estado civil. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba exacta de Fisher y la prueba de *T-Student*. Consentimiento informado realizado.

RESULTADOS

La media de los resultados son: Grupo control: edad: 70 años. Sexo: 80% mujer y 20% hombre. Estado civil: 64% casado, 8% soltero, 7% viudo. Grupo experimental: Edad: 72 años. Sexo: 88% mujer y 12% hombre. Estado civil: 60% casado, 0% soltero y 40% viudo. Intraquirúrgico: Estado de ansiedad: grupo control: 15,9 (12,5-19,3) grupo experimental: 17,6 (13,8-21,3) $P= 0,499$.

CONCLUSIONES

No existen diferencias significativas entre los dos grupos, ya que no han disminuido los niveles de ansiedad. Esto nos ayuda a pensar que a los pacientes que se operan de corazón les genera ansiedad, ya que es una intervención compleja.

EL PAPEL DEL RECUPERADOR CELULAR ANTE EL PACIENTE CARDIACO INTERVENIDO DE ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL

Viernes, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIV. SALA B.

Autores: Domínguez Baños MA¹; Sánchez-Matamoros Martín MD²; Luque Oliveros M².

Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo¹; Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla².

INTRODUCCIÓN

El aneurisma aórtico abdominal es una dilatación anormal localizada y permanente, que se produce por la debilidad de las paredes de una zona del vaso sanguíneo. Para tratarlo quirúrgicamente, se necesita de un mayor aporte de dispositivos y técnicas, ya que el riesgo de sangrado es permanente. Para ello, utilizamos el recuperador celular como medida de alternativa a la transfusión sanguínea. El objetivo que nos planteamos fue evaluar el uso del recuperador celular en los pacientes intervenidos de cirugía de aneurisma aórtico abdominal.

MÉTODO

Estudio longitudinal y retrospectivo. Con una muestra de 162 pacientes. Se recogieron variables sociodemográficas (edad y sexo), y variables clínicas (recuperador celular, sangrado y transfusión sanguínea). Todos los datos fueron explotados con el paquete estadístico SPSS 22.0 versión para Windows.

RESULTADOS

El 90% de los pacientes fueron hombres frente a 10% mujeres, cuya edad media fue de 72 años. En el 100% de los casos se utilizaron el recuperador celular con una media de 1000 ml de sangre rescatada y una media de 500 ml de sangre reinfundida. Respecto al sangrado, el 76% lo sufrieron con una media de 600 ml. El 60% de los pacientes fueron transfundidos con sangre.

CONCLUSIONES

El uso del recuperador celular no hace que disminuya la transfusión de sanguínea, a pesar de estar homologado su uso.

SE PRESENTA A PREMIO

EFICACIA DEL SOPORTE ESTERNAL EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES POR CIRUGÍA CARDIACA

Viernes, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIV. SALA B.

Autores: López Mora G; Vega Gutiérrez A; García Cañón B; Gómez Santamaría N; Solana Abril EM; Hernández Díaz MC; Gómez Díez ML; Carretón Manrique M.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de un dispositivo para el soporte esternal en pacientes sometidos a estereotomía media por cirugía cardiaca, para prevenir complicaciones y disminuir la estancia hospitalaria.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo. No se modificó la práctica habitual de indicación del uso del chaleco, que en este hospital es empleado sistemáticamente por algunos profesionales y no empleado por otros, pero que en ningún caso depende de las características clínicas del paciente. Se seleccionaron todos los pacientes operados de forma consecutiva: abril de 2015 hasta septiembre de 2016. Se cumplimentó el cuestionario

EuroSCORE II en el momento del ingreso del paciente; la escala EVA de dolor: 24, 48 horas y 7 días tras subida a planta postoperación; necesidad medicación de rescate para el dolor. Complicaciones quirúrgicas: presencia de exudado, dehiscencia, mediastinitis, tratamiento antibiótico específico, o reingreso debido a la herida.

RESULTADOS

Se incluyeron 113 pacientes, edad media 65,6 (DE: 10,7), varones 74,3 %. La media de puntuación del EuroSCORE II 2,6 valores extremos de 0,6 y 15,8. No diferencias entre grupos en edad ni puntuación del EuroSCORE. Se identificaron complicaciones en 24 pacientes (21 %). La incidencia de complicaciones fue menor en los pacientes que emplearon chaleco (18,2 % vs 29,6 %; $p=0.233$). Los pacientes que no utilizaron chaleco presentaron puntuaciones más altas en la escala EVA, significativas a la semana ($p=0,002$); estos pacientes presentaron estancias más prolongadas (14 vs 9 días; $p>0,001$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Aunque el estudio no es un ensayo clínico, refleja la situación de la práctica clínica habitual. Los resultados sugieren que el uso del chaleco está asociado a una disminución del dolor y una estancia hospitalaria más corta. El uso del chaleco de sujeción esternal disminuye el dolor postquirúrgico y disminuye la estancia hospitalaria de los pacientes sometido a esternotomía media por cirugía cardíaca.

suele indicar la aplicación y mantenimiento del sujetador tras la intervención para reducir la tensión lateral de la herida y aliviar el dolor postoperatorio. Objetivo: evaluar la eficacia de la aplicación del sujetador como prevención de la dehiscencia de la esternotomía media en mujeres intervenidas de cirugía cardíaca mediante esternotomía media en nuestro centro.

MÉTODO

Ensayo clínico aleatorizado realizado, grupo control postest. Periodo: enero 2015-noviembre 2016. Muestreo no probabilístico accidental. Aleatorización (Epidat® equilibrada a 4 casos). Recogida de datos: instrumento diseñado en función de las variables estudiadas (clínicas y antropométricas). Seguimiento: desde el ingreso hasta los seis meses tras el alta (llamada telefónica). Análisis descriptivo uni y bivalente con paquete estadístico IBM SPSS v.19.0.

RESULTADOS

N= 100. Grupo experimental (A, n=49) y control (B, n=48). Edad $69,82 \pm 11,09$. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a: asignación en la talla de sujetador ($p=0,061$), incidencia de diferentes estadios de complicación de la herida ($p=0,532$), dehiscencia durante el ingreso, (1 vs 0; $p=1,000$), al alta (3 vs 2; $p=0,663$), al mes (1 vs 0; $p=0,331$), 3 meses (1 vs 0; $p=0,315$) y 6 meses (0).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Pese a la falta de bibliografía específica, algunos estudios concluyen que las mujeres con talla grande de sujetador presentan mayor probabilidad de dehiscencia esternal. En la práctica hemos observado que la aplicación del sujetador es una práctica extendida en el postoperatorio, sobre todo entre tallas grandes de pecho. Este estudio relaciona directamente el uso del sujetador y la aparición de dehiscencia esternal. Podemos concluir que su uso podría dejarse a decisión de la paciente.

SE PRESENTA A PREMIO

ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO: EL SUJETADOR COMO PREVENCIÓN DE LA DEHISCENCIA EN MUJERES INTERVENIDAS DE CIRUGÍA CARDIACA

Viernes, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIV. SALA B.

Autores: Díaz Herrera V; Berastegui García E; Cabrera Jaime S; Cabrera Molina GM; Canals De La Vega L; García Cano J; García García J; Rebollo Lozano C; Valle Pérez Y.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona.

INTRODUCCIÓN

La talla y soporte de las mamas se consideran un problema específico en cirugía cardíaca. Enfermería

SE PRESENTA A PREMIO

SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE CIRUGIA CARDIACA

Viernes, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIV. SALA B.

Autores: Luque Oliveros M¹; Sánchez-Matamoros Martín MD².
Hospital Universitario Virgen Macarena. Universidad de Sevilla¹; Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla².

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Uno de los tratamientos existentes para abordar la enfermedad cardiovascular es la intervención quirúrgica. Ésta, conlleva cambios hematológicos en el paciente durante su proceso, incluyendo posibles hemorragias después de la intervención. Por tanto, nos proponemos conocer la evolución analítica y hemorragias que sufren los pacientes que se intervienen quirúrgicamente por una enfermedad cardiovascular.

MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional y de corte transversal, con una muestra de 162 pacientes que precisaban cirugía con circuito extracorpóreo. Se recogieron datos de las cifras analíticas durante el periodo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio, así como de las hemorragias.

RESULTADOS

De los participantes, en Preoperatorio/intraoperatorio/postoperatorio, tuvieron 12 / 9 / 6 gramos/decilitros de hemoglobina. 38 / 28 / 32 % de hematocrito. 7 / 4 / 5 gramos/decilitros de proteínas. 21 / 13 / 16 10³/uL de plaquetas. 13 / 13 / 14 segundos de tiempo de protombina. 38 / 34 / 35 segundos de tiempo protombina parcial activada. 117 / 102 / 103 segundos de tiempo de coagulación. 1 / 1 / 1 segundos de *international normalized ratio*.

CONCLUSIONES

La situación hematológica de los participantes fue aceptable antes y durante la cirugía, pero después sufrió una bajada considerable, donde el 28% de ellos sufrieron hemorragias.

Mesa XV. - Sala C. COMUNICACIONES ORALES

EXPERIENCIA CLÍNICA DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CURA DEL *DRIVELINE* EN EL DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR TIPO *HEARTWARE*® COMO PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN

Viernes, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: Rosenfeld Vilalta L; Nebot Margalef M; González Costello J; Rojas García A; Martín Cerezo X; Miguel Salan R; Calvo Barriuso E; Molina Mazón CS; Gómez Gerique M; Asensio Flores S.

Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Los dispositivos de asistencias ventricular (DAV) de larga duración constituyen una nueva terapia para dar solución a aquellos pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada, ofreciendo al paciente una mejor calidad de vida mientras esperan ser candidatos a trasplante cardiaco (TC), como puente al TC o como terapia de destino. Estos incluyen una bomba que, mediante un cable a través de la piel o driveline, conecta con un controlador y unas baterías para su funcionamiento. Uno de los papeles principales de la enfermera en el paciente portador de DAV es la prevención de la infección del cable. Esta es una de las complicaciones más comunes descritas en estos. El objetivo fue describir el protocolo de la cura del cable del DAV tipo *HeartWare*® para minimizar infecciones.

DESCRIPCIÓN Y DESARROLLO

Un protocolo de la cura es necesario para que todas las enfermeras/os la realicen de forma estandarizada: retirada apósito, limpiar piel, visualización signos de infección. Preparación campo estéril. Aseptización con antiséptico. Oclusión con apósito de plata, limpieza y sujeción de cable.

EVALUACIÓN

Seis pacientes han sido tratados con DAV de larga duración tipo *HeartWare*®. Dos se pusieron como puente al trasplante y tres como puente a ser candidatos a lista de espera. Su estancia medida hospitalaria fue de 51,4 días y la media con soporte de DAV de 182 días. Uno se puso como terapia de destino llevando 425 días de asistencia. Nuestra experiencia clínica a día de hoy es de 0 infecciones. Actualmente todos vivos.

CONCLUSIONES

El uso del protocolo minimiza el riesgo de infección del cable del DAV tipo *HeartWare*® al estandarizar los cuidados del mismo.

COMPLICACIONES DE LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR EN UNA UNIDAD CORONARIA DE ALTO VOLUMEN

Viernes, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: Arbonés D; Rojas García A; Sicilia M; Domené G; Martín X; Rosenfeld L.

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Los dispositivos de asistencia ventricular (DAV) ofrecen soporte hemodinámico a pacientes con *shock* cardiogénico, mejorando su pronóstico, pero a su vez incrementan las cargas de trabajo. El aumento en los últimos años del número de DAVs hace que sea un procedimiento que requiere de metodología para la valoración de sus complicaciones. Los objetivos fueron detectar complicaciones de los DAV de corta-media duración, identificar patrones de actuación de enfermería que influyan en el desarrollo complicaciones y/o en su detección o tratamiento y aumentar la calidad de los cuidados.

MÉTODO

Seguimiento prospectivo de los pacientes con DAV, recogiendo las características basales de los pacientes, diagnóstico, tipo de DAV y las complicaciones y sus tratamientos mediante la elaboración de una hoja de registro.

RESULTADOS

En el año 2016 se implantaron 17 DAV de corta-media duración pacientes los cuales fueron todos incluidos en este estudio. El 64,7% (11) fueron hombres y la edad media fue de 51,01 años. La cardiopatía isquémica fue el diagnóstico más frecuente (5 comunicaciones interventriculares post infarto agudo de miocardio (IAM) y 4 IAM en *shock* cardiogénico). Siendo otras etiologías minoritarias la miocarditis o la imposibilidad de salida de CEC. El tipo de DAV implantado fue ECMO en el 76,5% (13) y 23% (4) asistencia de media duración tipo Levitronix. Las complicaciones más frecuentes fueron: en las ECMO efecto de succión en un 84,6% (11) y el sangrado peri-

cánula 38,4% (5) y en las Levitronix fue el sangrado en el 50% (2).

CONCLUSIÓN

En nuestro centro la complicación más frecuente de las DAVs fue el sangrado y en concreto de la ECMO fue el efecto de succión. La bibliografía actual no aporta información acerca de los planes de cuidados enfermeros de las DAV, por lo que sería interesante el desarrollo de éstos.

NECESIDAD DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO CARDIOLÓGICO

Viernes, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: Sicilia Pérez M; Álvarez Holgado L; Torra Ricart L; Simarro Ramírez L; Sánchez Vicente S; Arbones Arqué D.

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El traslado intrahospitalario forma parte del día a día en las unidades de cuidados críticos, lo que hace necesarios protocolos o guías de actuación que permitan alcanzar unos altos estándares de calidad y seguridad en la movilización de los pacientes. Esto a su vez permitirá minimizar al máximo los posibles errores consecuencia de la falta de un algoritmo de actuación. Objetivos: Mejorar la calidad en el traslado de los pacientes en el medio intrahospitalario, la comunicación entre profesionales, consiguiendo minimizar los riesgos derivados del mismo mediante una guía estructurada de actuación. Crear una hoja de registro de traslado intrahospitalario donde describir los posibles problemas durante el mismo con la idea de poder solventarlos y mejorar.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed y análisis de algoritmos de actuación propuestos en diferentes centros hospitalarios.

RESULTADOS

Presentamos una guía de traslado intrahospitalario del paciente crítico cardiológico basado en la evidencia hallada en la literatura.

CONCLUSIÓN

Los protocolos y guías de actuación buscan una mejora en la asistencia basada en la creación de

hábitos que permiten minimizar la incertidumbre y el azar, siempre basados en la mejor evidencia disponible. Con esta guía buscamos una menor incidencia de complicaciones en el traslado de nuestros pacientes y una amplia aceptación del mismo que permita unificar los cuidados.

ANSIEDAD EN PACIENTES CARDIOLÓGICOS DADOS DE ALTA DE UCI

Viernes, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: Ricart Basagaña M¹; Romero Pastor M²; Martínez Momblan MA³; Mariné Méndez A²; Ramírez De Diego I²; Oms Oller R²; Vega Castosa M²; Torres Quintana A¹; Ferré Grau C⁴; Lleixà Fortuño M⁵.

Escola Universitaria Infermeria Sant Pau. Barcelona¹; Hospital de La Santa Creu I Sant Pau. Barcelona²; Universidad de Barcelona³; Universitat Rovira I Virgili⁴; Universitat Rovira i Virgili. Tarragona⁵.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un diagnóstico frecuente durante la hospitalización en cuidados intensivos (UCI). Algunos datos muestran que el alta de UCI puede ser vivida con ansiedad. El objetivo fue conocer el nivel de ansiedad e identificar el perfil de pacientes cardiológicos con niveles elevados de ansiedad al alta de UCI.

METODOLOGIA

Estudio descriptivo, prospectivo en población adulta. Valorados para inclusión todos los pacientes con patología cardíaca dados de alta durante el período de estudio. Se estudiaron secuencialmente en cuatro tiempos (2 en UCI y 2 postUCI), mediante escala STAI (State-Trait Anxiety Inventory), validada al español. Se registran, además, variables sociodemográficas, clínicas y de proceso.

RESULTADOS

Participaron 97 pacientes, 66 de cirugía cardiovascular (CC) y 31 con patología coronaria (Co). Edad media: 64 años. Nivel de gravedad moderado-alto, con cargas de enfermería altas. Dos tercios presentaban patología crónica.

El grupo presenta un perfil moderado de ansiedad rasgo (STAIr) y estado (STAIe).

Determinaciones de ansiedad estado y rasgo					
Grupos	STAIe D1	STAIe D2	STAIe D3	STAIe D4	STAIr D1
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
CC	18,58 (9,32)	20,13 (10,24)	19,73 (11,15)	20,97 (11,04)	19,95 (7,82)
Co	22,77 (11,44)	22,17 (10,36)	18,34 (8,06)	18,97 (11,77)	19,16 (9,31)

Gravedad, TISS, patología crónica, ventilación mecánica, tipología del alta y la percepción de los pacientes en términos dolor y estado de salud percibido, fueron variables asociadas a mayor ansiedad.

CONCLUSIONES

Los pacientes cardiológicos en UCI y al alta de UCI presentan niveles de ansiedad moderados. Los niveles de ansiedad estado se mantienen estables durante el proceso de alta en los pacientes de cirugía cardiovascular y disminuyen en los pacientes coronarios. Los elementos determinantes de mayor ansiedad estado son el impacto patológico, la tipología del alta y la percepción de los pacientes del proceso del alta.

AFECTACIÓN HEMODINÁMICA DEL PACIENTE CRÍTICO CARDIOLÓGICO EN LA HIGIENE DIARIA

Viernes, 5 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: Pérez Ortega S; Fontanet Ferri E; Casal Rodríguez J; Navarro Merino M; Seral Espuñez T; Hervás Durán V; Hernanz Del Rio A; Vidorreta Gracia S.

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El paciente crítico en la Unidad Coronaria (UCO) y en la Unidad Cuidados Intensivos Cardiovasculares (UCICCV) engloba al paciente cardiológico con distintos grados de gravedad. La higiene diaria del paciente crítico se realiza para mejorar el estado físico del paciente, y para mantener la higiene y el confort. Ésta se realiza en la cama y se debe planificar, individualizar, y en algunos casos restringir. El objetivo principal de nuestro estudio fue determinar los efectos adversos durante la higiene diaria del paciente crítico en la UCO y en la UCICCV de un hospital de tercer nivel. Como objetivo secundario fue evaluar las repercusiones de estos efectos adversos sobre su estado clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional durante los meses de enero a mayo de 2015 en un hospital terciario de alta complejidad en la UCO y en la UCICCV.

Se recogieron datos hemodinámicos, clínicos y efectos adversos durante la higiene y a los 30-60 minutos posteriores.

RESULTADOS

De una muestra de 242 higienes, 114 en la UCO y 128 en UCICCV, la edad media fue de 67 ± 13 , y el 69,8% fueron hombres. En la UCO el 78,8% de los pacientes era portador de ventilación mecánica o insuficiencia respiratoria, frente al 58,6% en la UCICCV, y estaban hipotensos o con drogas vasoactivas el 64% en la UCO frente al 60,9% en la UCICCV. El efecto secundario más prevalente fue la hipertensión durante la higiene, un 25,4% en la UCO y un 19,5% en la UCICCV. A los 30-60 min solo mantenían hipertensos el 1,8% y el 3,1% respectivamente.

CONCLUSIONES

La higiene del paciente crítico cardiológico es llevada a cabo por enfermería de manera eficaz. La hipertensión fue la complicación más prevalente, sin repercusión clínica para el enfermo y con recuperación casi total a los 30-60 minutos.

Casos Clínicos

Jueves, 4 de mayo de 17.30 a 18.30 horas.

Mesa X.- Sala A. CASOS CLÍNICOS

SE PRESENTA A PREMIO

NO DESESPERAR CUANDO SE ESTÁ ESPERANDO, A PRÓPOSITO DE UN BIACP

Jueves, 4 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa X. SALA A.

Autores: Seoane Pardo NM; Gómez Martínez M; Rodríguez Cañas D; Blanco Longueira MB; García García MM.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

INTRODUCCIÓN

El balón intraaórtico de contrapulsación (BIACP) es uno de los dispositivos de asistencia ventricular (DAV) de corta duración más utilizados en la actualidad debido a su fácil manejo y funcionamiento. El balón se infla durante la diástole y se desinfla durante la sístole, sincronizándose con el ciclo cardiaco, aumentando la perfusión coronaria durante la diástole y disminuyendo la poscarga durante la sístole. Por lo que disminuye el trabajo cardíaco, el consumo de oxígeno del miocardio y mejora la perfusión coronaria y la periférica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una mujer de 67 años que ingresa en la unidad de cuidados intensivos coronarios por *shock* cardiogénico, a la cual se le coloca un BIACP y se decide inclusión en urgencia 1 para trasplante. Durante su ingreso surgieron complicaciones asociadas a la inserción del BIACP, tales como dolor, alteraciones vasculares, las cuales fueron corregidas. Después de 38 días hospitalizada en urgencia 1, se realizó trasplante cardiaco, permaneciendo tras éste 8 días ingresada en la unidad de cuidados intensivos hasta su alta a planta.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Valoración al ingreso según Henderson, siendo los principales diagnósticos de enfermería: ansiedad, intolerancia a la actividad, deterioro de la resiliencia. Con los siguientes resultados esperados (NOC): nivel de ansiedad, consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas, resiliencia personal, y las intervenciones (NIC): disminución de la ansiedad, cuidados del paciente encamado, apoyo emocional.