

Pósteres Fórum

Mesa VIII.- Sala B. PÓSTER FÓRUM

IMPACTO EN LAS REDES SOCIALES DE UN BLOG DE ENFERMERÍA. EXPERIENCIA PRELIMINAR EN EL PRIMER AÑO

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VIII. SALA B.

Autores: Velasco Bermejo N¹; Trilla Colominas M²; López Zarrabeitia I³; Delgado Sánchez FJ⁴; Sánchez Santiago D⁵; Rubio Ramos JC⁶; Calvo Barriuso E⁷; Gómez Fernández M⁸.

Hospital Ramón Y Cajal. Madrid¹; Hospital Clínic de Barcelona²; Hospital Clínico San Carlos. Madrid³; Hospital Sant Pau. Barcelona⁴; Hospital del Mar. Barcelona⁵; Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca⁶; Hospital de Bellvitge. Barcelona⁷; Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela⁸.

INTRODUCCIÓN

Las redes sociales se han convertido en una herramienta fundamental para compartir conocimientos y experiencias.

Profesionales enfermeros creamos un blog para comunicar y compartir experiencias y conocimiento, potenciar una identidad de grupo creando presencia en las redes, difundir la actualidad sobre temas de interés y contar con un espacio dinámico de comunicación para los profesionales de nuestra área. Analizamos el impacto del blog en las redes sociales en su primer año.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se estudia el impacto del blog del 11 de diciembre de 2015 al 31 de diciembre de 2016. El alcance se valoró a través de las estadísticas, en variables como visitas, usuarios y «me gustas», así como la difusión en foros científicos sobre nuestra actividad.

RESULTADOS

En el primer año, se han publicado 94 entradas en el blog, con 56.544 visitas. Los países con más visitas fueron España, USA y México. La red social más utilizada mediante la que se accedió al blog fue Facebook. Twitter ha tenido 400 seguidores, con 946 tweets y 764 me gusta. Facebook, 386 amigos y 311 me gusta. YouTube, 7 vídeos y 1499 visualizaciones. Las noticias más visitadas han sido comentarios de artículos,

reflexiones de expertos y resúmenes de reuniones. Se impartieron 4 ponencias en foros científicos nacionales y dos entrevistas en diarios médicos informativos.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIONES

El impacto del blog ha sido muy satisfactorio con un elevado número de visualizaciones. La experiencia ha sido muy positiva, logrando los objetivos propuestos. Nuestros puntos de mejora se enfocan en promover los comentarios para dinamizar el foro a través del *feedback* con los usuarios y a potenciar la actividad de *YouTube*. Los datos nos han servido para conocer los temas de mayor interés y demanda de los profesionales.

PERFIL PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS (UCIC)

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VIII. SALA B.

Autores: Álvarez Vivas L¹; Martín Cerezo X¹; Molina Mazón CS¹; García Fuentes JL¹; Asensio Flores S¹; Arbonés Arqué D¹; Rosenfeld Vilalta L¹; Bermejo Vázquez C¹; Domene Nieves De La Vega G¹; Bigorra Espejo A².

Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona¹; Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona².

INTRODUCCIÓN

El objetivo del trabajo es describir la situación actual del rol que asume la enfermera en las UCIC, su grado de formación y sus aptitudes profesionales y personales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y transversal realizado durante el segundo semestre del año 2016, mediante una encuesta cerrada enviada a 30 servicios de enfermo crítico cardiológico de diferentes hospitales del país. Se recogieron aspectos relacionados con el perfil y las competencias enfermeras de los 20 centros que respondieron a la encuesta. Algunas variables examinadas fueron: experiencia profesional del personal, política de recursos humanos del servicio (formación en enfermo crítico cardiológico), polivalencia del personal y nivel de participación científica en cuanto a asistencia a congresos y publicaciones.

RESULTADOS

Del total de participantes sólo un 17,6% tratan a los pacientes críticos cardiológicos en unidades de

intensivos polivalentes, el resto son específicas de cardiología. La mayoría del personal contratado cuenta con más de 5 años de experiencia (33,3%) y casi la mitad (44,4%) es personal veterano con más de 10 años de experiencia. Se considera indispensable la formación en el enfermo crítico cardiológico en un 16,7% de los servicios encuestados, mientras que en un 33,3% ni siquiera se tiene en cuenta. La ausencia de actividad científica alcanza el 61,2% y sólo un 33,4% del total han defendido algún trabajo en un congreso en los últimos 5 años.

CONCLUSIÓN

El personal encuestado goza de experiencia en las UCIC mientras que no siempre se garantiza la formación académica y la suficiencia investigadora de las enfermeras. Es importante dar a conocer la transformación de las UCIC en cuanto a complejidad de cuidados, para concienciar a los gestores de la importancia de apostar por personal formado y garantizar así un perfil acorde a las necesidades actuales.

PLAN DE CURAS ESTANDARIZADO DEL PACIENTE CON INGRESO HOSPITALARIO PARA LA IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS DEFINITIVO

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VIII. SALA B.

Autores: Ramón Simó J; Vargas Farber C; Colomé Casellas M; Prat Mantas M; Faixeda Calero M.

Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona.

INTRODUCCIÓN

En el año 2014, según el registro Español de Marcapasos, se implantaron 36.441 marcapasos definitivos. Esta alta cifra equivale a 784 generadores por millón de habitantes, y es debida entre otros factores al envejecimiento de la población, avances tecnológicos y aumento de las indicaciones de implantación. Este trabajo tiene como objetivo confeccionar un plan de curas de enfermería estandarizado para el paciente estable que ingresa en el hospital para la implantación de un marcapasos definitivo. Quedan excluidos los casos de pacientes inestables, críticos o que sean portadores, o candidatos para la implantación, de un marcapasos temporal.

DESCRIPCIÓN

Para la realización de este plan de curas se han utilizado diferentes herramientas a parte de la evidencia científica citada en la bibliografía como: experiencia en práctica clínica. Protocolo institucionalizado de un hospital de referencia. Plataforma NNNConsult de Elsevier [Internet]: <http://www.nnnconsult.com/>

El plan estandarizado está estructurado según las siguientes fases: preoperatorio, intraoperatorio, postoperatorio y fase de alta. Cada una de estas fases se desarrolla en relación a los correspondientes diagnósticos, objetivos (NOCs) e intervenciones (NICs) utilizando taxonomía NANDA.

EVALUACIÓN

Los principales diagnósticos son: «déficit de conocimientos», «riesgo de disminución del gasto cardiaco», «dolor agudo» y «riesgo de infección». Y algunas de las intervenciones (NICs) más básicas son: «enseñanza: pre quirúrgica», «manejo del dolor» y «enseñanza del proceso de la enfermedad». Cada intervención se basa en un objetivo, que a su vez tiene un indicador para evaluar su efectividad.

CONCLUSIÓN

Creo que con la realización de este plan de curas se han podido unificar los procedimientos y conceptos relacionados con la implantación de un marcapasos definitivo, exponiendo así estos conocimientos de manera más clara y estructurada. La finalidad de este trabajo es crear una herramienta de trabajo o soporte para el personal de enfermería de cualquier hospital.

TABLA DE FÁRMACOS DE USO HABITUAL EN CARDIOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN VÍA ORAL

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VIII. SALA B.

Autores: Jiménez Mayorga L; Sarrió Gil B; Badosa Marcè N; Ferrandez Quirante O; Farré López N; Serrat Serradell R; Maull Lafuente E; Martí Almor J.

Hospital del Mar. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Para administrar fármacos de forma segura hay que conocer la dosis, el efecto terapéutico y las posibles reacciones adversas. En nuestro servicio de cardiología nos planteamos la necesidad de disponer

de una tabla con la información básica de los fármacos más utilizados administrados vía oral para mejorar la seguridad de la administración. Objetivos: disponer de una herramienta que aporte una información precisa y de acceso rápido para que la administración sea la adecuada y evitar posibles errores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los fármacos referenciados incluyen antihipertensivos, antitrombóticos, antianginosos, antiarrítmicos y estatinas usados habitualmente en nuestra unidad. Nos basamos en la información de las fichas técnicas de la Agencia Española del Medicamento y del BOTplus del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Posteriormente dicha información fue revisada por personal del servicio de farmacia y de las unidades de cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca.

RESULTADOS

La herramienta se creó a modo de consulta de los aspectos importantes de cada fármaco. Está estructurada en forma de tabla en una hoja a dos caras. Se seleccionaron 35 fármacos ordenados por orden alfabético para facilitar su búsqueda. La información incluida es: nombre y presentación del fármaco, indicaciones, reacciones adversas y normas de administración. El texto fue discriminado en tres colores para hacer más rápido el acceso. En azul el nombre del fármaco y forma de administración, en rojo las informaciones importantes y en negro las complementarias.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIONES

El formato en tabla, la discriminación del texto por colores y la disposición de los fármacos por orden alfabético, facilita su administración de forma segura así como un acceso rápido a la información. Se distribuyeron tablas a todo el personal y se colocaron en cada uno de los carros de enfermería.

SCREENING DEL IMPLANTE DE DAI SUBCUTÁNEO

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VIII. SALA B.

Autores: Cano Valls A; Niebla Bellido M; Matas Avellà M; Venturas Nieto M; Tolosana Viu JM.

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El dispositivo DAI subcutáneo es un nuevo

tratamiento para un amplio rango de pacientes con riesgo de muerte súbita. Es capaz de detectar y revertir arritmias letales como la taquicardia ventricular y la fibrilación ventricular. Debe ser considerado como una alternativa al desfibrilador endovenoso cuando no se necesite estimulación cardíaca. Hay una serie de requisitos que se deben cumplir para poder proceder a la implantación del dispositivo. Entre ellos está superar el *screening* de la calidad y compatibilidad del electrocardiograma del paciente con los algoritmos del DAI para detectar las arritmias. En nuestro hospital este cribado es competencia de enfermería, así que hemos considerado importante estandarizar las acciones que se deben realizar para optimizar el procedimiento.

DESCRIPCIÓN Y DESARROLLO

La enfermera realiza una serie de electrocardiogramas al paciente en decúbito supino, en sedestación y, si precisa, durante una prueba de esfuerzo. La colocación de los electrodos es específica para este procedimiento (**Figura 1**). El registro del ECG también tiene una serie de parámetros estándar que se deben respetar.

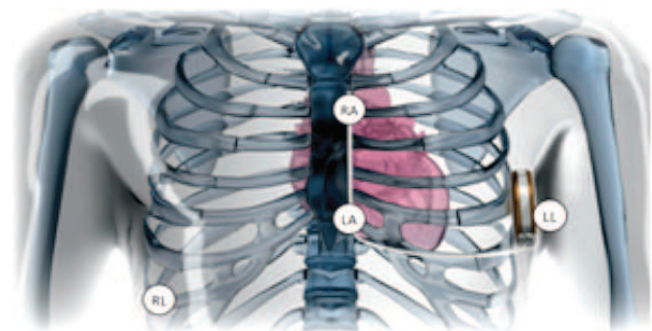


Figura 1.

EVALUACIÓN

Una vez tengamos todos los registros electrocardiográficos, comprobamos que todos los complejos QRS y la onda T queden dentro de las figuras de la herramienta de *screening* (**Figura 2**) y que la R o la S queden dentro del espacio de la línea discontinua. Se considera que un paciente es candidato para el implante si, al menos, una de las derivaciones de ECG (vector de detección) pasa la prueba para todas las posturas evaluadas.

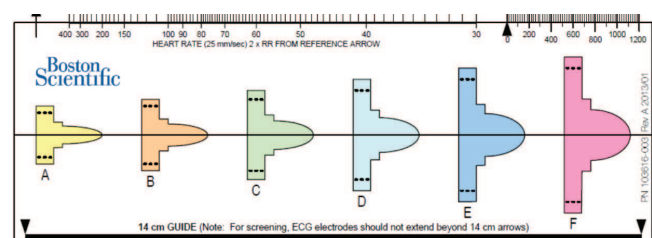


Figura 2.

CONCLUSIÓN

Es necesario realizar el cribado para evitar posibles complicaciones postimplante como el infrasensado de arritmias letales. Nuestro protocolo permite a enfermería estandarizar los pasos a seguir durante el *screening*, y de esta manera, garantizar la calidad y la seguridad del procedimiento.

HALLAZGOS EN MONITORIZACIÓN REMOTA DE PACIENTES PORTADORES DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDIACA

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VIII. SALA B.

Autores: Simarro Garrigós MC; García Córcoles MJ; Buendía Alarcón ME; Ruiz García MJ; Cantos Gutiérrez C; Romero González A; Marín-Barnuevo Fabo C; Fernández Pérez RE; Gómez Martínez O; López Martínez L.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

INTRODUCCIÓN

La monitorización remota registra el funcionamiento de dispositivos de estimulación cardiaca a distancia y en tiempo real. Los hallazgos detectados en el seguimiento de pacientes portadores de monitorización remota, durante un año, arrojan datos relevantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestreo consecutivo del total de pacientes con monitorización remota. Variables: indicación, tipo de dispositivo, demográficas, hallazgos en la monitorización y actuaciones de respuesta. Análisis de los datos: frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas. Medidas de tendencia central y dispersión para cuantitativas.

RESULTADOS

Muestra: 75 pacientes: 87% hombres y 13% mujeres, media edad 64 años (18-87). Dispositivos monitorizados: 47 desfibriladores y 28 desfibriladores con terapia de resincronización cardiaca. Se han realizado 459 revisiones de monitorización remota, de las cuales 320 fueron programadas y 139 respondieron a alerta recibida vía fax o internet. Revisiones por alerta: 7% más frecuentes en pacientes con insuficiencia cardiaca portadores de desfibriladores con terapia de resincronización cardiaca. Se detectaron 194 anomalías. Las más relevantes: aparición de fibrilación auricular/flúter en 27 ocasiones, detecciones

de infrasensado o sobresensado de ondas en 12, y datos sugerentes de empeoramiento de la insuficiencia cardiaca en 15 ocasiones: aumento de impedancia intratorácica por exceso de líquido intrapulmonar y/o estimulación biventricular menor que el límite. Ante los hallazgos detectados, tomamos diferentes medidas: llamada telefónica en 32 ocasiones, 28 adelantos de consulta presencial, 6 reprogramaciones del dispositivo, 6 ajustes farmacológicos, y un ingreso. Los adelantos de consulta presencial han sido 3% más frecuentes en pacientes con insuficiencia cardiaca.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La detección precoz de arritmias y consiguiente anticoagulación evitaron complicaciones tromboembólicas significativas. La detección de problemas de sensado evitó terapias inapropiadas. Los adelantos de consulta supusieron aumento de visitas presenciales, pero quizá conllevaron también disminución de los ingresos por descompensación de la insuficiencia cardiaca.

IMPACTO DE UN PROCEDIMIENTO SANITARIO EN EL DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VIII. SALA B.

Autores: Sánchez-Matamoros Martín MD¹; Luque Oliveros M². **Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla¹; Facultad de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla².**

INTRODUCCIÓN

La donación de órganos y tejidos posee una alta prevalencia y relevancia en las organizaciones sanitarias, y son motivo principal en atención sanitaria. En ocasiones, al donante, se le han practicado procedimientos previos, como la reanimación cardiopulmonar, que a pesar de ser una técnica consensuada por expertos, en la actualidad, sigue siendo motivo de controversias entre los profesionales, por la disyuntiva de si existen repercusiones en los órganos y tejidos. Objetivo: Analizar y sintetizar el material publicado en relación a la donación de órganos y tejidos con el hecho de que el donante haya recibido reanimación cardiopulmonar.

METODOLOGÍA

Se ha llevado cabo una revisión bibliográfica primaria,

secundaria y terciaria en bases de datos nacionales e internacionales en un periodo de tiempo desde el año 2012 hasta la actualidad. Se realiza la búsqueda en bases de datos científicas, tales como FAMA, IME, Cuiden®, Scopus, CINAHL®, PubMed, Cochrane Library, Web of Science y PsycInfo.

RESULTADOS

Se encontraron 382 artículos en total, de los cuales se excluyeron 350 artículos por no cumplir los criterios de inclusión. Tras la lectura del texto completo y resúmenes de los artículos primeramente seleccionados, se excluyeron 4 artículos por no cumplir los criterios de inclusión, y otros 6 por no aportar información concluyente de acuerdo al estudio. Finalmente se obtuvieron 22 artículos para ser analizados.

CONCLUSIONES

La realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar en el paciente donante, aporta un beneficio añadido en los órganos ya que aumenta su perfusión sanguínea y oxigenación. Sin embargo, en ocasiones, se ha producido rechazo total de los órganos en el receptor.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL APÓSITO NANOVA® EN INFECCIÓN SUPERFICIAL Y DEHISCENCIA DE HERIDA POSTCIRUGÍA CARDIACA

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa VIII. SALA B.

Autor: García Pérez MC.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las terapias de presión negativa aplicada a la curación de heridas es una tecnología no invasiva que favorece la cicatrización. Sus beneficios tanto desde el punto de vista preventivo como curativo han sido evaluados. En el año 2016 hemos introducido en el servicio de cirugía cardiaca el uso de apósito NANOVA® en el tratamiento de las complicaciones de la herida postquirúrgica. Entre las indicaciones de este apósito se encuentran la eliminación de pequeñas cantidades de exudado o pequeñas heridas crónicas subagudas y con dehiscencia. El objetivo de nuestro estudio es analizar el uso del apósito en el tratamiento de la infección superficial y la dehiscencia de las heridas postquirúrgicas en cirugía cardiaca.

DESCRIPCIÓN Y MÉTODO

Durante el transcurso del año 2016 se ha utilizado el sistema de terapia NANOVA® en 30 pacientes que presentaron dehiscencia e infección superficial de la herida postcirugía cardiaca. Detectada dicha complicación en la consulta de atención primaria o en la consulta externa de cirugía cardiaca. El apósito de presión negativa es colocado por la supervisora de la unidad y controlado ambulatoriamente por la misma. Se instruye y educa al paciente para el manejo domiciliario del apósito y en el sistema de comunicación paciente-enfermera para el seguimiento ambulatorio.

RESULTADOS

El cierre completo de las heridas se produjo en el 100% de los casos tratados entre 7 y 38 días, dependiendo de las características de la complicación presentada.

REFLEXIÓN Y CONCLUSIONES

El apósito NANOVA® presenta ventajas con respecto a otros apósitos de presión negativa entre los que cabe citar: su uso ambulatorio, con la consiguiente disminución de los gastos hospitalarios, una menor manipulación de la herida y la satisfacción manifestada por el paciente.

Mesa IX.- Sala C. PÓSTER FÓRUM

SE PRESENTA A PREMIO

ALGORITMO PARA LA APLICACIÓN DE MEDIDAS FÍSICAS DE SEGURIDAD EN PACIENTES PORTADORES DE DISPOSITIVOS INVASIVOS DE ASISTENCIA CARDIACA

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa IX. SALA C

Autores: Domene Nieves De La Vega G; Pérez Armesto Y; Moliner Mínguez N; Miguel Salan R; Nieto López MA; Rodríguez Cruz S; Ortiz Gil I; Pérez Saborit S; Asensio Flores S; Bermejo Vázquez C.

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Actualmente el grado de complejidad de los pacientes ingresados en las unidades coronarias está aumentando, precisando a menudo, el empleo de dispositivos cardiológicos invasivos. En gran medida,



el buen funcionamiento de estos dispositivos vendrá condicionado por el grado de estabilidad de los mismos, siendo el personal enfermero el responsable de mantener su fijación y posterior control. Objetivo: elaborar un algoritmo de decisión para la aplicación de diferentes medidas de seguridad que garanticen la estabilidad y buen funcionamiento de los diversos dispositivos invasivos en los pacientes de la unidad coronaria con el objetivo de protocolizarlo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica sobre artículos y protocolos relacionados además de un análisis de la evidencia basada en nuestra experiencia. Realización de un algoritmo asociado a un plan de cuidados basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, centrado en la necesidad de Seguridad del paciente, utilizando la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

INTERVENCIONES

Elaboramos un póster en el que se describe el modo de actuación que el personal de la unidad coronaria debe seguir en cuanto a la utilización de medidas físicas de seguridad, mediante un algoritmo expresado en forma de tabla. Se realizará una reunión representada por el personal médico, el equipo de gestión y representantes de enfermería y auxiliares de los diferentes turnos, donde se pondrán en común las normas del algoritmo.

CONCLUSIONES

La colocación del póster en un lugar visible dentro de la unidad coronaria, sirvió como herramienta para fomentar la seguridad en los pacientes en que se aplicó. También estandarizó los cuidados en lo que refiere a la utilización de las medidas físicas de seguridad.

¿SACUBITRIL / VALSARTÁN: MEJORA LA CAPACIDAD FUNCIONAL SUBMÁXIMA MEDIDA CON LA PRUEBA DE LA CAMINATA DE LOS SEIS MINUTOS?

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa IX. SALA C.

Autores: Faraudo García M; Bardolet Ceren N; Freixa Pamias R; Beltrán Troncoso P; Mena Sabastida E; Guri Baiget O; Ceresuela Eito LM; Contra Carné A; Masip Utset J.

Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Sant Joan Despí, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Sacubitril/Valsartán es un nuevo fármaco

recomendación IB para el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). El estudio PARADIGM mostró reducción del riesgo de muerte cardiovascular y hospitalización. También reflejó mejorar la calidad de vida y la clase funcional NYHA, pero no analizó la capacidad funcional. El test de 6 minutos (6MWT) es una prueba validada y un método fácil para medir objetivamente la capacidad funcional submáxima de los pacientes debido a su reproducibilidad, simplicidad y rentabilidad. Objetivo: analizar el impacto de Sacubitril/Valsartán sobre la capacidad funcional en pacientes con IC crónica.

MÉTODOS

Estudio descriptivo. Captación sistemática desde octubre de 2016, cuando se comercializó el fármaco. Se incluyeron pacientes tratados en nuestra unidad de IC con criterios según las guías para Sacubitril/Valsartán. Se realizó un 6MWT al iniciar el tratamiento y después de tres meses de haber optimizado la dosis. Parámetros fisiológicos como la tensión arterial y la función renal se midieron a nivel basal, durante la titulación y a los tres meses de tratamiento.

RESULTADOS

De los 41 pacientes analizados, 23 ingresaron en el estudio. Características: edad media 71, hombres 91%, FEVI media 31%, IC de etiología isquémica 56%, dosis máxima tolerada 98mg/día. Los resultados se presentan en la **Tabla 1**.

Tabla 1. m: metros; TAS: tensión arterial sistólica; FG: filtrado glomerular.

	Basal	3 meses de tratamiento	p
6MWT (m)	274	335	<0,05
%pacientes que anduvieron <300 m	52%	30%	<0,05
TAS (mmHg)	128	119	n.s.
% pacientes con TAS <100 mmHg	0%	13%	n.s.
FG (ml/min/1.73m ²)	64	64	n.s.
%pacientes con FG <60	49%	39%	n.s.

CONCLUSIÓN

Los pacientes tratados con Sacubitril/Valsartán mejoraron su capacidad funcional submáxima a los tres meses de tratamiento. No se observaron criterios de seguridad como hipotensión o deterioro de la función renal. Se necesitan más estudios para confirmar nuestros datos.

HUMANIZANDO EL CORAZÓN

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa IX. SALA C.

Autores: García Guerrero ML; Álvarez Alarcón N; Lage López A; Arcay Ferreiro C; Calvo Barriuso E; García Fuentes JL; Asensio Flores S.

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

INTRODUCCIÓN

Los últimos años se está hablando de la humanización de los cuidados, importante en la era de la tecnología, donde los cuidados se han centrado mucho en nuevos tratamientos, dispositivos y la tecnificación de nuestras actividades.

Las altas cargas de trabajo, aplicativos de ordenador que dificultan la comunicación, altas precoces, han hecho que se olvide en ocasiones nuestra esencia enfermera de cuidar y ayudar, atendiendo a todas las dimensiones del paciente y manteniendo su dignidad y libertad. Existe una sensibilización en cuanto a la humanización en cuidados intensivos, pero también es necesario en los pacientes hospitalizados. En el estudio se muestran los resultados obtenidos en cuanto a la puesta en marcha de una prueba piloto de humanización en una planta de hospitalización de cardiología.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de la puesta en marcha del programa de humanización de la planta de cardiología en el periodo de 6 meses, donde se recogen las actividades realizadas y la participación de los pacientes.

RESULTADOS

Tras la creación de un grupo de trabajo, se creó una pizarra tipo «vileda» donde los pacientes podían expresar sus ideas y pensamientos, la cual obtuvo 53 anotaciones con mensajes de agradecimiento a los profesionales y de ánimo a otros pacientes. Se facilitó un correo electrónico donde se han enviado 15 escritos, que se han colgado en la unidad en un espacio destinado a ello. En Navidad se repartieron detalles hechos por profesionales con mensajes positivos.

CONCLUSIONES

Se ha obtenido gran participación e interés en tan solo 6 meses de la prueba piloto de humanización en planta. El resultado ha sido muy satisfactorio tanto para pacientes y familiares como para trabajadores, sirviendo para reflexionar sobre la humanización de

nuestros pacientes y motivando en la involucración del día a día en la unidad.

SE PRESENTA A PREMIO

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA. EXPERIENCIA DURANTE UN AÑO EN NUESTRO CENTRO

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa IX. SALA C.

Autores: Ortega Fernández L; Abad García M; Cerecedo Fernández M; Basanta Castro MJ; Seco Aldegunde S; Jiménez Serrano C.

Hospital Lucus Augusti. Lugo.

INTRODUCCIÓN

Los programas de rehabilitación cardiaca (PRC) comprenden una serie de actividades encaminadas a la prevención secundaria y modificación de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) con la consecuente mejoría en la calidad de vida de los pacientes, mediada por un aumento significativo de su capacidad funcional, mejoría en el control de los FRCV y disminución de los niveles de estrés, miedo y ansiedad en el ámbito psicosocial. Estas actividades incluyen entrenamiento físico supervisado, educación para la salud, así como evaluación y asesoría psicosocial y laboral del paciente. En los PRC participan diferentes profesionales del equipo multidisciplinario de salud. En nuestro centro este equipo está compuesto por cardiólogos, rehabilitadora, enfermera, fisioterapeuta y psicóloga. En la actualidad estos programas se consideran seguros y efectivos y son una recomendación clase I en las Sociedades Norteamericana y Europea de Cardiología. Así mismo la indicación de rehabilitación cardiaca se ha ampliado a individuos asintomáticos con riesgo elevado de enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca y arteriopatía periférica. **Objetivos.** Principal: determinar el grado de mejoría de los pacientes que pasan por un programa de rehabilitación cardiaca. Específicos: determinar el grado de mejoría en grupos de pacientes categorizados por distintos FRCV. Valorar la evolución temporal durante el tratamiento del PRC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, cuasiexperimental de carácter retrospectivo en la unidad de rehabilitación cardiaca de nuestro centro. La población de estudio son pacientes

que han sufrido un síndrome coronario agudo previo a la inclusión en el PRC. Se estableció grupo de trabajo para revisión de historia clínica electrónica y se elaboró base de datos y formulario para la recogida de los mismos. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia el 24 de mayo de 2016.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el momento de presentar nuestro *abstract* no disponemos de resultados.

E-SALUD: UN FARO EN LA RED PARA NUESTROS PACIENTES

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa IX. SALA C.

Autores: Caberta Lema MC; Amor Cambón J; Sabater Sánchez MC.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN

La e-salud y la m-salud suponen un avance en los cuidados sanitarios y en el intercambio de información entre los profesionales de la salud, pero las nuevas tecnologías transforman no solo la asistencia sanitaria sino nuestra vida cotidiana. Hace años los profesionales sanitarios éramos la principal fuente de información de los usuarios con respeto a su salud. Hoy en día hemos sido desbancados por los buscadores de internet que en la gran mayoría de las veces nos confunden con un bombardeo de información de dudosa calidad científica. Es por ello que surge una nueva necesidad para con nuestros pacientes, y es la de encaminar sus búsquedas hacia páginas seguras que les puedan proporcionar información y un soporte protegido que les permita manejar su patología con independencia.

OBJETIVOS

Encauzar las búsquedas de nuestros pacientes en la red hacia «puertos seguros», donde puedan encontrar información veraz y profesional sobre su patología. No debemos olvidarnos de los usuarios que no tienen acceso a este tipo de información, bien sea por falta de medios o de conocimiento, les daremos alternativas a las que pueden recurrir para llegar a ella. Incluiremos en el informe de alta las páginas web recomendadas y, en un futuro, las *apps*.

CONCLUSIONES

En la era de la información y las redes debemos sacar

beneficio de los soportes que nos ayuden no solo a los profesionales sino también a los pacientes, aumentando con ello su calidad de vida y haciéndolos participes e independientes en el manejo y convivencia con su enfermedad. Debemos guiar sus pasos con cautela, ya que la información de salud en internet requiere más calidad, presenta grandes beneficios potenciales pero todavía necesita ser regulada y evaluada con rigor.

HEMODINÁMICA AL ALCANCE DE TODOS

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa IX. SALA C.

Autores: Marginet Flinch J; Trilla Colominas M.

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La unidad de hemodinámica cardíaca al ser una sala muy específica dentro del ámbito hospitalario, es muy desconocida para el personal ajeno a ella y demás usuarios. Por consiguiente, es muy importante transmitir información para resolver cualquier duda que les pueda surgir y para facilitar un mayor grado de conocimientos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Crearemos una aplicación para dispositivos móviles Android e iOS, con descarga gratuita, con una estructura formada por apartados, donde se describirán los procedimientos, la sala y los dispositivos que se utilizan. En cada apartado se hará uso tanto de imágenes como vídeos, así como *links* de páginas web para complementar. La aplicación irá dirigida a informar tanto a profesores y alumnos del mundo sanitario, a profesionales externos a la unidad, como a usuarios o familiares que vayan a realizarse un cateterismo u otro procedimiento en dicha sala.

RESULTADOS

La evaluación será con las estadísticas de la aplicación: número de descargas, votación y comentarios. Crearemos una hoja informativa sobre la aplicación para los usuarios que hagan una intervención electiva (no urgente ni infartos) para antes de entrar. Posteriormente haremos una entrevista para saber su nivel de utilidad. Para evaluar el impacto entre el personal sanitario externo a la unidad y universidades se dará dicha hoja informativa y en diferentes cortes en el tiempo se les preguntará sobre la aplicación y

utilidad. La duración total del seguimiento y evolución será de un año.

CONCLUSIONES

Con esta aplicación se proporcionará una información más completa a los pacientes antes de la intervención, rebajando así su nivel de ansiedad por un desconocimiento del procedimiento. En el ámbito hospitalario externo a la unidad y los alumnos de universidad, tendrán más conocimiento sobre una sala con procedimientos muy específicos, que en muchas ocasiones no saben de su existencia.

PROYECTO DE CREACIÓN DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO Y VALORACIÓN DEL PACIENTE CARDIOLÓGICO

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa IX. SALA C.

Autores: Matas Avellá M¹; Jurado Artigas RM²; Venturas Nieto M³.

Instituto Clínico Cardiovascular. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona¹; Secretaria Cap de Gestió Infermera Institut Clínic Cardiovascular²; Hospital Clínic i Provincial de Barcelona³.

INTRODUCCIÓN

Enfermería tiene un papel muy importante en el cuidado del paciente cardiológico, contribuyendo a controlar la evolución de su enfermedad, resolver dudas, y realizar educación sanitaria al paciente y familia. Actualmente ningún profesional sanitario relacionado con la cardiología duda de la necesidad y eficacia de estas consultas específicas de enfermería en cardiología. En nuestro hospital se han creado en el último año distintas consultas de enfermería especializadas en cardiología. Estas consultas de enfermería se crearon entendiéndolas como un lugar donde la enfermera hace prevención y rehabilitación de la salud al paciente con participación activa, buscando el empoderamiento del paciente haciendo una evaluación e intervención integral del mismo.

OBJETIVOS

Estas consultas se crearon con unos objetivos generales que eran cuidar al paciente cardiológico y mejorar su calidad de vida, y unos objetivos específicos que eran potenciar y fomentar su autonomía y

autocuidado, proporcionando los cuidados necesarios para evitar la progresión de la enfermedad. Debían disponer estas consultas de los recursos necesarios para llevarlas a cabo. Esta enfermería debía tener un perfil adecuado y unas cualidades específicas.

CONCLUSIONES

La consulta de enfermería en cardiología se considera una herramienta imprescindible en el tratamiento y seguimiento clínico del paciente cardiológico. Esto promueve la aparición de nuevos roles en enfermería, para ello enfermería necesita formarse constantemente en nuevos conocimientos científicos y tecnológicos.

ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO VÍA BRAQUIAL POR ESTENOSIS FEMORAL

Jueves, 4 de mayo, 12:30 – 13:30 h. Mesa IX. SALA C.

Autores: Bermejo Vázquez C; Domene Nieves De La Vega G; Martín Cerezo X; Izquierdo Bernal S; Castillo Poyo R; Rojas García A; Calvo Barriuso E; Gil León M; Segarra Hueso Y; Arbones Arque D.

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

INTRODUCCIÓN

El estudio electrofisiológico permite estudiar alteraciones del ritmo cardíaco y de la conducción eléctrica. La vía de elección principal del procedimiento es la vena femoral. A continuación describimos el caso de un paciente cuyo acceso venoso femoral se ve alterado por una estenosis de las venas femorales derecha e izquierda. En este caso se decidió intentar acceso venoso braquial con soporte de la enfermería de la unidad. El objetivo principal fue establecer un protocolo de actuación de enfermería para el acceso de vía braquia/humeral dada la poca incidencia de estos casos. Fijándonos en los pasos a seguir y dejando un registro de actuaciones de enfermería para posteriores casos.

DESCRIPCIÓN

Paciente que acudió al laboratorio de electrofisiología para estudio de inducción y conducción cardíaca. Tras intentar realizar el procedimiento bajo protocolo estándar por venas femorales derecha e izquierda y observarse obstrucciones por estenosis en ambas, se decidió intentar de acceso por vía braquial derecha.

Enfermería canalizó una vía periférica del número 18, pasando una guía hidrofílica a través de ella para dar soporte, acto seguido se introdujo un introductor venoso valvulado de seis french para introducir a través de él un catéter diagnóstico.

PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA

Se informó al paciente de la situación. Se desinfectó la zona del plexo y se realizó el procedimiento bajo técnica estéril. En todo momento se tuvo en cuenta el estado hemodinámico del paciente, el grado de ansiedad y dolor. Una vez acabado el procedimiento se realizó compresión manual de la zona.

CONCLUSIÓN

A pesar de ser una técnica simple y de no difícil acceso pueden aparecer alteraciones anatómicas que impidan la realización del estudio. Es importante conocer que existen otras vías de acceso que puedan permitirnos realizar la prueba con éxito y tener una actuación planificada.

E-Pósteres

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR DEL LACTANTE

Panel E-01

Autores: Berni Ruiz C; Berni Ruiz R; López Guisado I.
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN CARDIOLOGÍA, UNA ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

Panel E-02

Autores: Gasulla Guillermo M; Fainé Puy G; Maull Lafuente E.
Hospital Del Mar. Barcelona.

INCIDENCIA DE TABAQUISMO Y EJERCICIO EN UNA POBLACIÓN HIPERTENSA

Panel E-03

Autores: Sáez Jiménez MR; García Valls M; Landete Belda L.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

DETECCIÓN DE TRANSTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Panel E-04

Autores: Cuevas López E¹; Carmona Heredia AM²; Pujol Perella M²; Torta Castelló R²; Villares Jiménez A²; Guillén Marzo M²; Bonet Pineda G².

CAP Torreforta - La Granja¹; Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona².

LA INFORMACIÓN PRE OPERATORIA DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE QUIRÚRGICO

Panel E-05

Autores: Sánchez-Matamoros Martín MD¹; Luque Oliveros M².
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla¹; Facultad de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla².

SE PRESENTA A PREMIO

PRESENTACIÓN DE LA TRAYECTORIA CLÍNICA DEL MARGAPASOS

Panel E-06

Autores: Marín López S; González Cruz R; Guiteras Vilanova A; Auge Ruiz A; Cazorla Roca MM.; Sánchez Lomares R.

Hospital de Sabadell. Barcelona.

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL DESARROLLO DE UN ESTUDIO ALEATORIZADO UNICÉNTRICO EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Panel E-07

Autores: Berni Ruiz R; Berni Ruiz C; López Guisado I.
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

IMPORTANCIA DEL ASPECTO PSICOLÓGICO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Panel E-08

Autores: Muñoz Villarreal AB; Luque López R; Cepas Sosa A.
Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.