

# Enfermería en Cardiología

Publicación científica de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

Enferm Cardiol. 2017; Año XXIV (70)  
1.º cuatrimestre

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

## Sumario

- 3 Editorial
- 4 Presidenta de la AEEC
- 5 Actualidad de la AEEC
- 12 Entrevista al Dr. Josep Brugada Terradellas
- 15 Poema de Guillermo Carnero

## Resúmenes de las comunicaciones presentadas en el 38. Congreso

- 17 Comunicaciones libres
- 45 Casos clínicos
- 58 Comunicaciones póster fórum
- 67 Listado de e-pósteres
- 69 Listado de pósteres
- 74 Índice de autores

### Artículos Científicos:

- 76 Sección de Metodología. Enfermería Basada en la Evidencia: Investigación Clínica Aplicada a las Ciencias de la Salud  
Los estudios analíticos como tipo de diseño metodológico
- 82 Sección de Imagen. Una imagen vale más que mil palabras  
Ventrículo derecho, el gran olvidado

**38** | **CONGRESO NACIONAL**  
DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE  
**ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA**  
Barcelona Corazón Mediterráneo

3-5 DE MAYO DE 2017 BARCELONA  
[www.enfermeriaencardiologia.com](http://www.enfermeriaencardiologia.com)

**AEEC**  
Asociación Española de  
Enfermería en Cardiología

SECRETARÍA TÉCNICA:  
**TRAMA**  
solutions  
C/ Wenceslao Fernández Flórez 1 - 2º  
15005 A Coruña - Tel. 981 902 113  
[www.tramasolutions.com](http://www.tramasolutions.com) - [info@tramasolutions.com](mailto:info@tramasolutions.com)

**DIRECTOR**

Rafael Mesa Rico

**REDACTOR JEFE**

Alberto Luis Fernández Oliver

**CONSEJO ASESOR**

Felicity Astin

José Carlos Canca Sánchez

Jeroen Hendriks

Luis Iñigo García

José Miguel Morales Asencio

Sandra Sonalí Olvera Arreola

Leopoldo Pérez de Isla

Francisco Rivas Ruiz

Francisco Ruiz Mateas

Elizabeth Salas Silva

Mona Schlyter

Javier Segovia Cubero

Juan Ignacio Valle Racero

Yalili Videaux Puebla

**COMITÉ EDITORIAL**

Blanca Esther Aguayo Esgueva

Francisco Alba Saá

José Miguel Álvarez Moya

M.ª Loreto Barroso Morales

Carmen Bermejo Merino

Matilde Castillo Hermoso

Paloma Garcimartín Cerezo

Solanger Hernández Méndez

Raúl Juárez Vela

Manuel Luque Oliveros

Elena Marqués Sulé

Sonsoles Martín Pérez

José Manuel Martínez Casas

José Manuel Martínez Linares

Jessica Medina García

Carlos-Santos Molina Mazón

Carmen Naya Leira

Ana Pereira Ferreiro

M.ª Faz Pujalte Aznar

Óscar del Río Moro

Francisco Rivas Ruiz

Pilar Rodríguez Alarcón

Miriam Rossi López

Susana Rubio Martín

Juan Carlos Rubio Sevilla

Arancha Ruescas Nicolau

Cristina Ruiz Verdugo

Asunción Sánchez Donaire

Yolanda Sánchez Lozano

Eva Timonet Andreu

Juan Ignacio Valle Racero

Lucía Zambrano Puente

**CORRECTORA DE INGLÉS**

M.ª Dolores Martín Santamaría

**JUNTA DIRECTIVA DE LA AEEC****Presidenta de Honor**

M.ª José Zabala Osés

**Presidenta Saliente**

M.ª Luz Capote Toledo

**Presidenta**

Concha Fernández Redondo

**Vicepresidenta**

M.ª José Morales Vicente

**Secretaria**

Mónica Collado Martín

**Vicesecretaria**

Jennifer Núñez Chavarry

**Tesorera**

Vanessa A. García Mosquera

**Vocal Grupo Cirugía Cardiaca en funciones**

Manuel Luque Oliveros

**Vocal Grupo Cuidados Críticos Cardiovasculares**

Carlos Santos Molina Mazón

**Vocal Grupo Electrofisiología**

Mercè Fontanals Fernández

**Vocal Grupo Europeo**

Alberto Luis Fernández Oliver

**Vocal Grupo Hemodinámica**

Mónica Gómez Fernández

**Vocal Grupo Imagen y Pruebas no invasivas**

Ester Bertolí Inglés

**Vocal Grupo Insuficiencia Cardiaca**

Mercè Faraudo García

**Vocal Grupo Prevención y Rehabilitación Cardiaca**

José Antonio Mora Pardo

**Vocal Grupo Filial Aragonesa**

M.ª Concepción Santolaria Aisa

**Vocal Grupo Filial Catalana**

Gemma Berga Congost

**Vocal Grupo Filial Gallega**

Inés Lago Celada

**Vocal Filial Murcia**

Maitte Rabadán Anta

**Vocal Filial Valenciana**

Rafael Andrés Soler Carbó

**Director de la Página WEB**

Alberto Luis Fernández Oliver

**Director de la Revista**

Rafael Mesa Rico

**Director de Formación Continuada**

Francisco Javier García Aranda

**Vocal Congreso Barcelona**

Silvia Pérez Ortega

**COMITÉ CIENTÍFICO DE LA AEEC****Directora**

Carmen Naya Leira

**Subdirectora**

Susana Rubio Martín

**Vocales**

Miriam Rossi López

Sonsoles Martín Pérez

Ana Pereira Ferreiro

**Vocal Congreso Barcelona**

Gemma Berga Congost

**REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN AEEC**

C/ Nuestra Señora de Guadalupe, 5-7

28028 Madrid (España)

Tel. 917 242 375 - FAX: 917 242 371

Secretaría: Maribel Calero

secre@enfermeriaencardiologia.com

**Coordinación Editorial:** Maribel Calero

revista2@enfermeriaencardiologia.com

Versión electrónica ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

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

Spanish Association of  
Nursing in Cardiology  
(AEEC)

ISSN: 1575-4146

# Enfermería en Cardiología

Scientific Journal of the Spanish Association of Nursing in Cardiology

## SUMMARY

|  |    |
|--|----|
| Editorial                                    | 3  |
| President of the AEEC                        | 4  |
| AEEC News                                    | 5  |
| Interview with Dr. Josep Brugada Terradellas | 12 |
| Poem by Guillermo Carnero                    | 15 |

## Abstracts of communications presented at the 38th Congress:

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Free communications          | 17 |
| Clinical case reports        | 45 |
| Forum poster communications  | 58 |
| E-poster communications list | 67 |
| Poster communications list   | 69 |
| Index of authors             | 74 |

## Scientific Articles:

|   |    |
|---|----|
| Methodology Section. Evidence-Based Nursing: Clinical Research Applied to Health Sciences |    |
| Analytical studies as a type of methodological design                                     | 76 |
| An image is worth more than a thousand words Section                                      |    |
| Right ventricle, the forgotten chamber  | 82 |

Enferm Cardiol. 2017; Vol XXIV (70)  
1st quarter

Electronic version Available in:  
<http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/index.htm>

ISSN: 1575-4146

Depósito Legal: M-10090-2014

Tirada 900 ejemplares

Impreso en España por: Sékar Artesans • SUECA (Valencia)

© Copyright 2017 Asociación Española de Enfermería en Cardiología

Publicación cuatrimestral (3 números al año)

Desde las páginas de la revista *Enfermería en Cardiología*, os damos la bienvenida al 38.º Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología «**Barcelona Corazón Mediterráneo**». En esta ocasión, la ciudad de Barcelona nos acoge gracias al trabajo realizado en el último año por el Comité Organizador, dirigido por **Silvia Pérez Ortega**, que junto con todo su equipo, compuesto por representantes de los principales hospitales de la ciudad, ha tratado de que todo tenga lugar a la perfección y con el máximo aprovechamiento científico para todos los participantes.

En cuanto al contenido científico del congreso, agradecer un año más el trabajo que se realiza desde el Comité Científico, dirigido por **Carmen Naya Leira**, con el apoyo de **Susana Rubio Martín**, **Miriam Rossi López**, **Sonsoles Martín Pérez**, **Ana Pereira Ferreiro**, **Gemma Berga Congost**, que han elaborado el programa científico, organizado el contenido de los cursos de formación y evaluado los 129 trabajos presentados y distribuidos en 21 casos clínicos, 16 pósteres fórum, 49 comunicaciones libres, y 40 pósteres. Como novedad, este año tenemos una nueva categoría con 19 e-pósteres, que han sido seleccionados entre los pósteres mejor valorados. Este esfuerzo del Comité Científico, también conlleva la organización de cuatro cursos de formación: «Punción guiada por eco y ecocardiografía básica». «Bebidas fermentadas: La cerveza y la levadura de cerveza tienen beneficios para la salud». «Búsqueda bibliográfica y bases de datos en Ciencias de la Salud». «Papel y competencias de la enfermería en los programas de prevención y rehabilitación cardiaca». Por otro lado, se han organizado dos mesas redondas sobre «Enfer-Cardio-Actualidad: Implicación de enfermería en los nuevos tratamientos invasivos en cardiología. Concurso de casos clínicos», y otra sobre «Humanización de los cuidados: paciente, familia y profesionales». Para finalizar con la labor del Comité Científico, quisiera hacer una mención especial a **Susana Rubio**, subdirectora del mismo, que por motivos personales ha tenido que dejar sus funciones. Desde estas líneas quisiera mostrar nuestro agradecimiento por su gran dedicación y compromiso, que a lo largo de los últimos años, ha tenido con la implantación del rigor científico de la investigación de enfermera, la valoración y vigilancia de la calidad de los contenidos y la divulgación científica de la enfermería en cardiología desde el Comité Científico. Gracias por seguir colaborando con la revista, y seguiremos animándote a colaborar en futuros proyectos. Muchas gracias y mucha fuerza.

Por otro lado, me gustaría resaltar la labor que desde la Revista *Enfermería en Cardiología*, han realizado a lo largo de sus veinte años de trayectoria, todos los que han colaborado a la difusión científica de la enfermería cardiológica española. Es justo destacar la dedicación que los anteriores directores tuvieron para que nuestra divulgación científica llegara de una manera tan fructífera hasta nuestros días. También agradecer una vez más a nuestro Comité Editorial su entrega altruista para que la revista continúe avanzando y conseguir una calidad de primera línea.

En cuanto al contenido científico de este número de la revista, publicamos los resúmenes de las comunicaciones libres, casos clínicos, pósteres fórum y el listado de títulos y autores de los pósteres y e-pósteres, que han sido enviados por los profesionales de enfermería en cardiología desde los distintos lugares de nuestra geografía.

Por otro lado, seguimos con nuestra labor divulgativa en la sección de Metodología. Enfermería Basada en la Evidencia: Investigación Clínica Aplicada a las Ciencias de la Salud, en la que publicamos el artículo «Los estudios analíticos como tipo de diseño metodológico». Así como con la sección de imagen. Una imagen vale más que mil palabras, con el artículo «Ventrículo derecho, el gran olvidado».

En esta ocasión tenemos el privilegio de entrevistar al **Dr. Josep Brugada Terradellas**, que realizará la conferencia inaugural del 38.º Congreso de la AEEC con el título de «Identificación de pacientes con riesgo de sufrir muerte súbita».

Como contenido especial, **Pascual García Hernández**, nos presenta una nueva publicación llamada «Proyecto RECABASIC», que nos posiciona ante la comunidad científica con un proyecto de enfermería cardiológica preventiva actualizada. Para finalizar, seguimos con la serie «Poesía con Corazón», en la que el poeta **José Infante** nos presenta un poema de Guillermo Carnero, perteneciente a la plaquette «Barcelona, mon amour».

Os animo a que disfrutéis de la lectura de los artículos, de los avances científicos del 38.º Congreso Nacional de la AEEC y de la ciudad de Barcelona.

**Rafael Mesa Rico**

Director

revista@enfermeriaencardiologia.com

## Presidenta de la AEEC

Estimados socios, una vez más quiero daros las gracias por vuestra confianza en esta nueva Junta Directiva que os puedo asegurar está poniendo todo su esfuerzo en continuar con esmero la labor emprendida por sus antecesores, pero dándole un aire nuevo acorde a las exigencias de la sociedad actual, con unas bases bien definidas que se consoliden en el futuro. Para optimizar la gestión de la Junta, transparente, eficaz y profesional, nos hemos planteado reforzar dos de los puntos clave de cualquier sociedad científica: el Comité Científico y la Formación, estimando oportuno modificar los estatutos e integrar ambas direcciones en el Comité Ejecutivo, con voz y voto; por otro lado, también nos hemos planteado retirar la figura de Presidenta Saliente y que asuma sus funciones la Vicepresidencia, de este modo cuando se haga cargo de la Presidencia tendrá un conocimiento más amplio y mayor poder de decisión en momentos que así lo requieran. Como sabéis, la última palabra la tenéis vosotros, desde aquí os insto a ser activos y votar cada uno de los puntos que os hemos propuesto modificar, siempre pensando en el beneficio general de la AEEC y sus asociados y nunca en intereses personales.

Si queremos posicionarnos en el presente y proyectarnos en el futuro, es necesario el esfuerzo y compromiso de todos para conseguir una asociación dinámica, con formación, investigación, comunicación y actualización permanente, capaz de llevar a cabo las innumerables actividades que tenemos por delante si queremos la adhesión de más socios, potenciar la colaboración activa con sociedades afines, y estar presentes en aquellos foros en los que podamos darnos a conocer e intercambiar conocimientos necesarios para mejorar nuestro ejercicio profesional.

Para ello, hemos apostado fuerte por la formación, cuando leáis estas palabras ya tendremos en activo la nueva plataforma de formación, más práctica, organizada y con contenido restringido para los socios, con una oferta de cursos y/o módulos más o menos novedosos, pero siempre de gran interés para el desempeño de nuestra actividad diaria; según vuestra demanda, los iremos ampliando y/o modificando. Como sabéis, el Curso de Experto en Insuficiencia Cardíaca ha sido todo un éxito. Desde estas líneas quiero agradecer a Novartis y a Trama la oportunidad que nos han brindado, sin su apoyo hubiera sido imposible realizarlo.

La revista y la página web, tienen el único objetivo de ofrecer a nuestros asociados una información oportuna de todo nuestro trabajo y de todo lo que esté relacionado con la patología cardiovascular; la incursión en las redes sociales, está en fase de inicio y también aquí os pido un nuevo esfuerzo, ya que vuestra colaboración es imprescindible para su impulso definitivo.

La web, como habréis podido comprobar, es más divulgativa y da cabida a todo tipo de eventos y/o actividades científicas, formativas, asistenciales... que pueda estar relacionados con la patología y salud cardiovascular, propias y que realizan otras sociedades, facilitando el intercambio de información y conocimientos. Hemos incluido de nuevo la página del paciente, aún pendiente de desarrollo, pero que con la colaboración de todos podremos desarrollar con la debida profesionalidad. Como sabéis la web es un medio excelente de divulgación de la AEEC y de canalizar su actividad, impulsando al exterior la enfermería en cardiología, dándonos a conocer a otros colectivos y a la Sociedad en general. Os animo a todos a enviar toda la información relevante sobre cardiología, todas las aportaciones son necesarias para mantenerla activa y dinámica.

La Revista, con el objetivo de promover y difundir la actividad científica de nuestra especialidad e intercambiar metodología de trabajo y conocimientos entre nuestros socios, ha dado mayor relevancia a los artículos publicados, teniendo en cuenta los estándares de calidad y excelencia exigidos en las publicaciones científicas. Sin lugar a duda, es el medio más eficaz de abordar temas de interés relacionados con la profesión y de dar a conocer las novedades y actualizaciones aparecidas en el ámbito asistencial, investigativo y docente, tan necesarios para potenciar el avance de la enfermería en cardiología.

Reitero mi disponibilidad absoluta a todos los asociados y mi reconocimiento y agradecimiento a los miembros de la Junta, sin su apoyo y trabajo desinteresado no sería capaz de afrontar mis obligaciones con tanta ilusión y compromiso.

Un abrazo

**Concepción Fernández Redondo**

Presidenta de la AEEC

presi@enfermeriaencardiologia.com

# PRESENTACIÓN DEL 38º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

Silvia Pérez Ortega. Presidenta del Comité Organizador

Es para mí un gran honor ser la Presidenta del Comité Organizador del 38º Congreso de la AEEC en Barcelona que tendrá lugar los días 3 al 5 de mayo de 2017. En nombre de todo el Comité Organizador queremos daros la bienvenida a nuestra ciudad, esperando poder cumplir vuestras expectativas a nivel científico y deseando que tengáis una magnífica estancia en Barcelona.

El Comité Organizador se compone de representantes de los principales hospitales de Barcelona: Hospital Clínic, Hospital Sta. Creu i Sant Pau, Hospital del Mar, Hospital de Bellvitge, Hospital del Vall d'Hebron, Hospital Germans Trias i Pujol, Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi, Hospital de Barcelona, Mutua de Terrassa, Parc Tauli, Althaia Xarxa Assistencial Universitària Manresa y Sant Joan de Déu. Quería agradecer a mis compañeros del comité el gran esfuerzo realizado tanto en la organización como en la promoción del congreso en nuestra ciudad.

El edificio histórico de la Universidad de Barcelona, con sus 564 años de historia, acogerá durante estos tres días a profesionales de enfermería en cardiología con objeto de compartir y ampliar conocimientos que nos permitan mejorar nuestra práctica diaria.

El programa científico incluye aspectos innovadores como el uso de tecnologías para realizar una mesa redonda interactiva con el objetivo de actualizarnos en tres grandes áreas de cardiología que son: hemodinámica, electrofisiología y cuidados críticos. También contaremos con enfermeras de gran trayectoria profesional y elevada calidad en la mesa redonda de humanización de la sanidad, donde se hablará del proyecto HUCI, de las habilidades para una comunicación de calidad, el «Child Life» y el duelo. Por último, una mesa redonda sobre la adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia cardiaca, patología cada vez más prevalente debido a la mejora de los tratamientos y por ello al aumento de la esperanza de vida.

Para la conferencia inaugural: «**Identificación de pacientes con riesgo de sufrir muerte súbita**» contaremos con la presencia del prestigioso **Dr. Josep Brugada**, gran representante de la electrofisiología a nivel mundial, cuyo mayor logro en el campo de la investigación fue la descripción, junto a sus hermanos Pedro y Ramón, de un síndrome causante de muerte súbita conocido como «Síndrome de Brugada».

Se realizarán cuatro cursos formativos relacionados con diferentes áreas de la cardiología y la investigación: punción vascular guiada por ecografía y ecocardiografía básica, beneficios de la cerveza para la salud cardiovascular, búsqueda bibliográfica en ciencias de la salud y perfil y competencias de enfermería en los programas de rehabilitación cardiaca.

Para finalizar el congreso, **Angie Rosales**, de *Pallapupas* hará la conferencia de clausura con el título: «**Reír llena de vida**», y nos enseñará el poder curativo de la sonrisa y cómo consiguen hacer la vida más fácil a todos aquellos pacientes que cuentan con su presencia.

Quiero agradecer al Comité Científico el gran trabajo realizado en el desarrollo del programa científico del congreso, además de la valoración de los trabajos presentados y que serán expuestos durante el congreso en las diferentes modalidades de comunicación oral, póster fórum, caso clínico, póster. Además este año iniciamos una nueva modalidad de presentación que dará mayor visibilidad a aquellos pósters mejor valorados, que será el e-póster, y tendrá lugar en el vestíbulo principal de la Universidad de Barcelona.

Esperamos que disfrutéis mucho de este congreso, de vuestra estancia en Barcelona y estoy a vuestra disposición para aquello que necesitéis durante estos días.

Un cordial saludo

**Silvia Pérez Ortega**

Presidenta del Comité Organizador del 38º Congreso de la AEEC

sedecongreso@enfermeriaencardiologia.com



Todas las novedades del Congreso a través de Twitter, Síguenos @aeebcn2017 con el hashtag #aeeccarcelona2017



# PROYECTO RECABASIC: POSICIONÁNDONOS ANTE LA COMUNIDAD CIENTÍFICA

a culminación del **PROYECTO RECABASIC** y su presentación en formato libro en el **XXXVIII Congreso Nacional de la AEEC** completa este determinante proyecto para la enfermería cardiológica preventiva. Queridos compañeros, deseamos y esperamos que no sólo ilustre el conocimiento de la enfermería cardiológica, sino que os «contamine» con la idea de la cardiología preventiva. Las letras que desgranaréis en la libertad ociosa o ansiosa de todo lector interesado, representan el esfuerzo y dedicación de un ramillete de profesionales de la enfermería cardiológica preventiva de nuestro país. Los cuales identificaron la gran heterogeneidad existente, tanto en España como a nivel mundial, en los Programa de Prevención y Rehabilitación Cardíaca, y como ésta hacía imposible determinar categóricamente qué es y sobretodo cómo debe ser un programa salud tan específico. Para intentar descartar esta falta de homogeneidad y comenzar a poner luz, nuestra luz claro está, sobre tanta indefinición, nació esta idea en el seno del Grupo de Trabajo de Prevención y Rehabilitación Cardíaca de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC). La idea de un posicionamiento claro y concreto, de crear doctrina, que no adoctrinamiento, sobre qué opinamos y qué creemos que a día de hoy debe ser un programa de salud de estas características, fue nuestra génesis. Con ese espíritu nació el **PROYECTO RECABASIC**, que aquí y ahora se viste de largo. Un proyecto de largo recorrido y profundo peso científico para la enfermería cardiológica preventiva y sus programas de salud cardiológica.

Con el **PROYECTO RECABASIC ponemos en valor ante la comunidad científica el posicionamiento de la enfermería cardiológica preventiva de España**, sobre aspectos esenciales de los Programas de Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Así **definimos cuáles deben ser los estándares básicos de estos programas**, en ámbitos como los recursos humanos, los recursos materiales y las actividades a desarrollar en sus diferentes fases. Estas cuestiones nos indujeron a determinar de forma diáfana y contundente el perfil y las competencias profesionales de la **enfermería cardiológica preventiva como líder, coordinadora y elemento de cohesión en estos programas**. De cómo debe relacionarse con atención primaria y las asociaciones de pacientes. Para obtener estos ambiciosos objetivos nos apoyamos en un amplísimo bagaje bibliográfico internacional, **la práctica basada en la evidencia**.

La consecuencia de generar un marco tan definitorio de estos programas condujo al grupo de trabajo a promover un concepto novedoso a nivel mundial, **la categorización de los estándares de calidad de los Programas de Prevención y Rehabilitación Cardíaca**. Esta categorización de calidad se determinó en tres niveles asistenciales: básico, avanzado y excelente, en función de los ítems de calidad obtenidos en cada ámbito (recursos humanos, materiales y actividades). En relación a la categorización obtenida se establece el nivel que recomendamos de estratificación de riesgo cardiológico (bajo, moderado y alto) que debe y puede tratar cada programa. Con ello **se primará la seguridad del paciente y la administración del tratamiento de salud** de estos programas. Así mismo, se determinan las bases metodológicas para la correcta evaluación de estos programas.

Quiero terminar agradeciendo a cuantos han colaborado y apoyado este proyecto, ya que sin su dedicación desinteresada en tiempo y trabajo no podríamos haber finalizado con éxito este ambicioso proyecto.

Un saludo cordial

**Pascual García Hernández**  
Vocal de Prevención y Rehabilitación Cardíaca (2010-2014)  
Coordinador del proyecto RECABASIC  
Asociación Española de Enfermería Cardiológica

## ÍNDICE

Abreviaturas y acrónimos

Presentación

Introducción

Metodología

Áreas del proyecto

### I. Recursos materiales

- A. Estructura física
- B. Equipamiento médico
- C. Equipamiento de entrenamiento
- D. Elementos de eSalud
- E. Recursos materiales básicos o mínimos en un programa de prevención y rehabilitación cardiaca

### II. Recursos humanos

#### III. Perfil y competencias de enfermería en cardiología preventiva

- Liderazgo de enfermería
- Perfil profesional de enfermería en cardiología preventiva
- Competencias profesionales de enfermería en cardiología preventiva
  - El concepto de competencia
  - Componentes de las competencias
  - Proceso de las competencias
  - Clasificación de las competencias
  - La formación basada en competencias
  - Competencias de enfermería en cardiología preventiva
  - Papel de coordinación
  - Papel educador
  - Relación con enfermería comunitaria de enlace o gestora de casos

#### IV. Actividades de programas de prevención y rehabilitación cardiaca

- La seguridad en los Programas de Prevención y Rehabilitación Cardiaca
- Las catorce normas básicas de seguridad en programa de entrenamiento

#### Intervenciones de enfermería en los programas de prevención y rehabilitación cardiaca

1. Evaluación del paciente
2. Intervención nutricional
3. Control de peso
4. Control de lípidos
5. Control de hipertensión arterial
6. Deshabitación tabáquica
7. Control de diabetes
8. Intervención psicosocial
9. Consejo sobre actividad física habitual
10. Entrenamiento físico

#### Fases de los programas de prevención y rehabilitación cardiaca

##### Fase I

- Objetivos de la fase I
- Actividades de la fase I

##### Fase II

- Objetivos de la fase II
- Tipos de programas en fase II
- Actividades de la fase II
- Telemetría, carro de parada y desfibrilador, como elementos esenciales

##### Fase III

- Objetivos de la fase III
- Actividades de la fase III
- Recomendaciones para la fase III

#### La adherencia: factor determinante

- Recomendaciones de seguridad

#### Coordinación con los equipos de atención primaria

#### Continuidad de cuidados

#### Asociaciones o clubes de pacientes cardiacos

#### V. Determinación de las características del nivel básico de un programa de prevención y rehabilitación cardiaca

#### VI. Categorización o estratificación de los programas de prevención y rehabilitación cardiaca

#### VII. Evaluación de los programas de prevención y rehabilitación cardiaca

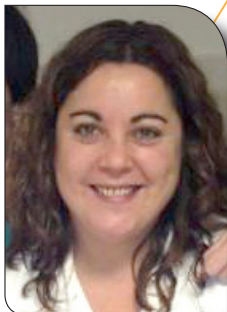
#### Bibliografía

- Abreviaturas de revistas científicas
- Referencias bibliográficas





# Candidaturas a la Junta Directiva



## Vicepresidencia

SILVIA PÉREZ ORTEGA  
Hospital Clínic. Barcelona



## Tesorería

MIRIAM QUINTANA GINER  
Hospital Clínico Universitario  
Virgen de la Arrixaca. Murcia



## Vocalía Hemodinámica

MARÍA LACUEVA ABAD  
Hospital de la Santa Creu y Sant Pablo.  
Barcelona



## Vocalía GT Europeo

JOSÉ MIGUEL RIVERA CARAVACA  
Hospital Clínico Universitario  
Virgen de la Arrixaca. Murcia



## Vocalía GT Cirugía Cardíaca

MANUEL LUQUE OLIVEROS  
Hospital Universitario  
Virgen de la Macarena. Sevilla



## Vocalía GT Insuficiencia Cardíaca

MERCÈ FARAUDO GARCÍA  
Hospital de Sant Joan Despí-Moisés Broggi.  
Barcelona



# NOTICIAS DE LA AEEC

Al cierre de la edición de esta revista se habrá celebrado los días 18 y 19 de abril el curso presencial en la Casa del corazón, «Actualización en procedimientos estructurales para Enfermería de Hemodinámica», dirigido por **Mónica Gómez**, vocal del grupo de trabajo de hemodinámica de la AEEC.

Por otro lado, los próximos días **8 y 9 de mayo** se celebrará en la Casa del corazón el curso presencial «Introducción a la Comunicación Científica», impartido por el **Dr. Manuel Amezcua**, profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada y director de la revista *Index* de Enfermería.

Todos los cursos están coordinados por el departamento de formación de la AEEC, que dirige **Francisco Javier García Aranda**. Puedes consultar todos los cursos disponibles en el Campus AEEC: <https://campusaeeec.com/>



o Durante el desarrollo del **38.º Congreso** Nacional de la AEEC en Barcelona:

- Se reunirán los **FOROS de los GRUPOS DE TRABAJO** el jueves 4 de mayo a las 13:30 horas. Durante el desarrollo de sus respectivos foros celebrarán **VOTACIONES PARA LA ELECCIÓN DE SU VOCAL** los siguientes grupos de trabajo (GT):
  - ✓ GT de Hemodinámica
  - ✓ GT de Cirugía cardiaca
  - ✓ GT de Insuficiencia cardiaca
  - ✓ GT Europeo
- Las **VOTACIONES PARA LA ELECCIÓN DE LA VICEPRESIDENCIA Y LA TESORERÍA** se celebrarán el viernes 5 de mayo de 9:00 a 11:30 horas mediante el sistema de urnas.
- La **ASAMBLEA GENERAL DE SOCIOS DE LA AEEC 2017** tendrá lugar el viernes 5 de mayo de 12:00 a 13.30 horas.

A tenor de lo dispuesto en el artículo 16 de los Estatutos de la AEEC, los miembros que no puedan asistir a la Asamblea General podrán emitir su voluntad sobre los asuntos sometidos a votación en el orden del día a través de la delegación de voto o el voto por correo:

## DELEGACIÓN DE VOTO:

- Se rellenará una papeleta por cada uno de los votos que se desea emitir.
- Carta emitida y firmada por el delegante, según modelo publicado en la web de la AEEC.
- Fotocopia del DNI.
- Estos documentos se entregarán en sobre cerrado por la persona delegada.

## NORMAS PARA LA EMISIÓN DEL VOTO POR CORREO:

- Se rellenará una papeleta, según modelo publicado en la web de la AEEC, en sobre cerrado por cada uno de los votos que se desea emitir.
- Fotocopia del DNI.
- Se remitirá a la sede de la AEEC por correo certificado, al menos cinco días antes del inicio del congreso.
- La **ENTREGA de los PREMIOS** a los mejores trabajos originales publicados en la REVISTA ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA en el año 2016 (año XXIII de la revista) tendrá lugar durante el acto de entrega de los premios del congreso el viernes 5 de mayo a las 18:15 horas.

o Se han elegido dos nuevos miembros del Comité Científico de la AEEC que desarrollarán su labor a partir del 38.º Congreso Nacional celebrado en Barcelona. Los nuevos miembros son Gemma Berga Congost y M<sup>a</sup> Faz Pujalte Aznar.

# SAVE THE DATE

IV Reunión. Estado del Arte en

# INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

## PRÁCTICA CLÍNICA Y MODELOS ORGANIZATIVOS



[www.cardioatrio.com](http://www.cardioatrio.com)

**Sede:** Salon de Actos (4º planta) del  
Complejo Hospitalario Universitario de  
A Coruña

**A CORUÑA** | 26-27 Mayo, 2017



Fotografías: Xacobe Melendrez Fassbender

**A CORUÑA, SPAIN** | 26<sup>th</sup>-27<sup>th</sup> May, 2017

IV Meeting. State of the Art in

# ADVANCED HEART FAILURE

## CLINICAL PRACTICE AND ORGANIZATIONAL MODELS

**Venue:** Conference Room (4<sup>th</sup> floor) of the  
University Hospital in A Coruña



**Xerencia de Xestión Integrada  
A Coruña**



**A Coruña  
Heart Failure  
Academy**

SECRETARÍA TÉCNICA:

**TRAMA**  
solutions

C/ Wenceslao Fernández Flórez 1 - 2º 15005 A Coruña - Tel. 981 902 113

[www.tramasolutions.com](http://www.tramasolutions.com) - [info@tramasolutions.com](mailto:info@tramasolutions.com)

- XIV REUNIÓN ANUAL DE LA SECCIÓN DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA SEC.  
1, 2 Y 3 DE JUNIO, VALLADOLID.



Los próximos días 1, 2, y 3 de junio se celebrará en Valladolid la XIV Reunión de la Sección de Insuficiencia Cardíaca de la SEC ([www.reunionicsec.com](http://www.reunionicsec.com)). Cada vez es más relevante el papel de la enfermera especializada en IC para el manejo de los pacientes con IC y esto se ve reflejado en el día a día de nuestro trabajo y en esta reunión científica en la junto con cardiólogos y otros especialistas vamos a compartir mesas redondas, talleres y sesiones de comunicaciones. Es una oportunidad única para poder dar visibilidad a nuestro trabajo de colaboración y multidisciplinar.

Un saludo cordial,

**Mercè Faraudo**

Vocal Grupo de Trabajo Insuficiencia Cardíaca AEEC

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

- XXVIII REUNIÓN ANUAL DE LA SECCIÓN DE HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA.  
8 Y 9 DE JUNIO, CÁDIZ.



Esta revista está incluida en los índices bibliográficos:

Enfermería

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

Medicina

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

Difusión Científica

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



# ENTREVISTA A FONDO: Dr. JOSEP BRUGADA TERRADELLAS

Entrevista realizada por Rafael Mesa Rico

**Josep Brugada Terradellas** nació en Banyoles (Girona). Se licenció en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona. Entre los años 1983 y 1987 fue miembro del servicio de cardiología del Hospital Saint Eloi en Montpellier, Francia, e investigador del laboratorio de fisiología cardiovascular de la Universidad de Montpellier. Obtuvo el título de especialista en cardiología por la Universidad de Montpellier en 1987. Entre los años 1988 y 1991 fue nombrado investigador de la Real Academia Holandesa de Artes y Ciencias, así como profesor del departamento de fisiología de la Universidad de Limburg, Maastricht, Holanda.

Dirigió la Sección de Arritmias, el Servicio de Cardiología, el Instituto del Tórax y finalmente fue director médico del Hospital Clínico de Barcelona. Actualmente dirige la Unidad de Arritmias Pediátricas del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona y la Unidad de Arritmias del Centro Cardiovascular Sant Jordi de Barcelona. Es profesor de medicina de la Universidad de Barcelona. Es miembro honorario de la Real Academia Nacional de Medicina.

En 1990 fue finalista del Premio de Investigación de la Sociedad Norteamericana de Electrofisiología y Estimulación (NASPE) en San Diego, California. En 1991 recibió el primer premio de investigación en cardiología del Colegio Americano de Cardiología (American College of Cardiology) en Atlanta. En 1999 recibió el premio «Fritz Ackher» de la Sociedad Alemana de Cardiología, el premio «Josep Trueta» de la Academia de Ciencias Mediques de Catalunya i Balears y el premio Rey Jaime I a la Investigación médica en el año 2015.

Ha sido Vicepresidente de la Sociedad Española de Cardiología y Presidente de la Sociedad Europea de Arritmias Cardíacas, miembro del Consejo Asesor de la Sociedad Norteamericana de Electrofisiología y Estimulación, y miembro del comité de Investigación y Entrenamiento de la Sociedad Europea de Cardiología.

Ha publicado más de 500 artículos originales en revistas internacionales, incluyendo revistas como Nature, The Lancet, The New England Journal of Medicine, Circulation, Journal of the American College of Cardiology y American Journal of Cardiology entre otras.

La muerte súbita empezó a cobrar cada vez más importancia en su vida, y con ella el «síndrome de Brugada». Un día atendió a una familia italiana de nueve miembros con una alteración en el electrocardiograma parecida a la que, años atrás había visto su hermano Pere. Enviaron una muestra de sangre de cada uno de los miembros al otro hermano Ramón, que entonces se encontraba en Estados Unidos investigando en el campo de la genética cardiovascular para que las analizara. Se encontró la primera mutación genética que explicaba el «síndrome de Brugada». En ese momento esta alteración congénita empezó a conocerse con su apellido.

Por otro lado, presta sus servicios como director del programa de control cardiológico de todos los equipos del Barça.

Desde la Fundación Brugada trabaja para promover la salud cardiovascular desde diferentes ámbitos con el objetivo de contribuir a la divulgación de los riesgos de muerte súbita en la población.

Ha colaborado desde el Hospital Clínico de Barcelona con la organización del 38º Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, «**Barcelona Corazón Mediterráneo**».

**Su trayectoria como cardiólogo ha sido muy dilatada y fructífera a lo largo de todos estos años, pero ¿por qué se dedicó al mundo de la medicina y eligió como especialidad la cardiología?**

La cardiología es una especialidad muy viva que te permite afrontar la medicina desde distintos ángulos. Puedes hacer cardiología clínica no invasiva o invasiva,

interviniendo trastornos del corazón a través de catéteres o puedes hacer imagen cardíaca, etc. Esto significa poder elegir entre muchas formas de practicar la medicina y esto era especialmente atractivo para mí.

**Dentro de la cardiología, su especialización se ha centrado fundamentalmente en las arritmias, la**



## **cardiología infantil, la muerte súbita y la cardiología deportiva, ¿qué le llevó a dedicarse a este tipo de pacientes?**

La electrofisiología y las arritmias son un campo apasionante, en el que cuando yo me formé se estaban describiendo las distintas enfermedades. Era impresionante la cantidad de información que éramos capaces de producir en ese momento. Esto era muy atractivo y apasionante. Igualmente empezamos a conocer nuevas informaciones sobre la muerte súbita, las distintas arritmias, etc., y esto hizo que me volcara en esta especialidad en la que he podido participar en primera persona en muchos de los avances recientes realizados. La cardiología y las arritmias pediátricas, así como la cardiología deportiva han ido desarrollándose en paralelo a los avances generales de la electrofisiología y son campos que

siempre me han atraído. Los niños fueron inicialmente mi reto y, poco a poco hemos ido construyendo el servicio de referencia para todo el país.

### **Usted es el descubridor del «Síndrome de Brugada». ¿Qué debe conocer la enfermera de cardiología del síndrome? ¿Cómo actuar? ¿Qué supuso para usted y sus colaboradores dicho descubrimiento?**

El «síndrome de Brugada» fue inicialmente descrito junto a mi hermano Pedro. Posteriormente Ramón como se ha explicado hizo la genética. El «síndrome de Brugada» es una enfermedad hereditaria que afecta a los canales eléctricos del corazón y provoca que la actividad eléctrica no sea la correcta. Esto puede, en algunos casos, provocar la aparición de arritmias ventriculares a veces malignas que pueden finalizar en la muerte súbita del paciente. El electrocardiograma es el elemento fundamental para hacer el diagnóstico, ya que presenta unas alteraciones características que permiten que se reconozcan los pacientes con riesgo de sufrir la muerte súbita. En caso de descubrir un posible «síndrome de Brugada» a través del ECG, hay que enviar este paciente a un cardiólogo especialista para que haga las pruebas correspondientes y así poder hacer la valoración del riesgo.

Este descubrimiento significó una gran satisfacción, al haber podido dejar para la posteridad una enfermedad no conocida hasta ese momento. Esperamos que este descubrimiento haya podido ayudar a salvar a muchos pacientes, que si no se hubieran reconocido, posiblemente algunos de ellos habrían fallecido.



Josep Brugada Terradellas.

### **En su faceta como cardiólogo deportivo, ¿cómo ve que cada vez haya más dedicación al deporte aficionado y al *running*? ¿Qué controles debería realizarse una persona que se inicia en este tipo de práctica?**

El deporte es sano, siempre que se practique de forma segura y haciendo todos los controles que se requieren para estar seguros de que el corazón del deportista va a aguantar el esfuerzo que se le exige. Desgraciadamente no siempre es así en muchos casos de corredores que nunca han hecho un control adecuado. Los controles estándares incluyen una historia clínica personal y familiar, una exploración física básica y un electrocardiograma. Esto debería ser obligatorio a todos los deportistas federados. Nosotros, además, aconsejamos que en caso de deportistas semi o profesionales o de deportistas de resistencia se haga de forma regular un ecocardiograma y una prueba de esfuerzo.

### **Dentro del equipo de cardiología, ¿cómo ve su relación con los profesionales de enfermería? ¿Qué papel, en su opinión, tienen los profesionales de enfermería dentro de su equipo en la unidad de arritmias?**

Para mí la enfermería ha sido una pieza absolutamente fundamental en mi equipo. He tenido la suerte de rodearme de profesionales excelentes, muy motivados, con ganas de aprender, hacer cosas nuevas y participar de todas las novedades, decisiones, etc. Esto es fundamental en un equipo de arritmias. La enfermera experta es muy necesaria en una unidad de arritmias. La enfermería lleva

la consulta de dispositivos, marcapasos, desfibriladores, resincronizadores, etc. La enfermería es básica en la sala donde se realizan procedimientos muy complejos, que requieren de un gran conocimiento de las complicaciones posibles, y su ayuda inmediata es fundamental para que en estos casos se puedan minimizar las secuelas. Igualmente la enfermería participa de forma activa en todos los proyectos de investigación. El cumplimiento de los protocolos es fundamental en una unidad de arritmias y la enfermería está especialmente capacitada para hacerlo de forma efectiva y sistemática, lo cual le añade mucho valor al trabajo hecho.

**La investigación es uno de los pilares fundamentales para que los pacientes cardiológicos se beneficien de los últimos avances que hagan mejorar su calidad de vida, ¿qué líneas de colaboración en investigación se podrían establecer con la enfermería para que estos pacientes obtengan el máximo aprovechamiento en cuanto a cuidados y tratamientos?**

Hay muchas líneas posibles y siempre hemos procurado que en nuestra unidad la enfermería estuviera siempre vinculada a todos los proyectos y los hiciera propios. Desde el seguimiento remoto de los dispositivos, el control de calidad de todos los procedimientos invasivos, la asistencia al paciente durante los procedimientos, los protocolos de analgesia y anestesia.

**Según su experiencia con enfermería a lo largo de estos años, ¿cree necesaria una formación especializada de enfermería en cardiología reconocida por las autoridades sanitarias y educativas?**

Sin duda la enfermería se irá especializando cada vez más y será necesario reconocer esta especialización. Debemos salir ya del concepto que todo el mundo puede hacer de todo. Si queremos un servicio de mucha calidad, muy sofisticado, es absolutamente imprescindible una enfermería muy bien formada, dedicada y con conocimiento muy especializado. La unidad de arritmias, los procedimientos y el seguimiento de los pacientes es extremadamente complejo, por lo que se requiere gente muy bien formada y muy dedicada a este objetivo.

**Usted ha desarrollado una parte importante de su actividad profesional en países como Francia, Holanda o Estados Unidos, ¿a qué nivel se encuentra la cardiología española con respecto a los países más avanzados de nuestro entorno?**

Nuestra cardiología tiene poco o nada que envidiar a las mejores del mundo. Es verdad que la organización puede ser mejor en otros lugares, sobre todo con más personal auxiliar, técnico y administrativo que facilitan la labor asistencial de médicos y enfermeras, permitiendo que se puedan dedicar de forma exclusiva a la asistencia,

docencia e investigación y no tener que perder tiempo en tareas propias de otros colectivos. Aparte de esta diferencia, la capacidad, el conocimiento, la dedicación es absolutamente comparable sino superior. No es ningún secreto que la enfermería de nuestro país está en lo más alto del prestigio en Europa y que en muchos países se pelean por tener enfermería formada en nuestro país.

**Desde la Fundación Brugada se ha dedicado al tratamiento de las arritmias, realizando ablaciones sobre todo a niños de algunos países africanos, ¿cómo ha sido su experiencia con ellos? ¿En qué proyectos se encuentra trabajando actualmente en la Fundación?**

La Fundación tiene proyectos muy ambiciosos para avanzar en el conocimiento de la muerte súbita y las arritmias mediante la investigación, la docencia, la concienciación y el soporte a las familias que han sufrido una muerte súbita. Igualmente la Fundación intenta promover el concepto de ciudades cardioprotégidas mediante la instalación de desfibriladores de uso público. Finalmente, la Fundación se dedica a apoyar la medicina solidaria con aquellos que no tienen la suerte de tener un sistema sanitario como el nuestro. Yo mismo viajo cada dos/tres meses a África para operar a niños con arritmias cardíacas. Actualmente estoy colaborando con la Fundación Magdi Yacoub en Aswan, Egipto y con la Fundação del Coração en Maises, Mozambique. En cada viaje intentamos tratar al mayor número posible de niños y solucionar de forma definitiva su problema de taquicardia.

## Desde lo personal

**Ciudad:** Barcelona, Río de Janeiro y ahora sin duda San Francisco, porque allí viven mis dos nietas.

**Aficiones:** Fútbol y la pesca con mosca.

**Lectura:** Novela.

**Grupo musical:** Beatles, Silvia Pérez Cruz y Pau Brugada.

**Película:** Mejor imposible.

**Deporte:** Bici de montaña.

**Vacaciones:** Playa y sobretodo no viajar (ya viajo suficiente durante el año).

**Una pasión:** El Barça.

**Un miedo:** Perder a alguien querido antes de tiempo.

**Un recuerdo inolvidable:** El nacimiento de mis hijos.

**Qué echa de menos:** Tiempo libre.

**Qué le pediría al futuro:** Un mundo más feliz y tranquilo.

**Qué le preocupa de la actualidad mundial o nacional:** Los políticos mediocres, la falta de liderazgo humanista, la pérdida de valores.

## Josep Brugada Terradellas

Jefe de la Sección de Arritmias del Hospital Sant Joan de Déu y de la Clínica del Pilar de Barcelona

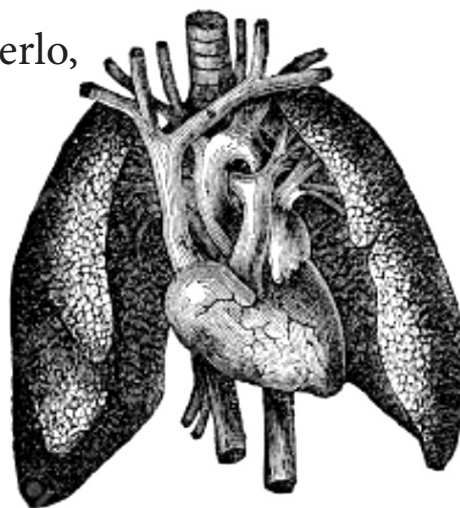
Profesor de Medicina de la Universidad de Barcelona

## LOS CONSULTORIOS SENTIMENTALES

O

### ***APOLOGÍA DE DOÑA ELENA FRANCIS***

Al filo de las ocho cuando, al caer, la tarde  
es un feroz piar de gorriones  
y a lo lejos se ven parpadear  
las luces de las casas de la gente feliz,  
solíamos oír («*Tengo cincuenta años  
y me pretende un enano, ¿qué debo hacer?*»  
o «*Confíe Vd. en Díos, amiga mía,  
piense que ningún hombre  
es digno de sus lágrimas.*») aquella sabia voz  
de anacoreta ducha  
en las penas y glorias del querer.  
Al principio era un lujo  
de mentes refinadas, luego el más inquietante  
grillo de la conciencia.  
Y envidiábamos mucho, sin saberlo,  
esa sinceridad de **corazón**  
que no tuvimos nunca.



Guillermo Carnero

El poema pertenece a la plaquette  
*Barcelona, mon amour*



# 38

## CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA Barcelona Corazón Mediterráneo



3-5 DE MAYO DE 2017 BARCELONA  
Universidad de Barcelona (Edificio Histórico)  
[www.enfermeriaencardiologia.com](http://www.enfermeriaencardiologia.com)

### Miércoles 3 de mayo

16.00 - 20.00

#### CURSOS DE FORMACIÓN

- Punción guiada por eco y ecocardiografía básica.
- Bebidas fermentadas: La cerveza y la levadura de cerveza tienen beneficios para la salud.
- Búsqueda bibliográfica y bases de datos en Ciencias de la Salud.
- Papel y competencias de la enfermería en los programas de prevención y rehabilitación cardiaca.

20.00

#### INAUGURACIÓN OFICIAL DEL CONGRESO

20.30

*Cóctel de Bienvenida*

### Jueves 4 de mayo

09.00 - 10.00

#### COMUNICACIONES LIBRES

10.00 - 11.00

#### CONFERENCIA INAUGURAL

11.00 - 11.30

*Pausa - café*

11.00 - 13.30

#### SESIÓN E-PÓSTER

11.30 - 12.30

#### COMUNICACIONES LIBRES

12.30 - 13.30

#### COMUNICACIONES LIBRES Y PÓSTER FÓRUM

13.30 - 14.00

#### FORO DE GRUPOS DE TRABAJO

14.00 - 16.00

*Almuerzo de trabajo*

16.00 - 17.30

#### MESA REDONDA

Enfer-Cardio-Actualidad: Implicación de enfermería en los nuevos tratamientos invasivos en cardiología.

Concurso de casos clínicos.

17.30 - 18.30

#### CASOS CLÍNICOS

### Viernes 5 de mayo

09.00 - 10.00

#### COMUNICACIONES LIBRES

10.00 - 11.30

#### MESA REDONDA

Humanización de los cuidados: paciente, familia y profesionales.

11.30 - 12.00

*Pausa-café*

12.00 - 13.30

#### ASAMBLEA GENERAL DE LA AECC

14.00 - 16.00

*Almuerzo de trabajo*

16.00 - 17.30

#### MESA REDONDA

Importancia de la adherencia terapéutica en las unidades de Insuficiencia Cardíaca.

17.30 - 18.15

#### CONFERENCIA DE CLAUSURA

18.15

#### ACTO DE CLAUSURA

21.00

*Cena de clausura*



# 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 P<sup>1</sup>; Badosa Marce N<sup>1</sup>; Linàs Alonso A<sup>1</sup>; Ivern Díaz C<sup>1</sup>; Ruiz Rodríguez P<sup>1</sup>; Martínez Medina F<sup>1</sup>; Comín Colet J<sup>2</sup>; Pardo Cladellas Y<sup>3</sup>.

**Hospital del Mar. Barcelona<sup>1</sup>; Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona<sup>2</sup>; Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas. Barcelona<sup>3</sup>.**

### 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 MC<sup>1</sup>; Reino Maceiras MV<sup>1</sup>; González Salvado V<sup>1</sup>; Peña Gil C<sup>1</sup>; Prada-Ramallal G<sup>2</sup>.

**Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela<sup>1</sup>; Instituto de Investigación Sanitaria (IDIS). Santiago de Compostela<sup>2</sup>.**

**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.

#### **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.

## **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.**

## **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 M<sup>1</sup>; Benito Alfonso M<sup>1</sup>; Alconero Camarero AR<sup>2</sup>; Fradejas Sastre V<sup>1</sup>; Fernández Peña E<sup>1</sup>.

**Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander<sup>1</sup>;**

**Escuela Universitaria de Enfermería de Cantabria<sup>2</sup>.**

## 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 M<sup>1</sup>; Sainz González M<sup>1</sup>; Alconero Camarero AR<sup>2</sup>; Fradejas Sastre V<sup>1</sup>; Fernández Peña E<sup>1</sup>.

**Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander<sup>1</sup>;**  
**Escuela Universitaria de Enfermería de Cantabria<sup>2</sup>.**

## 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; Torreira 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  $241 \pm 138$  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 MA<sup>1</sup>; Martínez Castellanos T<sup>1</sup>; Fernández González A<sup>1</sup>; Castillo Martín JI<sup>2</sup>; Abeytua Jiménez M<sup>1</sup>; Torres Álvarez C<sup>1</sup>; Ubeda Tikkanen A<sup>1</sup>; Fernández Avilés FJ<sup>1</sup>.

**Hospital Gregorio Marañón. Madrid<sup>1</sup>; Hospital 12 de Octubre. Madrid<sup>2</sup>.**

### 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 E<sup>1</sup>; Palacios Pérez MA<sup>2</sup>; Domínguez Paniagua J<sup>1</sup>; Delgado Sánchez P<sup>1</sup>; Molina Alameda L<sup>3</sup>; Casasola Gutiérrez T<sup>4</sup>; Guerra Polo JM<sup>1</sup>; Campuzano Ruiz R<sup>1</sup>; López Navas MJ<sup>1</sup>; Botas Rodríguez J<sup>1</sup>.

**Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid<sup>1</sup>; C.S.**

**La Rivota. Madrid<sup>2</sup>; C.S. Ramón y Cajal. Madrid<sup>3</sup>; C.S.**

**Miguel Servet. Madrid<sup>4</sup>.**

### 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 Cardíaca (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 cardíaca 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 F<sup>1</sup>; Vecina Oliver A<sup>2</sup>; Andrés Salinas M J<sup>1</sup>; García Valls M<sup>2</sup>; López Sánchez M C<sup>1</sup>; Jiménez Zamorano N<sup>2</sup>; Sirvent Fernández S<sup>1</sup>; Zamorano Lluesma M<sup>2</sup>; González Calle D<sup>1</sup>.

**Complejo Asistencial Universitario de Salamanca<sup>1</sup>;**

**Consorcio Hospital General Universitario de Valencia<sup>2</sup>.**

### **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 les 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*, *Sciondirect*, *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 R<sup>1</sup>; Casbas Ferrarons J<sup>2</sup>; Ruiz Rodríguez JC<sup>1</sup>; Sánchez González B<sup>3</sup>; Molina Latorre R<sup>4</sup>; Nuvials Casals F<sup>1</sup>; Burgueño Campiñez MJ<sup>5</sup>; Riveiro Vilaboa M<sup>1</sup>.

**Hospital Universitari Vall d'Hebrón<sup>1</sup>; Hospital Del Mar<sup>2</sup>; Hospital Universitari Mútua Terrassa<sup>3</sup>; SCIAS - Hospital De Barcelona<sup>4</sup>; Hospital Parc Taulí<sup>5</sup>. Grupo de Trabajo de Soporte Vital y Resucitación de la Sociedad Catalana de Medicina Intensiva. SOCMIC. Barcelona; Grupo de estudio AGSUVIT-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<br>Núm.hospitales (%) | Auxiliares Enfermería<br>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±14años.

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.

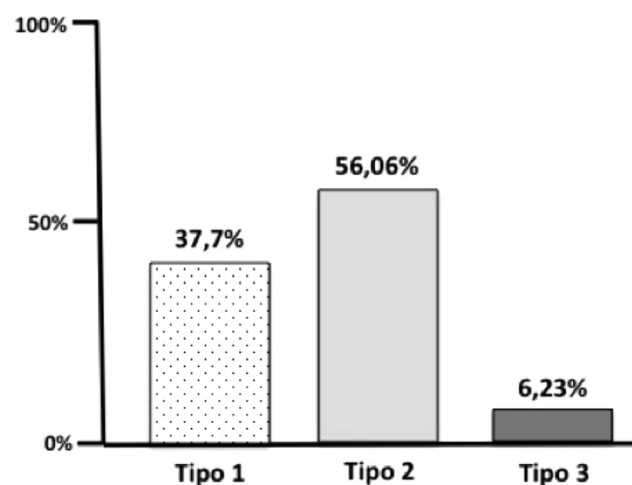
## RESULTADOS

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 M<sup>1</sup>; Sánchez-Matamoros Martín MD<sup>2</sup>.  
**Hospital Universitario Virgen Macarena. Universidad de Sevilla<sup>1</sup>; Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla<sup>2</sup>.**

## 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): GI:12,3 / GC:12,1. Htc (%): GI:39 / GC:36. Periodo intraoperatorio: Hb (gr/Dl): GI:10,2 / GC:9,8. Htc (%):GI: 30 / GC:28. Periodo postoperatorio: Hb (gr/Dl): GI: 10,4 / GC:6,3. Htc (%): GI: 31,1 / GC: 22,8. Hemorragias (%): GI: 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.

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 ( $124,87 \pm 37$  vs  $73,81 \pm 22$ ), 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

### 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 ( $63 \pm 14$  vs  $67 \pm 12$ ) y presentaban un euro score de ( $2,45$  vs

## 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 M<sup>1</sup>; Sánchez-Matamoros Martín MD<sup>2</sup>; Luque Oliveros M<sup>2</sup>.

**Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo<sup>1</sup>; Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla<sup>2</sup>.**

## 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 MA<sup>1</sup>; Sánchez-Matamoros Martín MD<sup>2</sup>; Luque Oliveros M<sup>2</sup>.

**Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo<sup>1</sup>; Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla<sup>2</sup>.**

### 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 cardíaca, 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 M<sup>1</sup>; Sánchez-Matamoros Martín MD<sup>2</sup>.  
**Hospital Universitario Virgen Macarena. Universidad de Sevilla<sup>1</sup>; Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla<sup>2</sup>.**

## 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 10<sup>3</sup>/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.

## DESCRIPCION 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*<sup>®</sup> 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, recogiéndose 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 M<sup>1</sup>; Romero Pastor M<sup>2</sup>; Martínez Momblan MA<sup>3</sup>; Mariné Méndez A<sup>2</sup>; Ramírez De Diego I<sup>2</sup>; Oms Oller R<sup>2</sup>; Vega Castosa M<sup>2</sup>; Torres Quintana A<sup>1</sup>; Ferré Grau C<sup>4</sup>; Lleixà Fortuño M<sup>5</sup>.

**Escola Universitaria Infermeria Sant Pau. Barcelona<sup>1</sup>; Hospital de La Santa Creu I Sant Pau. Barcelona<sup>2</sup>; Universidad de Barcelona<sup>3</sup>; Universitat Rovira I Virgili<sup>4</sup>; Universitat Rovira i Virgili. Tarragona<sup>5</sup>.**

### 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.



## AFECCIÓN 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  $67 \pm 13$ , 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 cardiaco, 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.

## REFLEXIÓN

El BIACP es con diferencia el dispositivo de asistencia ventricular más usado, pero no debemos olvidar que su uso conlleva unas complicaciones potenciales muy importantes, las cuales debemos tener en cuenta a la hora de aplicar los cuidados de enfermería. En este caso nuestro trabajo de vigilancia en la aparición de dichas complicaciones, así como el apoyo emocional a la paciente y a su entorno son la clave para lograr que una hospitalización prolongada sea lo más llevadera posible.

## SE PRESENTA A PREMIO

### DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE DURANTE EL INICIO DEL SEGUIMIENTO AMBULATORIO EN PACIENTE CON TRASPLANTE CARDIACO

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

**Autores:** Riveiro Rodríguez C M; Rodríguez Rodríguez G; Couto Mallón D; Barge Caballero G; Barge Caballero E; Paniagua Martín MJ; Grille Cancela Z; Blanco Canosa P; Rodríguez Longueira S; Crespo Leiro MG.

**Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.**

## INTRODUCCIÓN

El trasplante cardiaco (TC) es el tratamiento de elección de la insuficiencia cardiaca terminal, con supervivencia en torno al 80% al año y superior al 50% a los diez años. El objetivo que nos planteamos es el aprendizaje y desarrollo de habilidades por parte de paciente y familia en el manejo del TC. Se realizó búsqueda bibliográfica en las principales revistas de enfermería, ROL, METAS y Enfermería en Cardiología.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 69 años, diagnosticado de miocardiopatía dilatada, en seguimiento en consulta de Insuficiencia Cardiaca Avanzada desde 2010. TC en mayo 2016 en urgencia 1. Vive en medio rural, sabe leer y escribir, buen soporte social y familiar. Previo al TC no se pudo realizar intervención educativa debido a que éste se realizó como consecuencia de la evolución desfavorable durante ingreso en UCI. Alta once días tras TC, como factores de riesgo presenta dislipemia, DM e hipertensión arterial. Siguiendo el modelo de Virginia Henderson, muestra dependencia en

la necesidad de aprendizaje. Se realizó un plan de cuidados individualizado NANDA-NIC-NOC, resultados cuantificados mediante escala tipo *Likert*.

## DIAGNÓSTICOS PRIORIZADOS

1- «Gestión ineficaz de la propia salud» (00078) R/C conocimientos deficientes (TC, complicaciones, medidas preventivas y tratamiento), inseguridad, ansiedad y miedo. NOC: «Conocimiento del régimen terapéutico». NIC: «Manejo inefectivo del régimen terapéutico». 2- «Afrontamiento familiar comprometido» (00074). Complicaciones potenciales: mal control DM e infección.

## DISCUSIÓN

Tras seis meses de seguimiento, la complejidad del tratamiento, frecuentes ajustes de inmunosupresores, la presión del autocuidado y la situación de estrés, se retrasó la obtención del resultado esperado. Resaltamos que paciente y familia constituyeron una unidad a la hora de realizar nuestras intervenciones. Creemos que la educación hubiese sido más eficaz incluyendo las sesiones que hacemos previas al TC, porque la información estaría más dosificada.

### COMPLICACIÓN EXCEPCIONAL TRAS EL IMPLANTE DE UN DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR TIPO HEARTWARE®

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

**Autores:** Sánchez Pablo MR; Fraile Villar MI; Pastor Ibáñez S; Zorzona López R; Soriano Martín AI; De Dios Pérez MP; Casado Dones MJ; Olmo Benítez M; Sanz Reina N; Monedero Sánchez M.

**Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.**

## INTRODUCCIÓN

La implantación de una asistencia ventricular izquierda puede conllevar complicaciones esperables como otras más inusuales. Al abdomen del paciente aboca un cable con el que tendrá que convivir, alterándole su imagen corporal. Además su cuerpo puede rechazar de manera natural el dispositivo.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 65 años al que se le implantó una asistencia ventricular tipo *Heartware*®. En una de las revisiones

tras el alta se objetiva zona enrojecida, sobre cicatriz de toracotomía, con salida de material purulento. El paciente estuvo afebril durante todo el proceso. En las pruebas de imagen se objetivaba colección alrededor de la asistencia. Sin identificarse ningún microorganismo en los diferentes cultivos realizados.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Siguiendo la metodología enfermera desarrollamos el siguiente plan de cuidados.

1.- Deterioro de la integridad cutánea. Con los resultados: integridad tisular: piel y membranas mucosas. Y los indicadores: integridad de la piel. Intervención: cuidados del sitio de incisión. Vigilancia de la piel. Control de infecciones. 2.- Disposición para mejorar el autocuidado. Con los resultados: autocontrol: enfermedad cardiaca. Y los indicadores: participa en las decisiones de los cuidados sanitarios. Participa en el ejercicio recomendado. Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito. Intervención: enseñanza: proceso de enfermedad. Mejora de la autoconfianza. 3.- Trastorno de la imagen corporal. Con los resultados: imagen corporal. Y los indicadores: descripción de la parte corporal afectada. Adaptación a cambios en el aspecto físico. Adaptación a cambios corporales por cirugía. Intervención: apoyo emocional.

#### REFLEXIÓN

Se siguen revisiones quincenales. Abandonando el tratamiento antibiótico al constatar que todos los cultivos realizados fueron negativos. La herida se cerró con las curas que se realizaban en el hospital de día como en el domicilio por un familiar que fue instruido. El paciente y la familia obtuvieron el apoyo necesario para convivir con el dispositivo.

## EMBOIZACIÓN PERCUTÁNEA DE FÍSTULA DE ARTERIA MAMARIA IZQUIERDA A ARTERIA PULMONAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO

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

**Autores:** Sanclemente Giménez S; Guia Rambla V; Giménez Lalaguna MI; Abadía Piquero V.

**Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.**

#### INTRODUCCIÓN

Las fístulas entre arteria mamaria interna y arteria

pulmonar son anomalías vasculares infrecuentes, siendo aún menos frecuentes las de etiología congénita. La gran mayoría de estos pacientes se encuentran asintomáticos y son diagnosticados tras un estudio completo (técnicas de imagen, angiografía) después del hallazgo de un soplo en un examen médico. Dada la posibilidad de sobrecarga circulatoria y endocarditis, podría estar indicado su cierre.

La embolización percutánea mediante dispositivos tipo coils de liberación controlada, sería una opción de tratamiento para la obliteración de estas fístulas. Objetivo: elaborar un plan de cuidados individualizado durante el procedimiento intervencionista que garantice la seguridad y calidad asistencial.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 10 años, remitido a la Unidad de Cardiología Pediátrica para estudio de soplo cardiaco. Se realizan pruebas diagnósticas complementarias: ecocardiograma (impresión diagnóstica de fístula coronaria), ergometría y técnicas de imagen: tomografía y AngioResonancia Magnética Cardiaca. Evidenciándose fístula de arteria mamaria izquierda a arteria pulmonar. Se realizó cateterismo cardiaco terapéutico con embolización de fístula con coil.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Durante su estancia en la sala de hemodinámica se elaboró un plan de cuidados según el modelo bifocal de L. Carpenito, utilizando la taxonomía NANDA-NIC-NOC. Se realizó la valoración utilizando los patrones funcionales de M. Gordon, identificándose diagnósticos y problemas de colaboración. Destacando como diagnóstico prioritario 00146 Ansiedad, y como resultado 1301 Adaptación del niño a la hospitalización. Siendo indicadores de resultados relevantes: 130102 Ansiedad por la separación, 130118 Cooperación en los procedimientos. Intervenciones: 5340 Presencia, 5900 Distracción.

#### REFLEXIÓN

La aplicación de metodología enfermera proporciona calidad y seguridad a los cuidados enfermeros, permite establecer intervenciones para detectar complicaciones y ofrece indicadores para medir los resultados. Las fístulas entre arteria mamaria y arteria pulmonar pueden ser ocluidas eficazmente de forma percutánea mediante la liberación de dispositivos tipo coils.

## TRATAMIENTO PERCUTÁNEO COARTACIÓN AÓRTICA EN UN ADOLESCENTE. ENFERMERÍA COMO NEXO ENTRE PACIENTE, FAMILIA Y EQUIPO

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

**Autores:** Benito Alfonso M<sup>1</sup>; Sainz González M<sup>1</sup>; Alconero Camarero AR<sup>2</sup>; Fradejas Sastre V<sup>1</sup>; Fernández Peña E<sup>1</sup>.

**Hospital Universitario Marqués De Valdecilla. Santander<sup>1</sup>;  
Escuela Universitaria de Enfermería de Cantabria<sup>2</sup>.**

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La coartación aórtica supone la octava malformación congénita más frecuente en varones. La opción terapéutica percutánea mediante la implantación de *stent*, se ha desarrollado con buenos resultados. Objetivo: Identificar las necesidades de salud. Establecer un plan estándar de cuidados para resolver las necesidades del paciente sometido a dilatación percutánea con *stent* en la coartación aórtica en la unidad de hemodinámica.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 16 años programado con diagnóstico de coartación aórtica con gradiente severo. Antecedentes: hipertensión y cefalea. No alergias. Peso 56 kilogramos. A su llegada, cifras de tensión arterial elevadas 160/88 mmHg, 92lpm. Afebril. Acompañado por su madre, ambos de origen Moldavo, comprenden y hablan español. La madre dice «tengo miedo de que algo no salga bien. Me preocupa que no despierte de la anestesia». Nos demandó también información sobre el procedimiento. El hijo nervioso, excitado y colaborador.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Valoración focalizada pre, durante y post procedimiento. Complicaciones potenciales basadas en una perspectiva bifocal: aneurisma, disección de aorta, migración del *stent*, accidente cerebro vascular y lesión del acceso arterial. Los diagnósticos enfermeros (NANDA) en el paciente: ansiedad r/c conocimientos deficientes (00146) y en el familiar temor (00148) y conocimientos deficientes: procedimiento (00126). Los criterios de resultados NOC y puntuación diana de resultados (1-4) y las intervenciones NIC.

### REFLEXIONES

Procedimiento sin complicaciones inmediatas. Trasladado a críticos según protocolo. Realizar una comunicación efectiva, mantener contacto y apoyo emocional durante su estancia en la unidad de hemodinámica, nos permite disminuir la ansiedad

del paciente y la familia, acrecentada cuando son menores, añadiendo en este caso, la posible barrera cultural. El tratamiento percutáneo, supone una alternativa efectiva y menos traumática respecto la opción quirúrgica. Se reafirma el empoderamiento de la enfermera de hemodinámica como enlace paciente, familia y equipo.

## SE PRESENTA A PREMIO

## MANEJO ENFERMERO DE UN SÍNDROME COMPARTIMENTAL DEL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO SECUNDARIO A CATETERISMO CARDIACO

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

**Autores:** Sánchez Bustelo A; Suárez Bardón I.

**Hospital de León.**

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Paciente de 84 años de edad con mastectomía radical derecha, con diagnóstico de angina inestable I B, la cual es programada para la realización de una angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP). Se le practica dicha ACTP por arteria radial derecha, tras la cual se produce un síndrome compartimental practicándole una fasciotomía con reparación de arteria radial y cubital. Objetivos: aplicación del proceso TIME. Recuperación de la integridad de la piel y mucosas. Minimizar el dolor.

### METODOLOGÍA

Se presenta un caso de una paciente con una herida de difícil curación y la terapia establecida en para conseguir como resultado la completa cicatrización. Se eligió el siguiente NOC 1103: curación de la herida por segunda intención, siendo nuestro indicador la formación de cicatriz. Para el cual seleccionamos las siguientes intervenciones: NIC 3660: cuidados de las heridas. NIC 3590: vigilancia de la piel. NIC 4070: precauciones circulatorias.

La administración de las diversas terapias se ha establecido según la evolución y fases de cicatrización de la herida siempre siguiendo el proceso TIME: T: control del tejido no viable: Se estimuló el desbridamiento autolítico con gel acuoso de NaCl al 0,9%. I: control de la inflamación y de la infección: Se realiza frotis con hisopo para cultivo con resultado negativo. Limpieza



de la herida con fomentos de betadine y polihexanida. Aplicación de apósito hidrofibra de hidrocoloide con plata. M: control del exudado: Se aplica apósito de alginato y espuma siliconada. E: estimulación de los bordes epiteliales: Se utilizó apósito de colágeno en polvo.

### CONCLUSIONES

Tras la realización de la valoración por parte de enfermería, aplicando los criterios NANDA-NIC-NOC, y siempre siguiendo los principios de la cura en ambiente húmedo se obtuvo la completa cicatrización tras 58 días de tratamiento.



## SE PRESENTA A PREMIO

### DIFICULTADES EN EL MANEJO DE UN PACIENTE TRASPLANTADO CARDIACO ANTE UN AFRONTAMIENTO INEFICAZ DE SU PROPIA SALUD

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

**Autores:** Rodríguez Rodríguez G; Rodríguez Longueira S; Riveiro Rodríguez CM; Vilariño López P; Ramil Pernas H.

**Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.**

### INTRODUCCIÓN

El trasplante cardiaco es el tratamiento de elección en la insuficiencia cardiaca terminal, por aumentar significativamente la supervivencia la reincorporación laboral y la calidad de vida. El aprendizaje es complejo y necesario para generar habilidades que faciliten una adaptación de por vida. Algunos pacientes tienen dificultad en el manejo de esta información, provocándoles situaciones de estrés. El objetivo de este trabajo fue la adaptación y manejo de la nueva situación de salud por parte del paciente y familia.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 61 años, diagnosticado de insuficiencia cardiaca crónica. Trasplantado en contexto de urgencia 1 tras ser trasladado desde otro hospital. No se hizo preparación previa desde la consulta de enfermería cardiaca. Sabe leer y escribir. Buen soporte familiar.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

La valoración se realizó siguiendo el modelo de Virginia Henderson. Muestra dependencia en la necesidad de descanso, evitar peligros y recrearse. Se realizó un plan de cuidados individualizado NANDA-NIC-NOC. Como diagnóstico principal: Afrontamiento ineficaz R/C sentido de control insuficiente m/p incapacidad para manejar la situación, dificultad para organizar la información. NOC: Nivel de ansiedad; Nivel de estrés; Apoyo familiar durante el tratamiento. NIC: Consulta por teléfono; Seguimiento telefónico; Escucha activa; Mejorar el afrontamiento; Disminución de la ansiedad; Reestructuración cognitiva; Apoyo a la familia; Intercambio de información de cuidados de salud. Otros diagnósticos que tratamos fueron Insomnio y Deterioro de la interacción social. Como problemas interdisciplinarios: Rechazo e Infección.

### REFLEXIONES

Tras dos meses de seguimiento el paciente aún no alcanzó los objetivos marcados. Resultados que concuerdan con estudios publicados sobre trastornos del ánimo en pacientes trasplantados. Estos síntomas son comunes los primeros años post trasplante. Tras un periodo inicial activo, empieza un decaimiento anímico que puede extenderse en el tiempo. Es un proceso lento, en el cual destacamos la importancia del seguimiento constante, el trabajo multidisciplinar y la preparación previa al proceso.

## Mesa XI.- Sala B. CASOS CLÍNICOS

## SE PRESENTA A PREMIO

### ASISTENCIA BIVENTRICULAR, ECMO Y TRASPLANTE CARDIACO EN PACIENTE CON DISPLASIA ARRITMOGÉNICA DE VENTRÍCULO DERECHO

*Jueves, 4 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XI. SALA B.*

**Autores:** De San Nicolás De San Francisco M; Pastor Del Amo A; Sobre Lacaya C; Jover Sancho C.

**Hospital De Sant Pau i Santa Tecla. Barcelona.**

## INTRODUCCIÓN

La displasia arritmogénica del ventrículo derecho es una forma poco común de miocardiopatía. Los pacientes afectados de dicha patología frecuentemente presentan arritmias que pueden elevar el riesgo de muerte súbita. El objetivo de este análisis es elaborar un plan de cuidados individualizado a través del análisis de un caso clínico utilizando la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 23 años diagnosticado de displasia arritmogénica del ventrículo derecho con foramen oval permeable, shunt derecha-izquierda e implante de desfibrilador automático implantable como prevención secundaria. Durante el ingreso en la unidad de críticos requiere intervención emergente de cierre del foramen oval permeable y asistencia biventricular como puente al trasplante cardiaco además de ECMO veno-venoso. Posteriormente se realiza trasplante cardiaco presentando fallo del ventrículo derecho refractario por lo que se implanta nuevamente ECMO veno-venoso. Evolución tórpida durante su estancia consiguiendo tras el trabajo multidisciplinar, fortaleza personal y apoyo familiar explantación de ECMO y alta a sala.

## PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Destacamos los diagnósticos de enfermería más relevantes: Patrón respiratorio ineficaz, Deterioro del intercambio gaseoso, Riesgo de sangrado, Riesgo de *shock*, Disminución del gasto cardiaco, Riesgo de disminución tisular cardiaca, Riesgo de perfusión renal ineficaz, Riesgo de infección, Riesgo de síndrome de desuso, Ansiedad y Afrontamiento familiar comprometido.

## REFLEXIÓN

El caso clínico descrito representa la complejidad del tratamiento de dichos pacientes, requiriendo más de un soporte circulatorio mecánico y/o pulmonar. Es de suma importancia conocer no sólo las posibles complicaciones sino también cómo evitarlas y solucionarlas, pudiendo responder de manera rápida y eficaz ante cualquier problema que ponga en riesgo la vida del paciente garantizando su bienestar y seguridad.

## MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA TERMINAL TRAS EL IMPLANTE DE UNA ASISTENCIA VENTRICULAR *HEARTWARE*<sup>®</sup>

*Jueves, 4 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XI. SALA B.*

**Autores:** Sánchez Pablo MR; Fraile Villar MI; Navarro Díaz M; Moreno González C; Muñoz Gadea A; Oya Luis I; Fernández Balcones MC; Martín Rodríguez M; Hernández Bermúdez M; Martín López P.

**Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.**

## INTRODUCCIÓN

Una de las funciones de la enfermera es cuidar y educar al paciente/familia, así como evaluar los signos de mejora en la vida del paciente durante el proceso.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente con insuficiencia cardiaca refractaria, al que se le implanta una asistencia tipo *HeartWare*<sup>®</sup> como terapia de destino. Evaluamos la situación del paciente antes del implante, a los dos y cuatro meses de éste.

Para ello usamos la metodología enfermera, el cuestionario de salud EQ-5D, valorando los cambios percibidos en la calidad de vida, datos analíticos y test de los 6 minutos.

## PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Algunos de los diagnósticos que definimos durante el ingreso y en las revisiones fueron:

1.- Intolerancia a la actividad. Con los resultados: efectividad de la bomba cardiaca. Y los indicadores: cansancio extremo, disnea en reposo, palidez. Intervención: cuidados cardiacos y administración de medicación. 2.- Autocuidado de las actividades de la vida diaria. Con los indicadores: se viste, se baña y ambulación (gravemente comprometido). Intervención: ayuda con el autocuidado. 3.- Riesgo de infección. Con los resultados: detección del riesgo. Y los indicadores: reconoce los signos y síntomas que indican riesgos. Intervención: facilitar el aprendizaje, enseñanza individual. 4.- Conocimientos deficientes. Con los resultados: conocimiento control enfermedad cardiaca. Y los indicadores: curso habitual del proceso de la enfermedad. Intervención: fomentar la implicación familiar.

## REFLEXIÓN SOBRE EL CASO

Ha habido una consecución de los objetivos marcados así como una mejora de los indicadores. Al evaluar el



cuestionario EQ-5D la calidad de vida pasa de 13 a 6 puntos en cuatro meses. Es imprescindible que las enfermeras responsables de pacientes portadores de asistencias estén formadas de manera reglada y continua. De este modo, poder cuidar y educar tanto al paciente como a la familia durante todo el proceso potenciando el autocuidado.

## PACIENTE SOMETIDO A CIERRE PERCUTÁNEO POR DIAGNÓSTICO DE COMUNICACIÓN INTRAURICULAR

*Jueves, 4 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XI. SALA B.*

**Autores:** Sainz González M<sup>1</sup>; Benito Alfonso M<sup>1</sup>; Alconero Camarero AR<sup>2</sup>; Fradejas Sastre V<sup>1</sup>; Fernández Peña E<sup>1</sup>.

**Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander<sup>1</sup>;**  
**Escuela Universitaria de Enfermería de Cantabria<sup>2</sup>.**

### INTRODUCCIÓN

La comunicación interauricular (CIA) es la cardiopatía congénita más prevalente (7-10%). Se debe a la permanencia de una apertura entre ambas aurículas, permitiendo el flujo sanguíneo entre ellas. El cierre percutáneo puede realizarse en el 70%, de los cuales un 25% llegan a la edad adulta sin diagnosticar. Objetivo: la elaboración de un plan de cuidados para resolver las necesidades del paciente sometido a este procedimiento.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 57 años programado para cierre percutáneo de CIA, diagnosticado por ecografía con un tamaño de 18 x 23mm, con ventrículo izquierdo dilatado moderado/severo y fracción de eyección normal. A su ingreso tensión arterial 114/74 mmHg, ritmo sinusal a 61 lat. / min, saturación de oxígeno 95%. Acompañado por su esposa. El paciente nos comenta con preocupación si podrá volver a trabajar. Su esposa dice tener miedo al procedimiento y pregunta aspectos relacionados con la anestesia y la duración del tratamiento.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

La valoración es focalizada pre, durante y post procedimiento. Las complicaciones potenciales basadas en una perspectiva bifocal de los cuidados según Carpenito son las relacionadas con el procedimiento: hematoma, disección, embolia, desprendimiento del dispositivo, arritmias (FV), derrame pericárdico.

Los diagnósticos enfermeros en el paciente tras la valoración son: ansiedad r/c conocimientos deficientes (00146) y en el familiar temor (00148) y Conocimientos deficientes (00126). Los criterios de resultados NOC y las intervenciones NIC las correspondientes a cada diagnóstico.

### REFLEXIONES

El procedimiento fue realizado de manera satisfactoria, sin complicaciones inmediatas en la unidad, Los diagnósticos fueron prácticamente resueltos tras nuestra intervención. Posteriormente se traslada al paciente a otro servicio para continuar con el protocolo de cuidados.

Enfermería cuida a los pacientes siguiendo una adecuada metodología empírica, empoderado como profesional accesible y autónomo.

## PAE EN EL POSTOPERATORIO MEDIATO A PACIENTE CON DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA INTRACORPÓREO

*Jueves, 4 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XI. SALA B.*

**Autores:** Facal Martínez B; Moscoso Otero D.

**Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.**

### INTRODUCCIÓN

Los dispositivos de asistencia ventricular izquierda de uso prolongado son una alternativa en pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada que han dejado de responder al tratamiento médico óptimo en espera de trasplante cardiaco y aquellos no candidatos al trasplante cardiaco con una esperanza de vida mayor de un año. El objetivo de este caso clínico fue desarrollar un plan de cuidados individualizado para un paciente portador de dispositivo de asistencia ventricular izquierdo intracorpóreo en el postoperatorio mediato.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente con insuficiencia cardiaca avanzada, con hipertensión pulmonar severa por lo que se le ha implantado un dispositivo de asistencia ventricular izquierdo intracorpóreo el día 23-11-16 como puente al trasplante. Ingresó procedente de la unidad de cuidados intensivos a donde fue remitido por presentar un infarto embólico con transformación hemorrágica que provocó un hematoma cortical y una mínima hemorragia

subaracnoidea. El paciente presentaba leve disartria, paresia braquial derecha, estable en reposo, sin disnea y tolerando el decúbito. Portaba tubo de tórax por derrame pleural, perfusión de heparina, sonda vesical y oxigenoterapia con gafas nasales a 4 litros por minuto.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Tras la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson se identificaron como diagnósticos de enfermería: desesperanza (00124), disposición para mejorar el afrontamiento familiar (00075) y deterioro de la integridad tisular (00044). Como diagnósticos interdependientes: exceso de volumen de líquidos (00016), deterioro de la movilidad física (00086), riesgo de sangrado (00206) y riesgo de infección (00004).

### REFLEXIÓN SOBRE EL CASO

Si bien la evidencia científica dice que los dispositivos de asistencia ventricular izquierda mejoran la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada, también es cierto que presentan alto porcentaje de complicaciones. Este plan de cuidados aborda no sólo la complejidad de los cuidados, sino también la aceptación y adaptación del paciente y del cuidador principal al dispositivo y a las complicaciones derivadas de éste.

el posible síndrome. Para ello, elaboramos un plan de cuidados siguiendo el método científico y apoyándonos en la taxonomía NANDA, así como en la NOC y la NIC.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Al realizar la entrevista con el paciente detectamos que presentaba una actitud excesivamente despreocupada frente al procedimiento y su posible resultado, por lo creímos conveniente incluir en nuestro plan de cuidados el diagnóstico de negación ineficaz. Así pues, identificamos las intervenciones y actividades pertinentes que llevamos a cabo satisfactoriamente mientras duraba el procedimiento. El paciente fue dado de alta con los conocimientos reforzados acerca de su enfermedad y se le entregaron recomendaciones para identificar y controlar la ansiedad.

### REFLEXIÓN SOBRE EL CASO

Desde nuestra experiencia hemos visto que es posible aplicar el método enfermero en el gabinete de cardiología, aunque podemos afirmar que sí existe una limitación temporal que nos impide desarrollar el plan de manera más extensa, así como realizar un seguimiento y evaluación de las intervenciones realizadas. A diferencia de otros ámbitos asistenciales donde el paciente permanece ingresado y se dispone de más tiempo para abordar los problemas que se presentan.

## ¿ES APLICABLE EL MÉTODO ENFERMERO EN LOS GABINETES DE CARDIOLOGÍA?

*Jueves, 4 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XI. SALA B.*

**Autores:** Rey Santiso M; Gamboa Conde P.

**Hospital Dos de Maig. Barcelona.**

### INTRODUCCIÓN

En la metodología enfermera la valoración holística del paciente es clave para poder garantizar unos cuidados de calidad y excelencia, independientemente del ámbito asistencial donde se encuentre el paciente y la duración de los cuidados. En el gabinete de cardiología principalmente, se realizan pruebas programadas de corta duración, por lo que a veces resulta difícil llevar a cabo un plan de cuidados completo por la limitación que supone hacer el seguimiento y su posterior evaluación.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Caso de un varón de 39 años, que presentaba un ECG basal tipo 2 compatible con Brugada, al cual se le realizó un test de flecainida en el gabinete para desenmascarar

## AUSENCIA DE CAPTURA DE UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE: INHIBICIÓN DEL MARCAPASOS POR RUIDO EN PACIENTE SIN RITMO INTRÍNSECO

*Jueves, 4 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XI. SALA B.*

**Autores:** Simarro Garrigós MC; López Martínez L; Romero González A; Alcahud Cortés C; Cantos Gutiérrez MC.

**Hospital General de Albacete.**

### INTRODUCCIÓN

Detectar actividad cardiaca intrínseca es fundamental para el buen funcionamiento de un marcapasos. Ruido por interferencias electromagnéticas, miopotenciales o disfunción de electrodos ocasionaría pérdida de estimulación o cambio automático de modo, síncope o incluso la muerte en pacientes marcapasos-dependientes. Objetivos del seguimiento en consulta: obtener del paciente y familia información sobre uso



de aparatos domésticos que generarían interferencias, garantizar su seguridad e informarles de todas las medidas y maniobras.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente portadora de marcapasos. Detección de ruido en canal ventricular con inhibición del marcapasos: pausas de hasta 10 segundos. Chequeo exhaustivo, movilización del generador, movimientos isométricos de tensión muscular con el brazo, placa de tórax: ninguna respuesta anormal ni signos de desplazamiento o rotura del electrodo. Entrevistamos a paciente y familia y, sospechando interferencias electromagnéticas por algún aparato doméstico, aconsejamos revisar instalación eléctrica. Chequeos cada tres meses con umbrales e impedancias normales. En posterior revisión observamos que al movilizar el generador apareció ruido inhibiéndose el marcapasos y causando asistolia. Programamos recambio de electrodo de VD por sospecha de rotura.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Valoración de enfermería: Virginia Henderson. Taxonomía NANDA-NIC-NOC. 00029. Disminución del gasto cardíaco relacionado con alteración del ritmo y la frecuencia cardíaca. NOC: efectividad de la bomba cardíaca. NIC: cuidados cardíacos. 00126. Conocimientos deficientes relacionados con un tema específico. NOC: conocimiento: régimen terapéutico. NIC: mejorar el acceso a la información sanitaria. Enseñanza: procedimiento/tratamiento.

### REFLEXIÓN

Seguimiento del paciente y entrevista familiar sobre el uso de aparatos eléctricos, son fundamentales para detectar el origen del ruido y prevenir una situación catastrófica en caso de dependencia del marcapasos. Imprevisiblemente no existe alteración en las medidas (umbrales e impedancias) que nos indique rotura del electrodo, que dio parámetros de funcionamiento normal en consulta. Las intervenciones de enfermería sistemáticas conllevaron la desaparición del problema.

## CIERRE PERCUTÁNEO DE FÍSTULA DE BLALOCK-TAUSSIG EN PACIENTE DE 18 AÑOS

*Jueves, 4 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XI. SALA B.*

**Autores:** Abadía Piquero V; Ballabriga Clavería J; Bailo Medina S; Alejandro Alonso C; Sanclemente Giménez S.

**Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.**

### INTRODUCCIÓN

La tetralogía de Fallot es un tipo de enfermedad cardíaca congénita, que causa niveles bajos de oxígeno en la sangre con una incidencia de 400 niños por un millón de niños nacidos vivos. En la mayoría de pacientes está indicada la intervención quirúrgica como tratamiento curativo en los primeros meses de vida, aunque existe una vertiente paliativa que es realizar una fístula de Blalock-Taussig que comunica a la arteria subclavia derecha con la arteria pulmonar y así mejorar la oxigenación. Objetivo: Identificar los problemas de salud. Elaborar un plan de cuidados individualizado basado en la terminología NANDA-NIC-NOC mientras permanezca en la unidad de hemodinámica.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 18 años afectado de tetralogía de Fallot, realizada fístula de Blalock-Taussig a los dos años de edad e intervenido quirúrgicamente con 18 años de la tetralogía. Remitido a la unidad para cierre de fístula a través de cateterismo percutáneo.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

El paciente acude a la sala de hemodinámica donde se elaboró el plan de cuidados siguiendo el modelo de las Necesidades Básicas de Virginia Henderson, donde se detectó una serie de diagnósticos enfermeros según taxonomía NANDA, y se establecieron unos criterios de resultados NOC y las intervenciones NIC a realizar durante su estancia en la sala de hemodinámica. Se detectaron los siguientes diagnósticos: 00146. Ansiedad. 00132. Dolor agudo. 00206. Riesgo de sangrado. 00214. Discomfort. El paciente verbalizará la reducción de la ansiedad, identificará los factores desencadenantes del discomfort y explicará cómo disminuir o eliminar los factores desencadenantes del dolor.

### REFLEXIÓN

La elaboración de un correcto y adecuado plan de cuidados y la detección de los distintos diagnósticos de enfermería nos ayudará a realizar las intervenciones adecuadas para facilitar y mejorar la atención al paciente

durante su estancia en la sala de hemodinámica. Aumentará la calidad de dichos cuidados, que ayudará a su recuperación posterior.

## Mesa XII.- Sala C. CASOS CLÍNICOS

### SE PRESENTA A PREMIO

## EL APRENDIZAJE ES EXPERIENCIA, CANALIZACIÓN AXILAR EN LA DAVI IMPELLA COMO PUENTE A TRASPLANTE

*Jueves, 4 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.*

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

**Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.**

### INTRODUCCIÓN

El catéter Impella Cp es una asistencia ventricular izquierda de corta duración, que bombea sangre desde la zona de entrada, situada dentro del ventrículo izquierdo, a través de una cánula, a la abertura de salida en la aorta ascendente. Es una bomba de sangre microaxial, que puede aportar hasta 4,1 l/min de flujo en función de la potencia. Cuenta con un controlador automatizado que nos permite vigilar la colocación y funcionamiento correcto.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un varón de 65 años que ingresa en la unidad de cuidados intensivos coronarios en situación de bajo gasto. Se coloca BIACP, se completa estudio pretrasplante y se incluye en lista en urgencia 1, permaneciendo en esta situación 27 días, posteriormente se coloca Impella Cp vía axilar, pasando a urgencia cero. Dicha asistencia permitirá mejorar la perfusión tisular y su condición física y psicológica antes del trasplante. Se trasplantará tras 20 días con ella, sin incidencias en su funcionamiento y se irá de alta 6 días después, tras 54 días de ingreso.

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Los principales diagnósticos de enfermería serían: dolor agudo, intolerancia a la actividad y disposición para mejorar el autoconcepto. Siendo los resultados esperados (NOC): control del dolor, tolerancia a la actividad y aceptación: estado de salud respectivamente Intervenciones (NIC): manejo del dolor, fomento

del ejercicio: entrenamiento de fuerza y mejorar el afrontamiento.

### REFLEXIÓN

La canalización axilar en la colocación de la asistencia ventricular Impella Cp abre un nuevo campo para los cuidados de enfermería en los portadores de este dispositivo. Destacamos la mejoría de la calidad de vida en el momento de espera, además de permitir afrontar el trasplante y su recuperación en mejores condiciones, reduciendo complicaciones y tiempos de estancia media.

## BENEFICIO DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN PACIENTE HEMOFÍLICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Jueves, 4 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.*

**Autor:** García Pérez MC.

**Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.**

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones de herida tras intervención quirúrgica constituyen la causa de infección nosocomial más frecuente en pacientes postoperados y supone un importante aumento tanto de la morbimortalidad como del gasto sanitario por proceso. El objetivo de nuestro estudio es analizar el efecto de las curas con terapias de presión negativa en las complicaciones de las heridas de intervenciones de cirugía cardíaca con alto riesgo de infección. Presentamos un caso de curación completa de herida quirúrgica con esta terapia.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente de 77 años, intervenido de disfunción de prótesis aórtica. Como antecedentes personales relevantes presentaba una hemofilia tipo A. El paciente presentó un postoperatorio complicado, con sangrado muy importante y politransfusión. En UCI presentó mediastinitis con dehiscencia completa de herida quirúrgica y leve inestabilidad esternal. Se colocó sistema VAC con evolución satisfactoria de la herida y granulación progresiva. Tras 51 días con VAC, persiste dehiscencia superficial de la herida quirúrgica, sin datos de sobreinfección. Debido al alto riesgo de sangrado se decide continuar ambulatoriamente con el sistema. Tras

30 días de terapia domiciliar se observa cicatrización completa de la herida.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se elabora un plan de cuidados de enfermería Individualizado según el modelo de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*); NIC (*Nursing Interventions Classification*) y NOC (*Nursing Outcomes Classification*) adaptada a la situación del paciente.

#### REFLEXIÓN

La terapia de presión negativa es una herramienta útil en el tratamiento de infecciones tanto superficiales como profundas de herida quirúrgica. En este caso, el uso de la terapia de presión negativa domiciliar permitió un manejo conservador, evitando la necesidad de tratamiento quirúrgico en un paciente con alto riesgo de sangrado.

## ATERECTOMIA ROTACIONAL SOBRE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA POR COMPROMISO DEL TRONCO COMÚN

*Jueves, 4 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C*

**Autores:** Losada Pérez M; Guzmán Pérez M; Plou Domínguez Y; Insua Gonçalves N; Fernández Sánchez R; Baron Ibáñez O; Cortès Espriu M; Navarro Vegas L; Pastó Serra E; Aparicio López G.

**Hospital Universitari Vall d'Hebrón (\*). Barcelona.**

#### INTRODUCCIÓN

La implantación de prótesis aórtica percutánea permite el tratamiento de pacientes con estenosis severa sintomática de la válvula aórtica y elevado riesgo quirúrgico, pero no está exenta de posibles complicaciones. Objetivo: exponer el rol del profesional de enfermería durante la resolución del caso de una paciente que, nueve meses después del implante de una prótesis percutánea, presentó un infarto de miocardio por compromiso del tronco común.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 85 años de edad afecta de estenosis severa sintomática de la válvula aórtica, rechazada para cirugía por comorbilidad, por lo que se decidió implantación de prótesis aórtica vía transfemoral en febrero de 2016, sin complicaciones. En noviembre

del mismo año ingresó por IAMSEST, angina post-infarto refractaria y edema agudo de pulmón. Se realizó coronariografía y guía de presión, mostrando enfermedad del tronco común significativa con probable obstrucción por los *struts* de la válvula implantada. Se realizó angioplastia simple en tronco común, no resolutive, por lo que se programó nuevo cateterismo en el que mediante aterectomía rotacional se consiguió atravesar los *struts* de la prótesis e implantar *stent* farmacoactivo en tronco común, con buen resultado y alta pocos días después.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realizó un plan de cuidados basado en los protocolos de la unidad de hemodinámica y en los diagnósticos enfermeros de ansiedad, riesgo de infección, riesgo de sangrado y riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz.

#### REFLEXIÓN

Enfermería participó de manera protagonista en un caso de alta complejidad, cuyos cuidados precisaron de una elevada especialización. Por parte de la enfermería implicada y de la elaboración y aplicación de un plan de cuidados específico, que favoreció la buena evolución clínica de la paciente.

## PACIENTE CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA. TERAPIAS ALTERNATIVAS AL TRASPLANTE

*Jueves, 4 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.*

**Autores:** Luque López R; Cepas Sosa A; Muñoz Villarreal AB.

**Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.**

#### INTRODUCCIÓN

La MCD es la miocardiopatía más frecuente a nivel mundial. Con respecto a la etiología la mayoría es de origen idiopático. Fisiopatológicamente existe una dilatación de VI y una función sistólica disminuida. Como consecuencia los pacientes presentan signos de insuficiencia cardiaca.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 62 años, obeso, diabetes mellitus tipo 2, diagnosticado de MCD desde el año 2000, en tratamiento, con insuficiencia renal crónica no severa (portador de catéter de diálisis peritoneal). En 2008

implante de TRC-DAI como prevención secundaria e hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo desde el 2012. En 2015 entra en ensayo clínico de células madres y en enero de 2017 se realiza implante de mitraclips por insuficiencia mitral severa con éxito.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se elaboró plan de cuidados de enfermería individualizado acorde a la situación del paciente, atendiendo a sus necesidades asistenciales. Se hizo valoración según modelo de Virginia Henderson destacando como necesidades alteradas: necesidad de respiración. Necesidad de movilización. Diagnósticos enfermeros: ansiedad (00146). Intolerancia a la actividad (00092). Riesgo de infección (00004).

#### REFLEXIÓN

Las terapias previas al trasplante cardiaco pueden suponer una alternativa terapéutica en enfermos con MCD y fallo cardiaco pudiendo disminuir la mortalidad, mejorar la situación clínica y hacer innecesario el trasplante, siendo éste paciente un ejemplo de ello.

## SEGUIMIENTO DE UNA PACIENTE DIAGNOSTICADA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR. POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO

*Jueves, 4 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.*

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

#### INTRODUCCIÓN

Paciente mujer de 41 años con antecedentes de CIA que se cierra de manera percutánea con dispositivo AMPLATZ, con buena evolución inicial. Tras embarazo hace once años comienza con hipertensión arterial pulmonar con aumento progresivo de ésta a lo largo de este tiempo. Nuestro objetivo es conseguir a través de intervenciones de enfermería mejorar los diagnósticos.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

La paciente reingresa en nuestra unidad en múltiples ocasiones, siendo ésta última como consecuencia de HAP suprasistémica con bajo gasto, junto con aumento importante del perímetro abdominal aunque sin aumento de la disnea, ni aumento de edemas en MMII. Identificamos los siguientes diagnósticos: intolerancia

a la actividad (00092). Riesgo de infección (00004). Ansiedad (00146). Conocimientos deficientes (00126).

#### PLANIFICACION DE CUIDADOS

El método a utilizar sería el estudio descriptivo del plan de cuidados que se realizó a la paciente basado en la taxonomía NANDA. Mejoran los diagnósticos, sobre todo el de intolerancia a la actividad, pudiendo el paciente pasear por la unidad pasando a riesgo de intolerancia a la actividad. Con el diagnóstico de ansiedad hubo que hacer especial hincapié aunque también mejoró.

#### REFLEXIÓN

La paciente ingresa con un estado general bastante deteriorado. En la exploración se observa cianosis central y ligera disnea al hablar, se solicita analítica completa con BNP, Rx de tórax, EKG y ECO. Se somete a la paciente a tratamiento inotrópico con dobutamina y diurético con furosemida, la paciente ya estaba en tratamiento con perfusión domiciliaria de prostaglandinas (EPOPROSTENOL). Se controla de esta manera la ICC desapareciendo la ascitis. Destacar el tratamiento domiciliario con EPOPROSTENOL que tiene la paciente, cuya función principal es mejorar su capacidad de esfuerzo, dicho tratamiento se administra en perfusión con bomba de infusión y a través de un portacath.

## DE STENT EN STENT PARA ESTAR BIEN

*Jueves, 4 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.*

**Autores:** Amor Cambón J; Papín Rivas P; Rúa Pérez MC; Domínguez Ceballos ML; Sabater Sánchez MC.

**Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.**

#### INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica es una enfermedad crónica que, aún tratándola, puede evolucionar hasta hacerse incapacitante tanto para el paciente como para su entorno, lo que los afecta psicológicamente. Es parte de nuestra labor ayudarlos a conocer su enfermedad y afrontar su nuevo estado de salud. Nos planteamos como objetivo que la paciente conseguirá convivir con su enfermedad y tener una calidad de vida aceptable.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 62 años que tras ser diagnosticada de



SCASEST en septiembre de 2015 y ser tratada con ICP presenta posteriormente 3 episodios de reestenosis intraestent, tras lo cual se decide tratar con cirugía. Después de realizarle dos *by pass* presenta nuevo SCASEST, objetivándose estenosis en los dos injertos, procediendo a implante de *stents* en dichos injertos. Posteriormente ingresa dos veces más por angina: *stents* permeables por lo que se ajusta tratamiento. Durante la hospitalización la paciente presenta dolor anginoso recurrente así como ansiedad y temor.

#### PLAN DE CUIDADOS

Aplicando la Taxonomía de la NANDA-NOC-NIC encontramos los siguientes diagnósticos sobre los que trabajar: riesgo de intolerancia a la actividad, desesperanza, riesgo de deterioro de la resiliencia, riesgo de cansancio del rol de cuidador.

#### REFLEXIÓN

Las enfermedades crónicas dirigen las vidas de los pacientes que las padecen, así como a su entorno más cercano. Nuestros cuidados deben abarcar el ámbito tanto físico como psíquico, siendo este último quizás el más complicado.

orientado ingresado en la UCC por descompensación de la insuficiencia cardiaca e hiperdescoagulación. Presentaba UPP sacra (infectada por MRSA), estreñimiento y una fisura anal dolorosa que alteró la aportación nutricional y aumentó a un nivel mayor el temor y la ansiedad que sufría. Durante su estancia realizó episodios de taquicardia ventricular que empeoraron su estado clínico, entre otros problemas que fueron apareciendo, por lo que se realizaron varias ablaciones no efectivas, precisó intubación endotraqueal y finalmente murió. La familia, consciente de la situación que vivía el enfermo, se mantuvo al margen y realizó muy pocas visitas durante los dos meses y medio de ingreso.

#### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Todas las necesidades básicas del paciente se encontraban alteradas y la lista de cuidados desarrollados por enfermería era amplia, abarcando desde el déficit de autocuidado hasta el afrontamiento familiar ineficaz.

#### REFLEXIÓN

La sobrecarga de trabajo es una realidad para enfermería en unidades de críticos. No se debe olvidar que la enfermería juega un papel muy importante en el bienestar del paciente y sus familiares, ayudando a mejorar la calidad y la salud física y psicológica de éstos incluso al final de la vida.

### SE PRESENTA A PREMIO

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO AFECTO DE ARRITMIA MORTAL

*Jueves, 4 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.*

**Autores:** Jiménez Cabeza S; Ruiz Verdugo C.

**Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.**

#### INTRODUCCIÓN

Atenuar y aliviar el sufrimiento físico y psicológico de los pacientes en situación crítica forma parte de los cuidados diarios de enfermería en las unidades coronarias. El objetivo de este caso clínico fue identificar los problemas de todas las esferas de un paciente que requirió ayuda en todas sus necesidades y resaltar los cuidados que enfermería llevó a cabo.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 70 años pluripatológico (obesidad, DMII, HTA, EPOC, AVC, IAM, ACxFA) consciente y

# 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 N<sup>1</sup>; Trilla Colominas M<sup>2</sup>; López Zarrabeitia I<sup>3</sup>; Delgado Sánchez FJ<sup>4</sup>; Sánchez Santiago D<sup>5</sup>; Rubio Ramos JC<sup>6</sup>; Calvo Barriuso E<sup>7</sup>; Gómez Fernández M<sup>8</sup>.

**Hospital Ramón Y Cajal. Madrid<sup>1</sup>; Hospital Clínic de Barcelona<sup>2</sup>; Hospital Clínico San Carlos. Madrid<sup>3</sup>; Hospital Sant Pau. Barcelona<sup>4</sup>; Hospital del Mar. Barcelona<sup>5</sup>; Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca<sup>6</sup>; Hospital de Bellvitge. Barcelona<sup>7</sup>; Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela<sup>8</sup>.**

#### 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 L<sup>1</sup>; Martín Cerezo X<sup>1</sup>; Molina Mazón CS<sup>1</sup>; García Fuentes JL<sup>1</sup>; Asensio Flores S<sup>1</sup>; Arbonés Arqué D<sup>1</sup>; Rosenfeld Vilalta L<sup>1</sup>; Bermejo Vázquez C<sup>1</sup>; Domene Nieves De La Vega G<sup>1</sup>; Bigorra Espejo A<sup>2</sup>.

**Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona<sup>1</sup>; Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona<sup>2</sup>.**

#### 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) i 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.

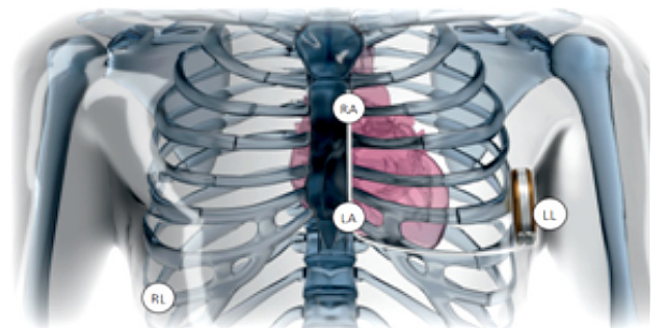


Figura 1.

**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.

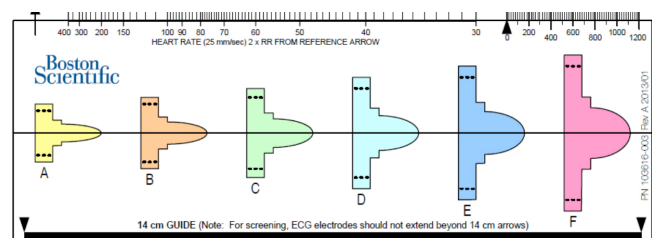


Figura 2.



## 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 MD<sup>1</sup>; Luque Oliveros M<sup>2</sup>. **Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla<sup>1</sup>; Facultad de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla<sup>2</sup>.**

## 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; Barolet 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 cardiaca (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 <sup>2</sup> )  | 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 M<sup>1</sup>; Jurado Artigas RM<sup>2</sup>; Venturas Nieto M<sup>3</sup>.

**Instituto Clínico Cardiovascular. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona<sup>1</sup>; Secretaria Cap de Gestió Infermera Institut Clínic Cardiovascular<sup>2</sup>; Hospital Clínic i Provincial de Barcelona<sup>3</sup>.**

### 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 Arqué 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 E<sup>1</sup>; Carmona Heredia AM<sup>2</sup>; Pujol Perella M<sup>2</sup>; Torta Castelló R<sup>2</sup>; Villares Jiménez A<sup>2</sup>; Guillén Marzo M<sup>2</sup>; Bonet Pineda G<sup>2</sup>.

**CAP Torreforta - La Granja<sup>1</sup>; Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona<sup>2</sup>.**

### LA INFORMACIÓN PRE OPERATORIA DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE QUIRÚRGICO

*Panel E-05*

**Autores:** Sánchez-Matamoros Martín MD<sup>1</sup>; Luque Oliveros M<sup>2</sup>.  
**Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla<sup>1</sup>; Facultad de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla<sup>2</sup>.**

#### SE PRESENTA A PREMIO

### PRESENTACIÓN DE LA TRAYECTORIA CLÍNICA DEL MARCAPASOS

*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.**

## ABLACIÓN DE TAQUICARDIA VENTRICULAR CON SOPORTE DE ECMO

Panel E-09

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

**Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.**

## BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAÓRTICO: CUIDADOS INTRA Y EXTRA HOSPITALARIOS

Panel E-10

**Autores:** Margalef García M<sup>1</sup>; Peig Martí MT<sup>1</sup>; Coloma-Gómez B<sup>1</sup>; Espín Aguade P<sup>2</sup>; De Haro Amaro JJ<sup>1</sup>; Pérez Barreto JM<sup>1</sup>.

**Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona<sup>1</sup>; Sevei d'Emergències Mèdiques. Tarragona<sup>2</sup>.**

### SE PRESENTA A PREMIO

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CATÉTER «IMPELLA» DE ACCESO AXILAR

Panel E-11

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

**Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.**

### SE PRESENTA A PREMIO

## CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y ACTIVIDAD SEXUAL ¿COMPATIBLES?: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Panel E-12

**Autores:** Ruiz Verdugo C; Cabeza Jiménez S.

**Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.**

## HEMOSTASIA CON MUÑEQUERA TR BAND® GUIADO POR LA PRESIÓN ARTERIAL MEDIA INVASIVA

Panel E-13

**Autores:** Gómez López F; Sardonís Ruiz LM; Ocariz Aguirre MA; Peña Larrazabal MI; Pereiro Pérez MA; Izquierdo Torre MV; Salcedo Aranguren ME; Bañuelos San José MA; Fernández Fernández MT; Gómez García X.

**Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo.**

## MARCAPASOS MICRA: EVOLUCIÓN EN MINIATURA. EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTRO CENTRO

Panel E-14

**Autores:** Zuloaga Quiroga P<sup>1</sup>; Sainz-Terrones Fernández D<sup>1</sup>; Bartolomé Fuente A<sup>1</sup>; Horrillo Alonso I<sup>1</sup>; Valero García MC<sup>2</sup>.

**Hospital de Basurto. Bilbao<sup>1</sup>; Centro de Salud Sestao<sup>2</sup>.**

## IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA SILICON EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

Panel E-15

**Autores:** Outes Velay MB; Ferron Novais AM; Torreiro Pampín ML; Reino Maceiras MV; Arufe Manteiga MI; Cordova Martínez MC; Gago Gago MC; Miguez Piñeiro A; Gil Canabal MP.

**Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.**

## PERICARDIOTOMÍA PERCUTÁNEA CON BALÓN

Panel E-16

**Autores:** Luque Barrero MP; Coto Linde R; Coronado Guerrero P.

**Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.**

## PÓSTER INFORMATIVO PARA EL PACIENTE Y FAMILIARES SOBRE EL IMPLANTE DEL MARCAPASOS SIN CABLES

Panel E-17

**Autores:** Núñez Lorca R<sup>1</sup>; Pérez Gándara N<sup>2</sup>.

**Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Barcelona<sup>1</sup>; Hospital Clínic i Provincial de Barcelona<sup>2</sup>.**



## ADHERENCIA A LA FASE DE MANTENIMIENTO EN PACIENTES INCLUIDOS EN REHABILITACIÓN CARDIACA

Panel E-18

**Autor:** Ramírez L.

**Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.**

## ¡¡A PEDALEAR!!

Panel E-19

**Autores:** Guzmán Pérez M.; Losada Pérez M.; Plou Domínguez Y.; Insua Gonçalves N.; Fernández Sánchez R.; Barón Ibáñez O.; Cortès Espriu M.; Navarro Vegas L.; Pastó Serra E.; Aparicio López G.

**Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona.**

## LOS «OTROS» FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Panel 02

**Autor:** López Zarrabeitia I.

**Hospital Clínico San Carlos. Madrid.**

## DISECCIÓN AORTA TIPO A

Panel 03

**Autor:** Núñez Llevadot M.

**Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.**

## INNOVACIÓN Y MEJORA EN LA CALIDAD DEL SERVICIO EN LA UNIDAD CORONARIA

Panel 04

**Autor:** Melero Lacasia A; Izcue Lopererna N; Zubiri Cañada MS.

**Complejo Hospitalario A (Antiguo Hospital De Navarra).**

**Pamplona.**

## REHABILITACIÓN CARDIACA TRAS DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A

Panel 05

**Autores:** Domínguez Paniagua J<sup>1</sup>; Barreñada Copete E<sup>1</sup>; Campuzano Ruíz R<sup>1</sup>; López De La Alberca Ocaña MJ<sup>2</sup>; Araujo Narváez A<sup>1</sup>; Guerra Polo JM<sup>1</sup>; López Navas MJ<sup>1</sup>; Flórez García MT<sup>1</sup>; Botas Rodríguez J<sup>1</sup>.

**Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid<sup>1</sup>; Centro**

**De Salud «la Rivota». Alcorcón. Madrid<sup>2</sup>.**

## Pósteres

### PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON CIERRE PERCUTÁNEO DE LEAK MITRAL

Panel 01

**Autores:** Torreiro Pampín ML; Ferrón Novais AM; Outes Velay MB; Reino Maceiras MV; López Sixto SM; Blanco Vega F; Paz Fuentes AE; Mesa Amado MC; Pérez Rioboo I; Fandiño Pampín I.

**Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.**

### ANÁLISIS DEL MODELO DE SALUD CARDIOVASCULAR PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA EN ALUMNOS DE 4º DE GRADO EN ENFERMERÍA

Panel 06

**Autores:** Martínez Momblan MA<sup>1</sup>; Santesmases Masana R<sup>2</sup>; Hernández Martínez-Esparza E<sup>2</sup>; Abades Porcel M<sup>2</sup>; Torres Quintana A<sup>2</sup>; Ricart Basagaña MT<sup>2</sup>; García Campos MD<sup>3</sup>; Oms Oller R<sup>3</sup>; Miranda Reyes A<sup>3</sup>; Mateos A<sup>3</sup>.

**Universidad de Barcelona<sup>1</sup>; Escuela Universitaria de Enfermería de Sant Pau. Barcelona<sup>2</sup>; Hospital De La Santa Creu i Sant Pau. Barcelona<sup>3</sup>.**

## ANÁLISIS DEL MODELO DE SALUD CARDIOVASCULAR PARA LOS HÁBITOS NUTRICIONALES EN ALUMNOS DE 4º DE GRADO EN ENFERMERÍA

Panel 07

**Autores:** Martínez Momblan MA<sup>1</sup>; Torres Quintana T<sup>2</sup>; Hernández Martínez-Esparza E<sup>2</sup>; Santesmases Masana R<sup>2</sup>; Santos A<sup>3</sup>; Resmini E<sup>3</sup>; Vega M<sup>4</sup>; Romero Pastor M<sup>4</sup>; Romero Pastor M<sup>4</sup>; Mariné Méndez A<sup>4</sup>.

**Universidad de Barcelona<sup>1</sup>; Escuela Universitaria de Enfermería de Sant Pau. Barcelona<sup>2</sup>; Centro de Investigación Biomédica de Enfermedades Raras (CIBERER 747). Barcelona<sup>3</sup>; Hospital de La Santa Creu i Sant Pau. Barcelona<sup>4</sup>.**

## FÍSTULA COMPLEJA CON CONEXIÓN DE AORTA Y ÁRBOL CORONARIO IZQUIERDO CON ARTERÍA PULMONAR

Panel 08

**Autores:** Puerta Serén L; Espinosa Sánchez MA; Fuentes Díez MI; Sendino Laya N; Asla Arruza MB; Vilariño Santos ME.

**Hospital Galdakao-Usansolo. Bilbao.**

## CIERRE PERCUTÁNEO DE LEAKS MITRALES Y AÓRTICOS: DESCRIPCIÓN Y TÉCNICA

Panel 09

**Autores:** Espinosa Sánchez MA; Puerta Serén L; Fuentes Díez MI; Asla Arruza MB; Sendino Laya N; Vilariño Santos ME.

**Hospital Galdakao-Usansolo. Bilbao.**

## LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE EN EL PROCEDIMIENTO DE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL MENSAJE: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Panel 10

**Autores:** Vieira de Oliveira J<sup>1</sup>; Lessa Cordeiro E<sup>2</sup>; Almeida Da Silva T<sup>3</sup>.

**Universidade Salgado De Oliveira Universo/Recife<sup>1</sup>; Universidade Federal de Pernambuco, Brasil<sup>2</sup>; Universidade Salgado de Oliveira, Brasil<sup>3</sup>.**

## PAPEL DE LA ENFERMERÍA DENTRO DE UN PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

Panel 11

**Autores:** Berni Ruiz C; Berni Ruiz R; López Guisado I.

**Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.**

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DEL PACIENTE TRASPLANTADO

Panel 12

**Autores:** Berni Ruiz R<sup>1</sup>; Berni Ruiz C<sup>1</sup>; López Guisado I<sup>1</sup>; Segura Saint-Gerons C<sup>2</sup>.

**Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza<sup>1</sup>; Hospital Reina Sofía. Córdoba<sup>2</sup>.**

## CIRUGÍA AÓRTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA: LA MINIESTERNOTOMÍA

Panel 13

**Autores:** Cano García S; Jiménez Mateo A; Aldámiz-Echevarría G.

**Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.**

## «CHECK-LIST» EN EL PREY POST-IMPLANTE DE MITRACLIP: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Panel 14

**Autores:** Rodríguez Senra J; Álvarez García M; Del Río Arias L; Palacio Martínez A; Sernandez Guerrero M.

**Complejo Asistencial Universitario de León.**

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CRÍTICOS CARDIOLÓGICOS SOMETIDOS A TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL CONTINUA

Panel 15

**Autores:** Prat Masana M; Parellada Vendrell M; Pérez Ortega S.

**Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.**

## ASPECTOS PRÁCTICOS DE ENFERMERÍA EN LA PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE LEVOSIMENDÁN EN PAUTA INTERMITENTE AMBULATORIA EN NUESTRA UNIDAD

*Panel 16*

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

## IMPLEMENTACIÓN DE UN TRÍPTICO CON RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA EL PACIENTE AMBULATORIO EN LOS LABORATORIOS DE HEMODINÁMICA

*Panel 17*

**Autores:** Fernández Álvarez M; Castromán Souto MJ; Pérez-Marín Martínez M; Castro Cruz SI; Iglesias Santomé JA; Lago Quintero JR; Beiras Otero P; Paredes Rodríguez A; Seoane Bello M; Gómez Fernández M.  
**Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.**

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTERVENIDOS POR ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA: RECAMBIO VALVULAR E IMPLANTE VALVULAR TRANSCATÉTER

*Panel 18*

**Autores:** Cano García S; Jiménez Mateo A; Castillo Marín MM; Sánchez González JC.  
**Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.**

## SOPORTE DE ECMO EN LA COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR POSTINFARTO

*Panel 19*

**Autores:** Álvarez Holgado L; Simarro Ramírez L; Sicília Pérez M; Torra Ricart L; Sánchez Vicente S.  
**Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.**

## PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON OSTEOMIELITIS EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO QUE SUFRE DESCOMPENSACIÓN CARDIACA

*Panel 20*

**Autores:** Ferrón Novais AM; Torreiro Pampín ML; Outes Velay MB; Reino Maceiras MV; Pintos Moroño P; Pérez Riobo I; Castro Cruz SI; Becerra do Ejo C.  
**Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.**

## LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN RELACIÓN CON EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

*Panel 21*

**Autores:** Palacio Martínez A; Mosquera Varela AC; Rodríguez Senra J.  
**Complejo Asistencial Universitario de León.**

## GUÍA DE ADQUISICIÓN DE IMÁGENES ECOCARDIOGRÁFICAS PARA EL CIERRE DE LA OREJUELA IZQUIERDA DE FORMA PERCUTÁNEA

*Panel 22*

**Autores:** Poyatos Manrubia S; Bernadó Prats C; Trilla Colominas M; Calle Gascón X; Freixa Rofastes X; Sanchís Ruiz L.  
**Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.**

## EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DEL SCA

*Panel 23*

**Autores:** Sicília Pérez M; Álvarez Holgado L; Torra Ricart L; Simarro Ramírez L; Sánchez Vicente S.  
**Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.**

## EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS DE CARDIOLOGÍA SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONSEJO BREVE EN SU UNIDAD

*Panel 24*

**Autores:** Fernández Iriarte E<sup>1</sup>; Belcos Moreno ME<sup>1</sup>; Mendiluce Greño N<sup>1</sup>; Ibarrola Izura S<sup>1</sup>; Valbuena Condon M<sup>1</sup>; Sarabia López E<sup>1</sup>; Beortegui Urdánoz E<sup>1</sup>; Pardavila Belio MI<sup>2</sup>; Canga Armayor N<sup>2</sup>.

**Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona<sup>1</sup>; Facultad de Enfermería Universidad de Navarra. Pamplona<sup>2</sup>.**

## ATENCIÓN AL PACIENTE CON TORMENTA ARRÍTMICA. CASO CLÍNICO

*Panel 25*

**Autores:** Landete Belda L; Sorribes Albors AJ; Martínez Lorente L; Solaz Rodenas C; Bermejo Rodríguez E.

**Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.**

## REGISTRO POBLACIONAL DEL SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) EN PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS

*Panel 26*

**Autores:** Pérez Sanjurjo M; Santirso López G; Fernández Palacio AM.

**Hospital San Agustín de Avilés.**

## EMPODERAMIENTO DE PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESTADIO AVANZADO

*Panel 27*

**Autores:** Lázaro Fernández AM; Calvo Barriuso E; Vozmediano Naveiro A.

**Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.**

## CONVENIENCIA DE REALIZAR A TODOS LOS PACIENTES UNA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA PREVIA A LA ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES

*Panel 28*

**Autores:** Alcahud Cortés C; Lázaro Castañer C; Romero González A; Cantos Gutiérrez C; Simarro Garrigos MC; Martínez Puerta D; González García F; López Martínez L; Fernández Pérez RE.

**Hospital General de Albacete.**

## CATETERISMO DIAGNÓSTICO POR VÍA CUBITAL

*Panel 29*

**Autores:** Castillo Poyo R; Izquierdo Bernal S; Gómez Sanz AB; Calvo Barriuso E; Ruiz García S; Villuela Rivero E; Domene Nieves De La Vega G; Cesar Escobar E; Guerrero Trenado MA; Rojas García A.

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

## EXPERIENCIA SOBRE HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CARDIOLOGÍA

*Panel 30*

**Autores:** Marín-Barnuevo Fabo C; Roca Martínez F; Martínez Espinosa R; Sánchez Ballesteros I; Valenciano Sánchez A.

**Hospital General de Albacete.**

## ALGORITMO DEL *SHOCK* CARDIOGÉNICO

*Panel 31*

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

**Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona.**

## SEGUIMIENTO DE COMPLICACIONES SURGIDAS EN UN PACIENTE CON MARCAPASOS

*Panel 32*

**Autores:** Saiz Petrus AC; Febrer Juan N; Orfila Arias V; Pons Pons N; Luna Gallardo P.

**Hospital Mateu Orfila. Mahón.**

## CURAS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PORTADOR DE BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAAÓRTICO

*Panel 33*

**Autores:** Prat Mantas M; Faixeda Calero M; Puig Álvarez S; Ramón Simó J; Colomé Casellas M; Vargas Farrer C.

**Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona.**

## ACTUALIZACIÓN DE UNA SALA DE HEMODINÁMICA

*Panel 37*

**Autores:** Pérez Barreto JM; García Arroyo S; Torres Ferrer A; Hidalgo Rus MJ; Luque Carrasco D; Vidal Guiamet JJ; De Los Mozos Pérez AB; Plaza Sánchez D.

**Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.**

## PROTOCOLO DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

*Panel 34*

**Autores:** Faixeda Calero M; Prat Mantas M; Puig Álvarez S; Tardío Cairó S; Camps Mora B.

**Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona.**

## RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DE ACTIVACIÓN 24 HORAS DEL CÓDIGO IAM

*Panel 38*

**Autores:** Torres Ferrer A; García Arroyo S; Pérez Barreto JM; De Los Mozos Pérez AB; Luque Carrasco D; Vidal Guiamet JJ; Hidalgo Rus MJ; Plaza Sánchez D.

**Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.**

## VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR (DAV) DE LARGA DURACIÓN COMO TERAPIA DE DESTINO EN UN CASO CLÍNICO

*Panel 35*

**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; Cayero Cardiel E; Asensio Flores S.

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

## ENFERMERÍA EN ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO: SEDACIÓN ADMINISTRADA Y USO DE CONTRASTE ENDOVENOSO

*Panel 39*

**Autores:** Lisbona Sacristán L; Ferreras Trinidad A; Cárdenas Gómez A; Cerqueda Bosch M; Peregrin Pascual A; Bosch Carabante C; Freixas Pàmies R; Alavedra Pérez L.

**Hospital Moisès Broggi, San Joan Despí. Barcelona.**

## ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA INICIAL DE ENFERMERÍA EN LA COLOCACIÓN DE HOLTER EXTERNO DE LARGA DURACIÓN EN NUESTRO CENTRO

*Panel 36*

**Autores:** Ortega Díaz A<sup>1</sup>; García-Bermúdez M<sup>1</sup>; Lisbona Sacristán L<sup>1</sup>; Ruiz Pes A<sup>1</sup>; Roman Salord O<sup>2</sup>; Freixa Pamies R<sup>1</sup>.

**Hospital Moisès Broggi, San Joan Despí. Barcelona<sup>1</sup>;  
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona<sup>2</sup>.**

## EL PAPEL CLAVE DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA. ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO.

*Panel 40*

**Autores:** Rey Santiso M; Thomas Yoles JM; Gamboa Conde P; Martínez Marchan E.

**Hospital Dos de Maig. Barcelona.**



**LISTADO DE AUTORES DE COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL 38.º CONGRESO NACIONAL DE LA AEEC**

| AUTOR                 | PÁGINA/S           | AUTOR                             | PÁGINA/S               | AUTOR                         | PÁGINA/S       | AUTOR                        | PÁGINA/S   |
|-----------------------|--------------------|-----------------------------------|------------------------|-------------------------------|----------------|------------------------------|------------|
| Abad García M         | 64                 | Cabero Cereto P                   | 27                     | Domínguez Conde MA            | 32             | Gómez López F                | 68         |
| Abades Porcel M       | 69                 | Caberta Lema MC                   | 65                     | Domínguez Paniagua J          | 27, 69         | Gómez Martínez M             | 45, 54, 68 |
| Abadía Piquero V      | 47, 53             | Cabeza Jiménez S                  | 68                     | Encinas Jiménez S             | 25             | Gómez Martínez O             | 61         |
| Abeytua Jiménez M     | 26                 | Cabrera Jaime S                   | 41                     | Espín Aguade P                | 68             | Gómez Santamaría N           | 40         |
| Aguayo Esgueva BE     | 17                 | Cabrera Molina GM                 | 41                     | Espinosa Sánchez MA           | 70             | Gómez Sanz AB                | 72         |
| Alavedra Pérez L      | 73                 | Calle Gascón X                    | 71                     | Espinosa Palacín E            | 28             | González Alonso MA           | 22         |
| Alba Saá F            | 21, 29             | Calvo Barriuso E                  | 42, 58, 64, 66, 72, 73 | Facal Martínez B              | 51             | González Batista B           | 26         |
| Alcahuz Cortés C      | 52, 72             | Calvo Martín I                    | 21                     | Fainé Puy G                   | 67, 71         | González Calle D             | 29         |
| Alconero Camarero AR  | 23, 24, 48, 51     | Camps Mora B                      | 73                     | Faixeda Calero M              | 59, 72, 73     | González Costello J          | 42, 73     |
| Aldámiz-Echevarría G  | 70                 | Campuzano Ruiz R                  | 27, 69                 | Fandiño Pampín I              | 69             | González Cruz R              | 67         |
| Alejandro Alonso C    | 53                 | Canals De La Vega L               | 41                     | Faraudo García M              | 63             | González García F            | 72         |
| Almeida Da Silva T    | 70                 | Canga Armayor N                   | 72                     | Farré López N                 | 59             | González Macías M            | 30         |
| Alsina Restoy X       | 35                 | Cano García S                     | 70, 71                 | Febrer Juan N                 | 72             | González Salvado V           | 20         |
| Álvarez Alarcón N     | 64                 | Cano Valls A                      | 28, 35, 60             | Fernández Álvarez M           | 71             | Goñi Viguria R               | 28         |
| Álvarez E             | 25                 | Cantos Gutiérrez C                | 61, 72                 | Fernández Avilés FJ           | 26             | Grille Cancela Z             | 46         |
| Álvarez García M      | 70                 | Cantos Gutiérrez MC               | 52                     | Fernández Balcones MC         | 50             | Guardia Azara M              | 19         |
| Álvarez González L    | 32                 | Capellà Llovera T                 | 23                     | Fernández Caballero C         | 33             | Guerra Polo JM               | 27, 69     |
| Álvarez Holgado L     | 43, 68, 71         | Cárdenas Gómez A                  | 73                     | Fernández Fernández MT        | 68             | Guerrero Trenado MA          | 72         |
| Álvarez Vivas L       | 58                 | Carmona Heredia AM                | 67                     | Fernández Gallego J           | 22             | Guía Ramba V                 | 47         |
| Amor Cambón J         | 56, 65             | Carretón Manrique M               | 40                     | Fernández González A          | 26             | Guillén Marzo M              | 67         |
| Andrés Casamiquela E  | 22                 | Casado Dones MJ                   | 46                     | Fernández Iriarte E           | 72             | Guillermo Gálvez C           | 22         |
| Andrés Salinas M J    | 29                 | Casal Rodríguez J                 | 34, 45                 | Fernández Palacio AM          | 72             | Guiteras Vilanova A          | 67         |
| Aparicio López G      | 55, 69             | Casasola Gutiérrez T              | 27                     | Fernández Peña E              | 23, 24, 48, 51 | Guri Baiget O                | 63         |
| Araujo Narváez A      | 69                 | Casbas Ferrarons J                | 31                     | Fernández Pérez RE            | 61, 72         | Gutiérrez González MN        | 17         |
| Arbones Arque D       | 39, 43, 58, 66     | Castelló Fosch N                  | 17                     | Fernández Sánchez R           | 55, 69         | Gutiérrez Plata M            | 39         |
| Arcaiz Ferreiro C     | 64                 | Castillo Marín MM                 | 71                     | Fernández-Layos Cuadra C      | 34             | Guzmán Pérez M               | 55, 69     |
| Arraztoa Alcasena MT  | 28                 | Castillo Martín JI                | 26                     | Ferrandez Quirante O          | 59             | Habbab Mohamed S             | 19         |
| Arufe Manteiga MI     | 25, 68             | Castillo Poyo R                   | 66, 72                 | Ferré Grau C                  | 44             | Hernández Bermúdez M         | 50         |
| Asensio Flores S      | 42, 52, 62, 64, 73 | Castro Cruz SI                    | 71                     | Ferrer Bañolas L              | 23             | Hernández Díaz MC            | 40         |
| Asensio Román N       | 21                 | Castromán Souto MJ                | 71                     | Ferreras Trinidad A           | 73             | Hernández Martínez-Esparza E | 69, 70     |
| Asla Arruza MB        | 70                 | Cayero Cardiel E                  | 73                     | Ferrón Novais AM              | 25, 68, 69, 71 | Hernanz Del Río A            | 45         |
| Astals Vizcaino M     | 18                 | Cazorla Roca MM                   | 67                     | Flórez García MT              | 69             | Hervás Duran V               | 45         |
| Auge Ruiz A           | 67                 | Cepas Sosa A                      | 55, 56, 67             | Fontanet Ferri E              | 45             | Hevia Puyo S                 | 22         |
| Badosa Marcé N        | 18, 27, 59         | Cerecedo Fernández M              | 64                     | Fradejas Saestre V            | 23, 24, 48, 51 | Hidalgo Rus MJ               | 73         |
| Bailo Medina S        | 53                 | Ceresuela Eito LM                 | 63                     | Fraile Villar MI              | 46, 50         | Horrillo Alonso I            | 68         |
| Ballabriga Clavería J | 53                 | Cerqueda Bosch M                  | 73                     | Freixa Pamias R               | 63             | Ibarrola Izura S             | 72         |
| Baños Marín M         | 21                 | Cesar Escobar E                   | 72                     | Freixa Pamies R               | 73             | Iglesias Santomé JA          | 71         |
| Bañuelos San José MA  | 68                 | Coll Caules M                     | 38                     | Freixa Rofastes X             | 71             | Insua Gonçalves N            | 55, 69     |
| Bardolet Ceren N      | 63                 | Coloma-Gómez B                    | 68                     | Freixas Pàmies R              | 73             | Ivern Díaz C                 | 18, 27     |
| Barge Caballero E     | 46                 | Colomé Casellas M                 | 59, 72, 73             | Fuentes Díez MI               | 70             | Izcue Lopererna N            | 69         |
| Barge Caballero G     | 46                 | Comín Colet J                     | 18                     | Gago Gago MC                  | 25, 68         | Izquierdo Bernal S           | 66, 72     |
| Barón Ibáñez O        | 55, 69             | Contra Carné A                    | 63                     | Galdón Muñoz MD               | 34             | Izquierdo Montilla L         | 38         |
| Barreñada Copete E    | 27, 69             | Cordeiro Rodríguez M              | 31                     | Gamboa Conde P                | 52, 73         | Izquierdo Torre MV           | 68         |
| Bartolomé Fernández Y | 25                 | Cordova Martínez MC               | 68                     | García Arroyo S               | 73             | Jaldón Soto E                | 30         |
| Bartolomé Fuente A    | 68                 | Cornejo Robles DJ                 | 30                     | García Campos MD              | 69             | Jiménez Cabeza S             | 57         |
| Basanta Castro MJ     | 64                 | Coronado Guerrero P               | 68                     | García Cano J                 | 41             | Jiménez González F           | 21         |
| Becerra do Ejo C      | 71                 | Cortès Espriu M                   | 55, 69                 | García Cañón B                | 40             | Jiménez Mateo A              | 70, 71     |
| Beiras Otero P        | 71                 | Corzán Melgosa P                  | 26                     | García Córcoles MJ            | 61             | Jiménez Mayorga L            | 59         |
| Belcos Moreno ME      | 72                 | Coto Linde R                      | 66                     | García Fuentes JL             | 64             | Jiménez Serrano C            | 64         |
| Belmonte Vico R       | 31                 | Couto Mallón D                    | 48                     | García García J               | 41             | Jiménez Zamorano N           | 29         |
| Beltrán Troncoso P    | 63                 | Crespo Leiro MG                   | 46                     | García García MM              | 45             | Jover Sancho C               | 49         |
| Benito Alfonso M      | 23, 24, 48, 51     | Cruzado Álvarez C                 | 33                     | García Garrido L              | 19             | Juandeaburre Pedroarena B    | 28         |
| Beortegui Urdániz E   | 72                 | Cuevas López E                    | 67                     | García Guerrero ML            | 64             | Jurado Artigas RM            | 66         |
| Berastegui García E   | 41                 | De Dios Pérez MP                  | 46                     | García Pérez MC               | 54, 62         | Lage López A                 | 64         |
| Bermejo Rodríguez E   | 72                 | De Haro Amaro JJ                  | 68                     | García Sainz L                | 28             | Lago Quintero JR             | 71         |
| Bermejo Ruiz S        | 31                 | De La Varga Morán M               | 68                     | García Valls M                | 29, 67         | Landete Belda L              | 67, 72     |
| Bermejo Vázquez C     | 58, 62, 66         | De Los Mozos Pérez AB             | 73                     | García-Bermúdez M             | 73             | Lázaro Castañer C            | 72         |
| Bernadó Prats C       | 71                 | De Miguel Gutiérrez L             | 31                     | García-Casarrubios Jiménez JA | 34             | Lázaro Fernández AM          | 72         |
| Berni Ruiz C          | 67, 70             | De San Nicolás De San Francisco M | 49                     | Garcimartín Cerezo P          | 18, 25         | Lessa Cordeiro E             | 70         |
| Berni Ruiz R          | 67, 70             | Del Pino Monge V                  | 31                     | Garde Pellejero B             | 21             | Linàs Alonso A               | 18         |
| Betoret Muntalà L     | 38                 | Del Río Arias L                   | 70                     | Gasulla Guillermo M           | 67, 71         | Lisbona Sacristán L          | 73         |
| Bigorra Espejo A      | 58                 | Delgado Ayala M                   | 19                     | Gil Armentia P                | 17             | Lizarraga Ursúa Y            | 28         |
| Blanco Canosa P       | 46                 | Delgado Sánchez FJ                | 58                     | Gil Canabal MP                | 68             | Lleixà Fortuño M             | 44         |
| Blanco Longueira MB   | 45, 54, 68         | Delgado Sánchez P                 | 27                     | Gil León M                    | 66             | López De La Alberca Ocaña MJ | 69         |
| Blanco Vega F         | 69                 | Díaz Herrera V                    | 41                     | Gil Romero V                  | 30             | López García T               | 34         |
| Bombín González S     | 35, 36             | Díaz Peláez E                     | 21                     | Giménez Lalaguna MI           | 47             | López Guisado I              | 67, 70     |
| Bonet Pineda G        | 67                 | Domené G                          | 43                     | Girón Barrenengoa H           | 31             | López León Murguía OJ        | 30         |
| Bosch Carabante C     | 73                 | Domene Nieves De La Vega G        | 58                     | Gómez Díez ML                 | 40             | López Martínez L             | 52, 61, 72 |
| Botas Rodríguez J     | 27, 69             | Domingo Criado R                  | 35                     | Gómez Fernández M             | 58, 71         | López Mora G                 | 40         |
| Buendía Alarcón ME    | 61                 | Domínguez Baños MA                | 40                     | Gómez García X                | 68             | López Navas MJ               | 27, 69     |
| Burqueño Campiñez MJ  | 31                 | Domínguez Ceballos ML             | 56                     | Gómez Gerique M               | 42             | López Sánchez MC             | 29         |

**LISTADO DE AUTORES DE COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL 38.º CONGRESO NACIONAL DE LA AEEC**

| AUTOR                  | PÁGINA/S               | AUTOR                        | PÁGINA/S           | AUTOR                       | PÁGINA/S               | AUTOR                | PÁGINA/S       |
|------------------------|------------------------|------------------------------|--------------------|-----------------------------|------------------------|----------------------|----------------|
| López Sixto SM         | 69                     | Niebla Bellido M             | 28, 35, 60         | Ricart Basagaña MT          | 69                     | Seoane Bello M       | 71             |
| López Zarrabettia I    | 58, 69                 | Nieto Lopez MA               | 62                 | Riveiro Rodríguez CM        | 49                     | Seoane Pardo NM      | 45, 54, 68     |
| Losada Pérez M         | 55, 69                 | Núñez Llevadot M             | 69                 | Riveiro Vilaboa M           | 31                     | Seral Espuñez T      | 45             |
| Luna Fontané S         | 19                     | Nuñez Lorca R                | 68                 | Roca Martínez F             | 72                     | Sernandez Guerrero M | 70             |
| Luna Gallardo P        | 72                     | Nuvials Casals F             | 31                 | Rodríguez A                 | 21                     | Serrat Serradell R   | 59             |
| Luque Barrero MP       | 68                     | Ocariz Aguirre MA            | 68                 | Rodríguez Alonso A          | 31                     | Sicilia M            | 39, 43         |
| Luque Carrasco D       | 73                     | Olmo Benítez M               | 46                 | Rodríguez Cañas D           | 45, 54, 68             | Sicilia Pérez M      | 43, 68, 71     |
| Luque López R          | 55, 56, 67             | Oms Oller R                  | 44, 69             | Rodríguez Carcelén MD       | 34                     | Simarro Garrigos MC  | 52, 61, 72     |
| Luque Oliveros M       | 37, 39, 40, 42, 61, 67 | Orfila Arias V               | 72                 | Rodríguez Costoya I         | 27                     | Simarro Ramírez L    | 43, 68, 71     |
| Macías De Plasencia G  | 21                     | Ortega Díaz A                | 73                 | Rodríguez Cruz S            | 62                     | Simó Vilaplana M     | 25             |
| Manzano Sánchez T      | 23                     | Ortega Fernández L           | 64                 | Rodríguez de Francisco N    | 27                     | Sirvent Fernández S  | 29             |
| Margalef García M      | 68                     | Ortega Ordúñez MA            | 26                 | Rodríguez Longueira S       | 46, 49                 | Sobre Lacaya C       | 49             |
| Marginet Finch J       | 65                     | Ortiz Gil I                  | 62                 | Rodríguez Mondéjar JJ       | 37                     | Solana Abril EM      | 40             |
| Marín López S          | 67                     | Outes Velay MB               | 25, 68, 69, 71     | Rodríguez Rodríguez G       | 46, 49                 | Solaz Rodenas C      | 72             |
| Marín-Barnuevo Fabo C  | 61, 72                 | Oya Luis I                   | 50                 | Rodríguez Senra J           | 70, 71                 | Soler Ayats C        | 27             |
| Mariné Méndez A        | 44, 70                 | Palacio Martínez A           | 70, 71             | Rojas García A              | 39, 42, 43, 66, 72, 73 | Soler Martí I        | 32             |
| Martí Almor J          | 27, 59                 | Palacios Muñoz P             | 21                 | Roman Salord O              | 73                     | Soriano Martín AI    | 46             |
| Martín Cerezo X        | 42, 58, 66, 73         | Palacios Pérez MA            | 27                 | Romero Arnau M              | 39                     | Sorribes Albors AJ   | 72             |
| Martín García A        | 21                     | Paniagua Martín MJ           | 46                 | Romero González A           | 52, 61, 72             | Soto Gil M           | 17             |
| Martín Girón I         | 19                     | Papín Rivas P                | 56                 | Romero Pastor M             | 44, 70                 | Suárez Bardón I      | 48             |
| Martín Lleixa A        | 28                     | Pardavila Belio MI           | 72                 | Ropero Osuna C              | 22                     | Tardío Cairó S       | 73             |
| Martín López P         | 50                     | Pardo Cladellas Y            | 18                 | Rosenfeld L                 | 43                     | Tarrela Redonda N    | 22             |
| Martín Pérez S         | 28                     | Paredes Pérez F              | 37                 | Rosenfeld Vilalta L         | 58                     | Thomas Yoles JM      | 73             |
| Martín Rodríguez M     | 50                     | Paredes Rodríguez A          | 71                 | Rúa Pérez MC                | 56                     | Tintorer Jaso L      | 38             |
| Martín Sereno C        | 22                     | Parellada Vendrell M         | 70                 | Rubio Ramos JC              | 58                     | Tolosana Viu JM      | 35, 60         |
| Martín X               | 43                     | Pastó Serra E                | 55, 69             | Rubio Sanz J                | 35, 36                 | Tordable Alonso O    | 22             |
| Martínez Casas S       | 23                     | Pastor Del Amo A             | 49                 | Ruiz Bustillo S             | 27                     | Torra Ricart L       | 43, 68, 71     |
| Martínez Castellanos T | 26                     | Pastor Ibáñez S              | 46                 | Ruiz Carol D                | 34                     | Torreiro Pampín ML   | 25, 68, 69, 71 |
| Martínez Espinosa R    | 72                     | Paz Fuentes AE               | 69                 | Ruiz García MJ              | 34, 61                 | Torres Álvarez C     | 26             |
| Martínez Gordillo N    | 32                     | Peig Martí MT                | 68                 | Ruiz García S               | 34, 61                 | Torres Ferrer A      | 73             |
| Martínez Lorente L     | 72                     | Peña Gil C                   | 20                 | Ruiz Pes A                  | 73                     | Torres Martínez I    | 37             |
| Martínez Marchan E     | 73                     | Peña Larrazabal MI           | 68                 | Ruiz Rodríguez JC           | 31                     | Torres Quintana A    | 44, 69         |
| Martínez Medina F      | 18                     | Peregrin Pascual A           | 73                 | Ruiz Rodríguez P            | 18                     | Torres Sánchez EM    | 34             |
| Martínez Momblan MA    | 44, 69, 70             | Pereiro Pérez MA             | 68                 | Ruiz Verdugo C              | 57, 68                 | Torta Castelló R     | 67             |
| Martínez Oliva JM      | 37                     | Pérez Armesto Y              | 62                 | Sabater Sánchez MC          | 56, 65                 | Tribó Miró I         | 25             |
| Martínez Ovejero E     | 32                     | Pérez Barreto JM             | 68, 73             | Sáez Jiménez MR             | 67                     | Trilla Colominas M   | 58, 65, 71     |
| Martínez Pérez J       | 20                     | Pérez De Nanclores Ingelmo M | 17                 | Sainz González M            | 23, 24, 48, 51         | Úbeda Conte N        | 30             |
| Martínez Puerta D      | 72                     | Pérez Gándara N              | 68                 | Sainz-Terrones Fernández D  | 68                     | Ubeda Tiikkanen A    | 26             |
| Masip Utset J          | 63                     | Pérez Ortega S               | 34, 45, 70         | Saiz Petrus AC              | 72                     | Valbuena Condon M    | 72             |
| Matas Avellà M         | 28, 35, 60, 66         | Pérez Riobo I                | 71                 | Salcedo Aranguren ME        | 68                     | Valenciano Sánchez A | 72             |
| Mateos A               | 69                     | Pérez Rioboo I               | 69                 | San Román Calvar JA         | 35, 36                 | Valero García MC     | 68             |
| Mauil Lafuente E       | 25, 59, 67, 71         | Pérez Saborit S              | 62                 | Sánchez Ballesteros I       | 72                     | Valle Pérez Y        | 41             |
| Melero Alegría JI      | 21                     | Pérez Sanjurjo M             | 72                 | Sánchez Bustelo A           | 48                     | Valverde Bernal J    | 20             |
| Melero Lacasia A       | 69                     | Pérez-Marín Martínez M       | 71                 | Sánchez Fernández PL        | 21                     | Vargas Färber C      | 59, 72         |
| Mena Rodríguez L       | 30                     | Pilar GM                     | 25                 | Sánchez González B          | 31                     | Vargas Farrer C      | 73             |
| Mena Sabastida E       | 63                     | Pintos Moroño P              | 71                 | Sánchez González JC         | 71                     | Vecina Oliver A      | 29             |
| Mendiluce Greño N      | 72                     | Plaza Sánchez D              | 73                 | Sánchez Lomares R           | 67                     | Vecino López M       | 32             |
| Mérida Montañez B      | 33                     | Plou Domínguez Y             | 55, 69             | Sánchez Pablo MR            | 50                     | Vega Castosa M       | 34             |
| Meroño Dueñas O        | 27                     | Pons Pons N                  | 72                 | Sánchez Sánchez R           | 37                     | Vega Gutiérrez A     | 40             |
| Mesa Amado MC          | 69                     | Poyatos Manrubia S           | 71                 | Sánchez Santiago D          | 25                     | Vega M               | 70             |
| Miguel Salan R         | 42, 62, 73             | Prada-Ramallal G             | 20                 | Sánchez Vicente S           | 39, 43, 69             | Velasco Bermejo N    | 58             |
| Miguez Piñeiro A       | 25, 68                 | Prat Mantas M                | 59, 72, 73         | Sánchez-Matamoros Martín MD | 37, 39, 40, 42, 61, 67 | Venturas Nieto M     | 28, 35, 60, 66 |
| Miranda Reyes A        | 69                     | Puerta Serén L               | 70                 | Sanchís Ruiz L              | 71                     | Vidal Guiamet JJ     | 73             |
| Molina Alameda L       | 27                     | Pueyo Pont MJ                | 25                 | Sanclemente Giménez S       | 47, 53                 | Vidorreta Gracia S   | 34, 45         |
| Molina Latorre R       | 31                     | Puig Álvarez S               | 73                 | Sandín Fuentes M            | 35, 36                 | Vieira de Oliveira J | 70             |
| Molina Mazón CS        | 39, 42, 58, 73         | Pujol Perella M              | 67                 | Sandonis Ruiz LM            | 68                     | Vilariño López P     | 49             |
| Moliner Mínguez N      | 62                     | Querol Valles E              | 38                 | Santamaría Lain R           | 22, 23                 | Vilariño Santos ME   | 70             |
| Monedero Sánchez M     | 46                     | Rabadán Anta T               | 21, 37             | Santaularia Capdevila N     | 26                     | Villalobos Abelló A  | 20             |
| Mont Girbau L          | 35                     | Ramil Pernas H               | 49                 | Santesmases Masana R        | 69, 70                 | Villares Jiménez A   | 67             |
| Moreno González C      | 50                     | Ramírez Arrabales P          | 22                 | Santirso López G            | 72                     | Villuela Rivero E    | 72             |
| Moreno Ros L           | 33                     | Ramírez De Diego I           | 44                 | Santos A                    | 70                     | Vozmediano Naveiro A | 72             |
| Moreno Ruiz L          | 21                     | Ramírez García E             | 32                 | Sanz Carbantes E            | 17                     | Zamorano Lluésma M   | 29             |
| Moscoco Otero D        | 51                     | Ramírez L                    | 69                 | Sanz Cardoso S              | 23                     | Zorzona López R      | 46             |
| Mosquera Varela AC     | 71                     | Ramón Simó J                 | 59, 73             | Sanz Reina N                | 46                     | Zubiri Cañada MS     | 69             |
| Muñoz Gadea A          | 50                     | Rebollo Lozano C             | 41                 | Sarabia López E             | 72                     | Zuloaga Quiroga P    | 68             |
| Muñoz Villarreal AB    | 55, 56, 67             | Reino Maceiras MV            | 20, 25, 68, 69, 71 | Sarrió Gil B                | 59                     |                      |                |
| Navarro Díaz M         | 50                     | Rene Bulnes L                | 35, 36             | Seco Aldegunde S            | 64                     |                      |                |
| Navarro Merino M       | 45                     | Requero García M             | 30                 | Segarra Hueso Y             | 66                     |                      |                |
| Navarro Vegas L        | 55, 69                 | Resmini E                    | 70                 | Segura Saint-Gerons C       | 70                     |                      |                |
| Nebot Margalef M       | 42, 73                 | Rey Santiso M                | 52, 73             | Sendino Laya N              | 70                     |                      |                |
| Neiro Rey MC           | 20, 25                 | Ricart Basagaña M            | 44                 |                             |                        |                      |                |

## Sección de Metodología. Enfermería Basada en la Evidencia: Investigación Clínica Aplicada a las Ciencias de la Salud.

Coordinadora: Susana Rubio Martín. [revistametodologia@enfermeriaencardiologia.com](mailto:revistametodologia@enfermeriaencardiologia.com)

# ENFERMERÍA ANALÍTICA: perfil observacional y experimental del cuidado

Dentro del marco de la Práctica Clínica basada en la Evidencia, el rol de los profesionales de la Enfermería se conforma, como ya hemos venido remarcando en los anteriores artículos de la sección, como piedra angular dentro de la «observación y análisis del cuidado».

**Enfermería es una disciplina que se puede denominar como observacional-cohabitante en ocasiones participante.** Creo que es necesario ser enfermero para entender de manera sencilla que es eso de la observación-cohabitante en ocasiones participante. Por la propia idiosincrasia de la profesión enfermera se puede deducir que es una disciplina observacional. Esto significa que nuestro paradigma tiene que ver con la conducta observable, con lo que vemos en el «*continuum*» de nuestra práctica clínica diaria, sea cual sea el ámbito laboral plurifocal en el que puede enmarcarse el profesional de enfermería. Es decir, sean conductas puras (acciones o movimientos), o bien juicios, pensamientos o discursos, Enfermería observa. En otras palabras, nuestro ámbito de conocimiento se encuadra en dos dimensiones convergentes, lo que los pacientes hacen o no hacen, lo empírico y objetivo (investigación cuantitativa), y lo que «dicen» o «callan», la cosmovisión y fenomenología entorno al cuidado y al paciente (investigación cualitativa).

La síntesis de los contenidos metodológicos de esta segunda etapa de la sección, en la que nos estamos centrando en material y metodos de los diferentes estudios de investigación, se puede enmarcar en esta frase reflexiva: **Ver y Describir un hecho, fenómeno, etc; no es lo mismo que Observar un hecho, un fenómeno, etc; como a su vez no es lo mismo que interactuar, Experimentar, tratar y/o curar ese hecho, fenómeno, etc.** Podemos, por lo tanto, concluir que hacer algo es lo opuesto a contemplar algo, así como que si tratamos de hacer algo estamos modificando lo observado.

En esta reflexión reside la esencia que facilita al investigador novel el entendimiento de la variabilidad metodológica de los diferentes tipos de estudios cuantitativos dentro del marco de la Investigación Epidemiológica. Según el interés u objetivo del estudio, así como el papel del investigador dentro del estudio en cuanto a su relación con la variable resultado podemos aprender de manera intuitiva la clasificación de los estudios de investigación (**tabla 1**).

**Tabla 1.** Clasificación tipo de estudios de investigación según objetivo o interés -(elaboración propia).

| INTERÉS U OBJETIVO DEL INVESTIGADOR                                     | TIPO DE ESTUDIO   | FINALIDAD, RESULTADO              |
|---|---|-----------------------------------|
| VER, DESCRIBIR  | ESTUDIOS DESCRIPTIVOS   | Generar hipótesis                 |
| MIRAR, OBSERVAR,<br>NO ASIGNACIÓN NI INTERVENCIÓN                       | ESTUDIOS ANALITICOS<br>OBSERVACIONALES                        | Análisis relación causal          |
| TRATAR, EXPERIMENTAR, aleatorización y<br>asignación de la intervención | ESTUDIOS ANALÍTICOS<br>EXPERIMENTALES,<br>CUAXIEXPERIMENTALES | Valorar efecto de la intervención |

Ver no es lo mismo que observar como observar no es lo mismo que experimentar. La propia semiología de los conceptos nos indica el grado de participación del sujeto (investigador) así como la secuencia lógica del proceso de la Investigación dentro de la formación en Investigación Clínica del investigador noble. Como decíamos en el anterior artículo de la sección, los estudios descriptivos son la puerta de entrada a la investigación clínica por las características de su metodología. Permiten de una manera, relativamente sencilla, plasmar en resultados lo que de manera intuitiva los profesionales de enfermería hacemos en nuestro quehacer diario, ver y describir como acto innato de nuestros sentidos y de esa forma generar hipótesis. El siguiente eslabón en la cadena metodológica es la de la visión Crítica o Analítica del hecho o fenómeno; es decir, pasar del acto de ver automático al acto intencional y cognitivo que requiere el observar o contemplar; y un paso más allá dentro de esa visión Analítica es pasar al acto de intervenir o fase experimental. El investigador en cuanto a ser social inmerso en una cultura ve el mundo a través de unas gafas conceptuales, de ahí la relevancia y magnitud de conocer y usar el método científico que proporciona rigor y calidad a la Evidencia resultante del estudio de investigación realizado.

En este nuevo artículo de la Sección de Metodología titulado: «LOS ESTUDIOS ANALÍTICOS COMO TIPO DE DISEÑO METODOLÓGICO», María Faz Pujalte y Raúl Jover, nos permiten tomar contacto, a modo de aproximación general, con el diseño metodológico de los estudios analíticos, al tiempo que nos presentan de forma gráfica y sencilla la viabilidad de la ejecución de este tipo de diseños, desmitificando el tabú que en ocasiones Enfermería tiene sobre una posible limitación para diseñar, participar y/o liderar este tipo de formato de alta calidad y rigor científico.

Para finalizar simplemente añadir, que es importante y necesario que desterremos ese «modus operandi» de VER sin MIRAR, el observar sin analizar y sigamos caminando hacia el mirar más allá, observar, analizar, experimentar y evaluar.

Encaminar nuestra Evidencia hacia donde los cuidados se hacen visibles y tangibles, aportando alto grado de autonomía y rigor científico a la Enfermería basada en la Evidencia. Enfermería explora, analiza y comunica dentro de la comunidad científica cada vez más y mejor, afianzándose su liderazgo como ente cualificado dentro del equipo multidisciplinar que conforma y promueve la práctica clínica basada en la Evidencia.

# LOS ESTUDIOS ANALÍTICOS COMO TIPO DE DISEÑO METODOLÓGICO

## Autores

M<sup>a</sup> Faz Pujalte Aznar<sup>1</sup>, Raúl Jover Ruiz<sup>2</sup>.

*1 Diplomada Universitaria en Enfermería por Universidad de Valencia, Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería y Doctoranda por la Universidad de Alicante. Enfermera de la Unidad de Cardiología del Hospital General Universitario de Elche.*

*2 Diplomado Universitario en Enfermería por la Universidad CEU-Cardenal Herrera, Cursando Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Alicante. Enfermero de la Unidad Integral Ambulatoria Especializada del Hospital General Universitario de Elche.*

### Dirección para correspondencia

M<sup>a</sup> Faz Pujalte Aznar  
Comité Editorial de Enfermería en Cardiología  
Casa del Corazón  
Ntra. Sra. De Guadalupe, 5-7  
28028 Madrid

**Correo electrónico:**  
mdpa1@alu.ua.es

## Resumen

Los estudios analíticos constituyen un eje fundamental dentro la investigación clínica. Es un tipo diseño de gran aplicabilidad a la práctica asistencial y se divide en tres clases: observacionales, experimentales y cuasiexperimentales. Dentro de los experimentales destaca el ensayo clínico aleatorizado, siendo el diseño óptimo y cuya calidad metodológica es recomendada por la comunidad científica, debido a su mayor nivel de evidencia. Dependiendo del estudio a realizar se debe utilizar uno u otro tipo de diseño. El campo de la investigación es amplio y diverso, siendo prioritario la correcta elección metodológica a aplicar para cada estudio planteado. Según la elección y su correcta aplicación a la investigación, nos permitirá extrapolar los resultados a nivel internacional. Redundando y ampliando el conocimiento existente sobre un determinado tema mediante la publicación en revistas con factor de impacto.

**Palabras clave:** investigación en enfermería, investigación, investigación metodológica en enfermería.

## ANALYTICAL STUDIES AS A TYPE OF METHODOLOGICAL DESIGN

### Abstract

Analytical studies constitute a cornerstone in clinical research. It is a kind of design highly applicable to healthcare practice and divides into three categories: observational, experimental and quasi-experimental. Among experimental studies, the randomized clinical trial stands out, it being the optimal design, and the methodological quality of which is recommended by the scientific community for its higher level of evidence. Depending on the study to be conducted, either type of design should be implemented. The research field is large and diverse, the correct methodological choice to be applied for each proposed study being a priority. Depending on the choice and the correct application thereof to research, we will be able to extrapolate the results at the international level, redounding to, and increasing, the current knowledge on a given subject by publishing in journals with impact factor.

**Keywords:** nursing research, research, nursing methodology research.



## INTRODUCCIÓN

Un reto planteado desde las universidades o facultades en Ciencias de la Salud y las diferentes sociedades científicas es formar a los profesionales sanitarios en investigación basada en la mejor evidencia científica. A nivel internacional, enfermería necesita nutrirse de todo este campo teórico, metodológico, estadístico e interpretativo para poder asentar su práctica clínica y visibilizarse como disciplina.

La investigación siempre ha sido un tema tabú y no ha calado adecuadamente en la profesión enfermera. Sí, hay que investigar pero sabiendo cómo hacerlo, utilizando un cuerpo de conocimientos y una metodología óptima que se adecue a la pregunta de investigación o a la hipótesis planteada para el estudio.

Un correcto planteamiento metodológico permite obtener una investigación de calidad, cuya validez y fiabilidad estarán precedidas por la obtención de unos resultados concluyentes. La elección del tipo de diseño vendrá determinada por la pregunta de investigación planteada para el estudio, conocer los diferentes tipos de diseño, la aplicación a la clínica y el nivel de evidencia, proporcionará un amplio campo de conocimiento sobre el que fundamentaremos las futuras investigaciones.

Siguiendo con las anteriores publicaciones de la sección de *Metodología y Enfermería Basada en la Evidencia*, en este artículo se expone una breve aproximación al amplio campo de los estudios analíticos expuesto en el artículo de Rubio-Martín, en el cual se describen los diferentes tipos de estudios cuantitativos y su fundamentación<sup>1</sup>.

### Aproximación a los estudios analíticos:

Los estudios analíticos están dirigidos a contestar por qué sucede un determinado fenómeno. Es decir, implica analizar las asociaciones existentes entre variables o entre causa y efecto.

En estos estudios se parte del planteamiento de una hipótesis sobre el comportamiento de determinados factores o variables su finalidad es establecer si aparece una relación significativa o no entre ambas. El contraste de hipótesis nos aporta información para conocer si son coherentes los resultados de la investigación del estudio. Las principales características de los estudios analíticos se pueden resumir en la **Tabla 1**.

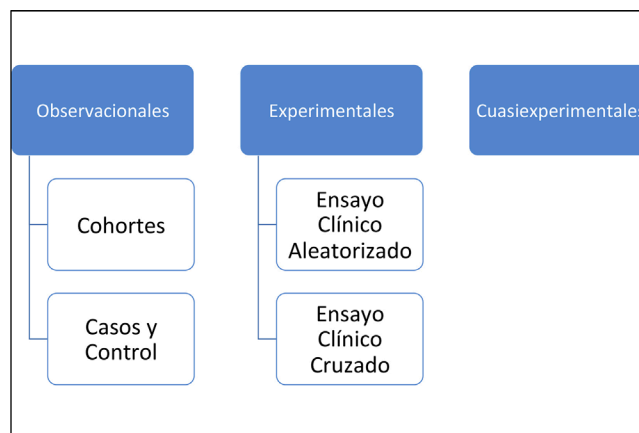
### Tipos de estudios analíticos:

Los estudios analíticos se pueden clasificar en: observacionales, experimentales y cuasiexperimentales.

**Tabla 1.** Características de los estudios analíticos

| CARACTERÍSTICAS ESTUDIOS ANALÍTICOS   |
|---|
| ✓ Indicados cuando aparece bibliografía de un problema planteado.           |
| ✓ Buscan relaciones entre variables o factores de riesgo.                   |
| ✓ Plantean hipótesis pendientes de verificar.                               |
| ✓ Validan o rechazan la hipótesis del estudio.                              |
| ✓ Describen las relaciones existentes entre variables o factores de riesgo. |
| ✓ Establecen si aparece o no relación de causalidad entre variables.        |
| ✓ Constituyen un nivel avanzado en investigación.                           |

Dentro de cada uno se dividen según el tipo de metodología planteada dependiendo del objetivo de investigación (**Figura 1**).



**Figura 1.** Tipo de Estudios Analíticos.

Los estudios observacionales constituyen un tipo de investigación observacional directa siendo una alternativa importante para medir las variables de interés. Gran parte de la información que se requiere es a través de estos estudios y se obtienen mediante observación directa. Este tipo de observación científica incluye la elección sistemática, observación y registro de comportamientos y medios pertinentes a investigar<sup>2</sup>. Se dividen a su vez en dos: estudios de cohortes y de casos y controles.

Los estudios de cohortes implican efectuar un seguimiento de grupos de individuos a lo largo del tiempo. Los principales propósitos son dos: descriptivo, es decir, describir la incidencia de ciertos efectos o desenlaces a medida que pasa el tiempo, y analítico, lo que implica analizar las asociaciones existentes entre los factores de riesgo y dichos desenlaces. Existen dos variaciones de este diseño; prospectivos, en los que el investigador define la muestra y mide las variables predictoras antes

de que se produzcan y los retrospectivos, en los que el investigador define la muestra y recoge los datos referentes a las variables predictoras una vez que se ha producido el desenlace<sup>3</sup>.

En los estudios de casos y controles se obtienen dos grupos de individuos, los que tienen la enfermedad (casos) frente a un grupo de individuos sanos (controles). El investigador comprueba en ambos grupos la exposición a un factor de riesgo en el grupo de casos frente al no expuesto en el control<sup>3</sup>. En este diseño la muestra de cada grupo debe ser similar, solo debe diferenciarlas el padecer o no la enfermedad.

Los estudios experimentales representan un grueso importante y de gran evidencia científica, están considerados entre la comunidad científica como el diseño estándar frente al que se puede medir el resto de diseños. Se subdivide en dos tipos: ensayo clínico aleatorizado y ensayo clínico cruzado o intragrupo. La esencia del estudio experimental es que requiere una manipulación intencional de una variable independiente para analizar las consecuencias de la manipulación en la variable dependiente, es decir, sus posibles resultados<sup>4</sup>.

El ensayo clínico aleatorizado (ECA) es el estudio experimental más frecuente y el mejor para demostrar la causalidad o la eficacia de una intervención. Utiliza dos grupos para la comparación; el grupo experimental recibe la intervención, manipulación o tratamiento y el grupo control que no recibe ningún tipo de intervención. La principal característica diferenciadora del resto de estudios experimentales es la asignación de los individuos al azar a cada grupo garantizando la homogenización de la muestra y la comparación de los resultados, extrapolables al resto de la población.

En el estudio clínico cruzado se caracteriza porque cada individuo actúa como caso y su control, en primer lugar, se asigna a los participantes para que empiecen con el placebo y posteriormente cambian al tratamiento activo<sup>2</sup>. También puede ocurrir que tras la administración de un determinado tratamiento se cambie a otro, entre los cuales se deja transcurrir un tiempo denominado periodo de lavado durante el cual se elimina completamente el tratamiento administrado, tras el lavado se administra otro tratamiento diferente y se analizan los resultados. Esto permite obtener una muestra homogénea con un control exhaustivo de variables de confusión. Este tipo de estudios sólo constituyen una buena opción cuando los sujetos son difíciles de conseguir o cuando los efectos remanentes del tratamiento aplicado no serán un problema para los resultados.

El estudio cuasiexperimental es un estudio analítico, se manipula una variable independiente y se implanta un tratamiento experimental<sup>2</sup>. Sin embargo, este diseño carece por lo menos de una de las propiedades esenciales que caracterizan al estudio experimental puro o ECA que son las muestras aleatorias. Es decir, aparece manipulación del investigador pero no se realiza una asignación aleatoria de los individuos. No está garantizada la homogenización de la muestra.

Los estudios analíticos constituyen un grueso metodológico importante en la investigación en Ciencias de la Salud, los tres principales tipos de estudios son muy valorados por la comunidad científica, se aplicarán dependiendo de la pregunta o hipótesis de investigación. La plausibilidad y validez de los resultados obtenidos vendrán intrínsecamente unidas a la metodología utilizada.

#### **Calidad de los estudios analíticos:**

La calidad de los estudios analíticos está en relación con la investigación y la relevancia para la clínica, permite nuevas evidencias que suponen cambios importantes en los cuidados o asistencia sanitaria de calidad. La mejor evidencia disponible es la investigación relevante para la clínica, con frecuencia esto procederá de la investigación de las ciencias básicas de la medicina, pero esencialmente de la investigación clínica centrada en el paciente y referida a la exactitud y precisión de los test diagnósticos, a la potencia de los marcadores pronósticos, y a la eficacia y seguridad de los regímenes preventivos, rehabilitativos y terapéuticos<sup>5</sup>.

La investigación en Ciencias de la Salud se encuentra en un proceso de contrastación de hipótesis, de exhaustividad metodológica y de refutación de la mejor evidencia científica. Todo esto tiene su origen en un término que se ha repetido en numerosas publicaciones, en comités científicos y en comisiones de calidad asistencial como es la definición de «Medicina basada en la evidencia» (MBE) que fue acuñada por la Facultad de Medicina de la Universidad de McMaster, definida como «... *is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individuals patients*» (Sackett, Rosenberg, Gray Haynes y Richardson, 1996).

Desde la perspectiva de MBE y de la «Enfermería basada en la evidencia» (EBE), el profesional enfermero debe conocer el mejor nivel de evidencia disponible dependiendo de los estudios publicados, del tipo de revisiones sistemáticas o metaanálisis realizados y las fuentes adecuadas de consulta habitual.

Para que la clínica y los cuidados estén basados en la evidencia, los diseños metodológicos deben estar correctamente planteados al tipo de investigación. Para enfermería es fundamental publicar, puesto que las mejores evidencias se extraen principalmente de estudios analíticos, de los tres grupos, los ECA son los «gold estándar» de la investigación. Evidentemente los observacionales y los cuasiexperimentales constituyen un nivel de evidencia bueno y aceptable para la comunidad científica.

A continuación, se muestra en este artículo una jerarquización del nivel de evidencia dependiendo del diseño metodológico empleado o el tipo de revisión realizada (**Figura 2**).



**Figura 2.** Nivel de Evidencia según tipo de estudio.

Desde este artículo se quiere promover la investigación en enfermería, que pueda disponer de todas las herramientas metodológicas y conocimientos siéndoles útiles para la disciplina. Desarrollar un campo de conocimientos avalados científicamente por la evidencia, con similar equiparación y validez que el resto de profesionales de las Ciencias de la Salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rubio-Martín S. Aproximación a la fase metodológica de la investigación en Ciencias de la Salud: diseño de los estudios cuantitativos. *Enferm Cardiol.* 2015;22(66):13-6.
2. Polit, Denise F, Hungler, Bernadette P. Investigación científica de la salud: dirigido a médicos, enfermeras, administradores en salud pública y otros profesionales de la salud. 3ª ed. México: Interamericana; 1991.
3. Hulley SB, Cummings SR. Diseño de la investigación clínica: un enfoque epidemiológico. Barcelona: Doyma; 1993.
4. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México. McGraw-Hill Interamericana; 2006.
5. Cabrero García J, Richart Martínez M. Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. Salamanca: Kadmos; 2001.

## SECCIÓN: UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS

Coordinador: Carlos Santos Molina Mazón. csmolinamazon@gmail.com

# VENTRÍCULO DERECHO, EL GRAN OLVIDADO

## RIGHT VENTRICLE, THE FORGOTTEN CHAMBER

Enferm Cardiol. 2017; 24 (70): 82-83.

### Autores

Carlos Santos Molina Mazón<sup>1</sup>, Xenia Martín Cerezo<sup>2</sup>,  
Gerard Domene Nieves de la Vega<sup>2</sup>, Ana Rojas García<sup>2</sup>

**1** Supervisor de Enfermería. Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos y Unidad de Arritmias. Área de Enfermedades del Corazón. Hospital Universitario de Bellvitge. GRIN, IDIBELL. Sistema de Emergencias Médicas. Barcelona

**2** Enfermero/a de la Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos. Área de Enfermedades del Corazón. Hospital Universitario de Bellvitge

### Dirección para correspondencia

Carlos Santos Molina Mazón  
Área de Enfermedades del Corazón  
Hospital Universitario de Bellvitge  
Feixa Llarga, s/n 08907  
L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona  
Correo electrónico: csantos@bellvitgehospital.cat

El ventrículo derecho (VD) es una estructura compleja con morfología en forma de U enrollada sobre el ventrículo izquierdo (VI). Está formado por una cámara de entrada y otra de salida, respectivamente, que forman aproximadamente un ángulo de 60° y que se hallan separadas una de otra por un arco muscular: la «*crista supraventricularis*». Dicha crista, forma un orificio casi completo: el «*ostium infundibuli*». La crista se compone de una banda septal (junto al tabique), gruesa trabécula muscular, y la banda parietal, que hace prominencia sobre el velo anterior tricuspídeo. De la porción distal de la banda septal se desprende una trabécula que llega hasta la base del músculo papilar anterior: «*banda moderadora*» (Figura 1).

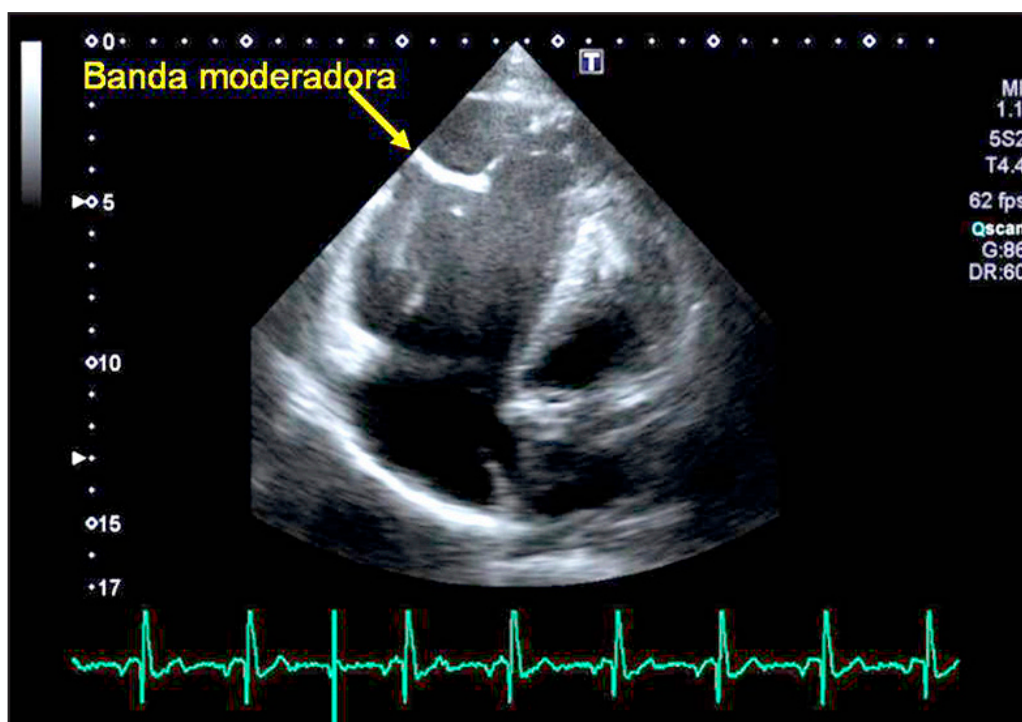


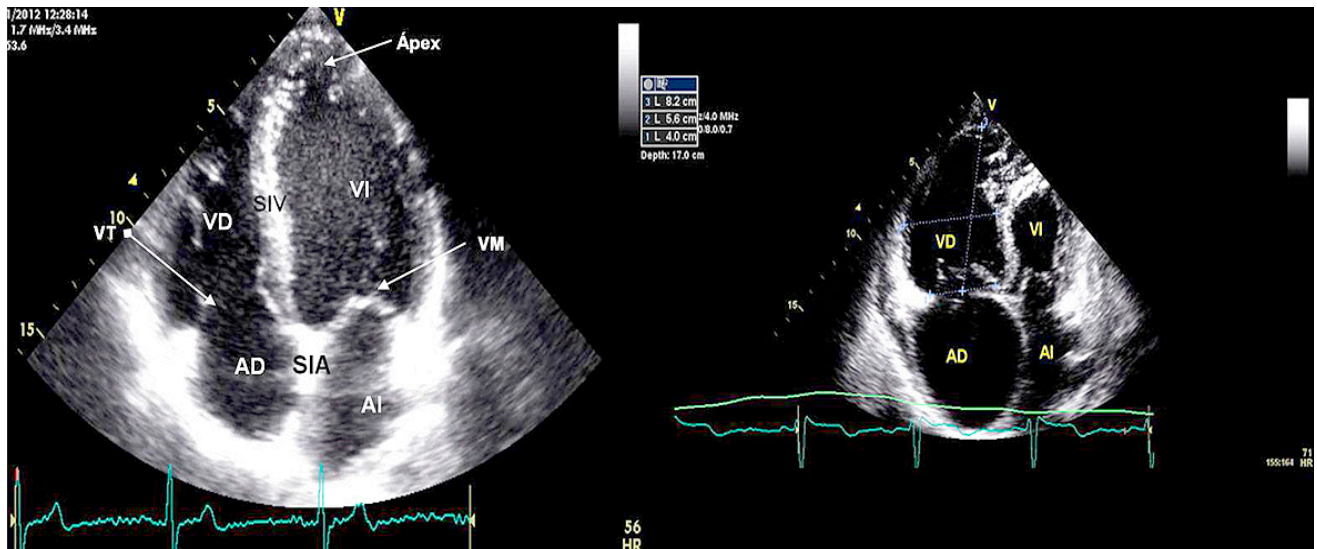
Figura 1. Imagen de ETT de VD dilatado e hipertrofia de la banda moderadora.



El VD ha sido relegado durante décadas, subestimándose la relevancia de su estructura y función. Se caracteriza por ser una estructura con un patrón geométrico y de contracción irregular funcionando como una bomba peristáltica que se ve influenciada por las condiciones de carga. En situaciones patológicas con elevada postcarga se produce una «izquierdización» del VD.

El conocimiento de su función parece trascendental en la Hipertensión Pulmonar especialmente en la idiopática, las cardiopatías congénitas con o sin Eisenmenger, la insuficiencia cardiaca izquierda, sobrecargas de volumen (CIA, insuficiencia tricúspide,...) o miocardiopatías con afectación derecha (Displasia arritmogénica de VD, etc.).

El ecocardiograma transtorácico (ETT) es el método diagnóstico de elección inicial para el estudio de las cardiopatías congénitas. La ETT tiene las ventajas de accesibilidad, inocuidad, coste-eficacia y versatilidad. Permite obtener imágenes de la forma, el tamaño y el grosor de la pared ventricular, permitiendo además, observar los desplazamientos del septo interventricular, la motilidad segmentaria, los diámetros ventriculares y el tamaño auricular derecho (Figura 2).



**Figura 2.** El panel de la izquierda corresponde a un ecocardiograma bidimensional en una proyección apical 4 cámaras donde se evidencia un corazón normal, siendo el tamaño del VD menor que el VI. A la derecha, se aprecia unas cavidades derechas severamente dilatadas con desplazamiento de los tabiques por la sobrecarga de presión. AD: aurícula derecha; SIA: septo interauricular; SIV: septo interventricular; AI: aurícula izquierda; VM: válvula mitral.

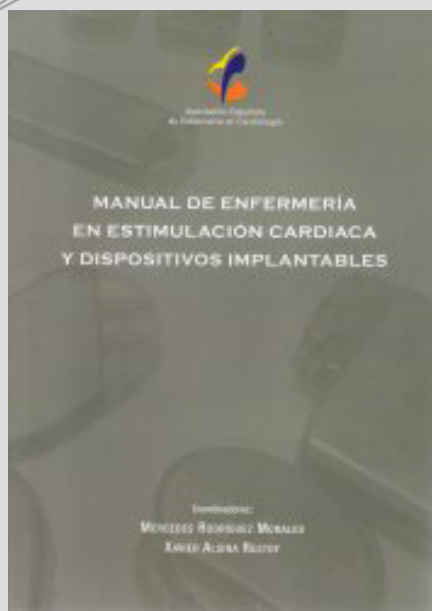
A través de la insuficiencia tricúspide (IT) es posible estimar el gradiente de presión sistólica entre el VD y la aurícula derecha (AD); si a éste se le suma la presión estimada de la AD se obtiene la presión sistólica de la arteria pulmonar (PAPs) (Figura 3).



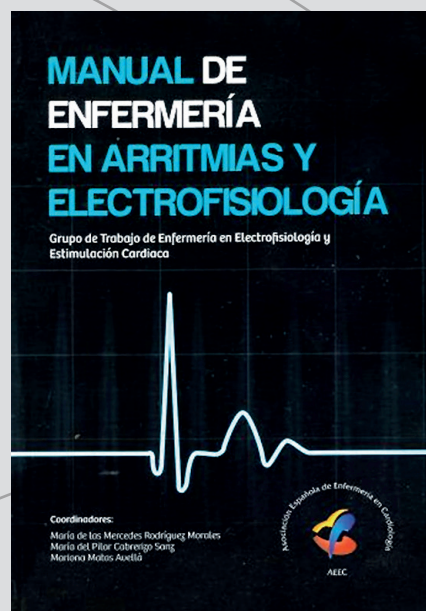
**Figura 3.** El panel de la izquierda corresponde a un ecocardiograma bidimensional en la proyección apical 4 cámaras con zoom en cavidades derechas donde se evidencia con Doppler-color un importante chorro de regurgitación en AD correspondiente a una IT severa. A la derecha, se muestra el estudio Doppler de la IT para estimar la PAPs (HAP muy severa).



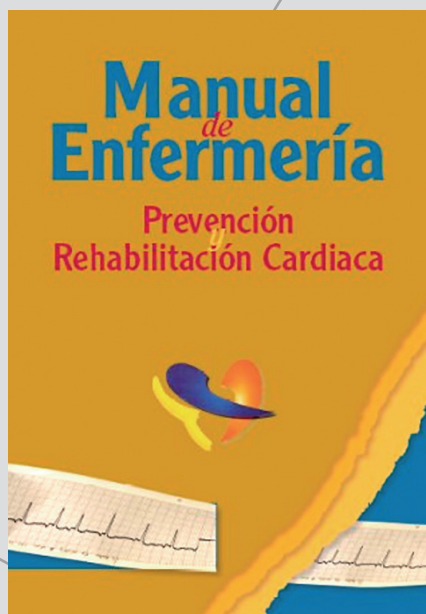
# Material divulgativo producido por la AEEC destinado a los profesionales de enfermería cardiológica



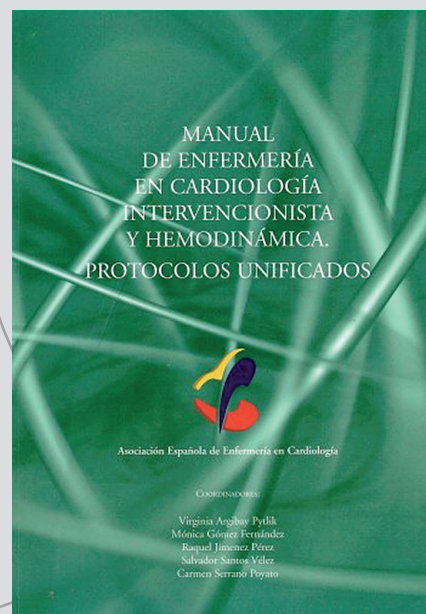
Descarga en PDF



Descarga en PDF



Descarga en PDF



Descarga en PDF



Debido a la gran demanda de solicitudes recibidas de los manuales en formato papel, hemos decidido editarlos para satisfacer el gran interés despertado. El coste de cada manual va destinado a cubrir los gastos de producción del mismo.

Podéis solicitar los manuales de la AEEC a través del correo electrónico:

**[secre@enfermeriaencardiologia.com](mailto:secre@enfermeriaencardiologia.com)**

P.V.P. 60 € (incluye costes de envío)

**¡50 % de descuento para nuestros asociados!**

**Precio para asociados de la AEEC: 30 € (incluye costes de envío)**

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

## **BASES GENERALES**

1. Pueden optar a estos premios todos los profesionales enfermeros (españoles o extranjeros), a excepción de los miembros que componen el Jurado.
2. La participación puede ser tanto a título individual como colectivamente, pero al menos, uno de los autores del trabajo deberá ser miembro de pleno derecho de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC).
3. Los trabajos que se presenten, que deberán ser originales inéditos y estar escritos en lengua castellana, podrán versar sobre cualquier área de conocimiento en donde se desempeñe la Enfermería en cardiología. Deberán cumplir las normas de publicación de nuestra publicación científica, no debiendo haber sido presentados, publicados o haber obtenido otros premios o becas.
4. Los premios tendrán un carácter anual y en esta Decimoséptima Edición, se considerarán dentro del plazo establecido, todos aquellos trabajos que hayan sido publicados en los números 70, 71 y 72 correspondientes al año XXIV de nuestra publicación *ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA*.
5. Los premios se fallarán por un Jurado compuesto al efecto, por los siguientes miembros: Dirección de la revista Enfermería en Cardiología, Presidenta de la Asociación o en quien delegue, Presidenta del Comité Científico o en quien delegue y una enfermera/o experta/o, cuya identidad se dará a conocer después de la concesión de los Premios por parte del Jurado.
6. El fallo del Jurado se hará público en el XXXIX Congreso Nacional de la AEEC.
7. El fallo del Jurado será inapelable, pudiendo dejar desierto los premios convocados si se considera por parte de los miembros, que los trabajos presentados no reúnen la calidad científica suficiente para ser merecedores de los mismos.
8. Las dotaciones económicas de los premios se han establecido en: un primer premio dotado con una cuantía de 700 euros y un segundo premio de 400 euros. La entrega de los mismos tendrá lugar en la sede del XXXIX Congreso Nacional de la AEEC.
9. No podrán optar a premio aquellos trabajos publicados en la revista, que ya hayan sido premiados en el Congreso Nacional de la AEEC, ni aquellos otros en los que conste como autor o partícipe algún miembro del Jurado.
10. La participación y presentación de los trabajos al certamen, implica necesariamente la aceptación de las presentes bases que lo rigen.

# NORMAS DE PUBLICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE ORIGINALES INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

La Revista de la AEEC ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA ([www.enfermeriaencardiologia.com](http://www.enfermeriaencardiologia.com)) publica trabajos originales, artículos de revisión, originales breves, artículos de opinión y actualización o puesta al día, relacionados con los aspectos específicos de la atención enfermera, que contribuyan a desarrollar y difundir el cuerpo de conocimientos científicos en enfermería cardiológica.

Los autores que deseen publicar en nuestra revista deberán seguir y tener en cuenta las siguientes normas basadas en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (CIDRM):

## 1. TIPOS DE ARTÍCULOS.

### 1.1. ARTÍCULOS ORIGINALES.

Se consideran artículos originales aquellos trabajos de investigación cuantitativa o cualitativa relacionados con cualquier aspecto relacionado con las áreas de estudio de la revista. Deberán encontrarse estructurados atendiendo a las siguientes secciones: Resumen, Palabras Clave, Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones, Agradecimientos y Bibliografía. Cada una de ellas convenientemente encabezadas.

### 1.2. CASOS CLÍNICOS.

Descripción de uno o más casos por su especial interés debido a su especial aportación al conocimiento científico o por su extrañeza, entre otros motivos. (Ver apartado 7. Normas específicas para la presentación de Casos Clínicos).

### 1.3. REVISIONES.

Trabajos de revisión de determinados temas que se considere de relevancia en la práctica de la atención en cardiología, preferentemente con carácter de revisiones sistemáticas. Debiendo estar estructurados de la siguiente manera: Introducción, Exposición del tema y Bibliografía.

### 1.4. PERSPECTIVAS.

Artículos que, a juicio o invitación expresa del Comité Editorial, desarrollen aspectos novedosos, tendencias o criterios, de forma que puedan constituir un enlace entre los resultados de investigación, los profesionales sanitarios y la sociedad científica.

### 1.5 EDITORIALES.

Artículos escritos a solicitud del Comité Editorial sobre temas de interés o actualidad.

### 1.6. CARTAS AL DIRECTOR.

Observaciones o comentarios científicos o de opinión sobre trabajos publicados en la revista recientemente o que constituyan motivo de relevante actualidad.

### 1.7. ARTÍCULOS DE RECESIÓN.

Comentarios sobre libros de interés o reciente publicación. Generalmente a solicitud del Comité Editorial, aunque también podrán ser considerados los enviados espontáneamente.

### 1.8. ARTÍCULOS ESPECIALES.

La revista puede publicar artículos especiales por encargo del Comité Editorial, sugerencias de los asociados/as o de otro posible origen. Estos artículos se publicarían bajo distintas denominaciones: Informes técnicos, formación continuada, artículo de interés, etc. Aquellos autores que deseen colaborar en esta sección deberán solicitarlo previamente al Comité Editorial, enviando un breve resumen y consideraciones personales sobre el contenido e importancia del tema.

### 1.9 ARTÍCULOS EN LA SECCIÓN UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS.

Fotos, figuras o imágenes curiosas, insólitas o demostrativas que estén relacionadas con el mundo de la Cardiología acompañadas de un texto explicativo breve.

## 2. REMISIÓN DE TRABAJOS.

Todos los manuscritos deberán ser remitidos a través de nuestra dirección de correo electrónico: [revista2@enfermeriaencardiologia.com](mailto:revista2@enfermeriaencardiologia.com) Adjuntando una **carta dirigida al Director de la Revista, firmada por todos los autores**, en la que:

- solicitarán la revisión del manuscrito para su publicación
- harán constar sus nombres completos y su filiación
- señalarán un autor como el responsable de la correspondencia, consignando su dirección postal y electrónica

- declararán, de forma explícita, su participación intelectual en el manuscrito y consentimiento con el contenido de la versión enviada
- expresarán que no existen conflictos de intereses ni éticos que confluyan en el manuscrito

- declararán que el manuscrito no ha sido publicado, enviado ni está en evaluación por ninguna otra revista científica.

Si un trabajo incluyera material previamente publicado en otra fuente de información, el autor deberá obtener permiso para su reproducción y citará adecuadamente dicho permiso y la fuente original del mismo.

El Comité Editorial acusará recibo de todos los trabajos recibidos en la redacción de la revista.

Todos los artículos aceptados para su publicación quedarán como propiedad permanente de la AEEC.

## 3. ASPECTOS DEL MANUSCRITO.

**PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO:** A doble espacio, con márgenes de 2,5 cm y páginas numeradas en su ángulo superior derecho. Formato de letra: Arial Narrow 10. Extensión máxima de los artículos originales: 5000 palabras (excluidas las tablas, gráficos y pies de figura).

En la PRIMERA PÁGINA del trabajo, se incluirá:

- Título en mayúsculas en español y en inglés. Y título abreviado en español: máximo 90 caracteres.

- Autores (de 1 a 3 autores o investigadores principales y el resto colaboradores) El nombre de los autores debe ser completo, en el orden tal como se desee que aparezcan en la sección de autoría. El mismo deberá incluir: titulación de grado académico, institución donde se trabaja, departamento o servicio y cargo que ocupa. Se deberá designar a uno de los autores como autor de correspondencia indicando una dirección postal completa, teléfono y correo electrónico de contacto.

- Fuente de financiación del trabajo, si procede.

- Año de realización del trabajo.

- Otra información relevante al respecto, por ejemplo, si ha sido presentado en una jornada o congreso, o si ha recibido algún premio o reconocimiento.

Las FIGURAS, TABLAS e ILUSTRACIONES podrán ser incluidas al final del texto o remitidas separadamente, en fichero aparte, numeradas de forma consecutiva a su orden de aparición en el texto. Las tablas y las figuras se clasificarán y numerarán de forma independiente unas de otras. Las tablas llevarán un título en la parte superior y si se considera necesario, una breve explicación a pie de tabla. Las figuras llevarán un título en la parte inferior y si se considera necesario, una breve explicación.

Su contenido será explicativo y complementario, sin que los datos puedan suponer redundancia con los referidos en el texto. Las leyendas, notas de tablas y pies de figuras, deberán ser lo suficientemente explicativas como para poder ser interpretadas sin necesidad de recurrir al texto.

El número máximo será de seis tablas y seis figuras en los artículos originales. Las figuras no repetirán datos ya incluidos en el texto del artículo ni en las tablas.

Las TABLAS se elaborarán siempre en el formato Tabla básica 1 del editor de textos Word (o programa similar).

Las FIGURAS se presentarán en formato electrónico al uso (jpg, bmp, tiff, etc.).

En caso de incluir fotografías de pacientes, estarán realizadas de forma que no sean identificables.

En caso de utilizarse ABREVIATURAS, el nombre completo al que sustituye la abreviación, deberá preceder a su utilización y siempre la primera vez que se utilicen en el texto, excepto en el caso de que se corresponda con alguna unidad de medida estándar.

Cuando se utilicen unidades de medida, se utilizarán, preferentemente las abreviaturas correspondientes a las Unidades del Sistema Internacional.

Siempre que sea posible, se incluirá un listado de abreviaturas presentes en el cuerpo del trabajo.



#### 4. SECCIONES DE UN ARTÍCULO:

Título en mayúsculas, en español e inglés y **título abreviado** con una extensión máxima (incluyendo espacios) de 90 caracteres.

**Resumen:** Se redactará en español e inglés (**Abstract**). No superior a 250 palabras, que hará referencia a los puntos esenciales del artículo y a los aspectos más significativos del mismo. No contendrá citas bibliográficas, ni abreviaturas (excepto las correspondientes a las unidades de medida). Puede incluir un breve apartado final titulado: Importante o novedoso. El resumen de los ARTICULOS ORIGINALES estará estructurado en cuatro apartados: -Introducción y objetivos, -Material y Métodos, -Resultados y -Conclusiones.

**Palabras clave:** Debajo del resumen se especificarán de 5 a 8 palabras claves, redactadas igualmente en español e inglés (**Key words**), que identifiquen el contenido del trabajo y faciliten su inclusión en los repertorios y bases de datos bibliográficas. Se deberán emplear términos o descriptores estandarizados de temas de salud (MeSH) del Index Medicus o similar.

**Introducción:** Deberá ser lo más breve posible, definiendo claramente el objetivo del estudio. Se hará una fundamentación precisa del mismo con aquellas referencias que sean estrictamente necesarias.

**Material y métodos:** Deberá incluir información suficientemente detallada de la selección de los sujetos de estudio, las técnicas y procedimientos utilizados que permitan la reproducción del mismo por otros investigadores. Se expondrán los métodos estadísticos empleados o los análisis realizados, con criterios de inclusión y exclusión y los posibles sesgos. En los ensayos clínicos los autores deberán hacer constar que el trabajo ha sido aprobado por el Comité de Ética y de Ensayos Clínicos correspondiente.

**Resultados:** Deberán ser claros y concisos, especificando las pruebas estadísticas utilizadas y el grado de significación estadística, cuando proceda. Se pueden acompañar de tablas, gráficos o figuras que contengan los principales resultados del estudio.

**Discusión y Conclusiones:** Deberán enfatizarse aquellos aspectos novedosos e importantes del trabajo y sus conclusiones. No deberán repetirse aspectos ya reseñados en el apartado anterior. Se matizarán las implicaciones de los resultados comentando las limitaciones del estudio, relacionándolas con otros estudios relevantes e intentando explicar las discordancias que se observan. Deberán evitarse conclusiones que no estén totalmente apoyadas por los resultados.

**Agradecimientos:** Podrá reconocerse cualquier tipo de contribución en el diseño, ayuda técnica u orientación. Asimismo, el apoyo humano o material, especificando la naturaleza del mismo y si hubiera algún tipo de conflictos de intereses deberá expresarse de forma precisa.

**Bibliografía:** Las citas bibliográficas deberán seguir el formato internacional de acogida para las revistas biomédicas y de CC. de la Salud (véase apartado 5).

#### 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

La bibliografía estará numerada, según el orden de aparición en el texto, identificándolas en el mismo mediante números arábigos entre paréntesis y en superíndice. Se recomiendan un máximo de 30 referencias, que deben ser lo más recientes y relevantes posibles. Las comunicaciones personales y los datos no publicados no deberían aparecer en la bibliografía y se pueden citar entre paréntesis en el texto. En todo caso se seguirán siempre las recomendaciones de la Normativa de Vancouver (versión, abril 2010; actualizado julio 2012) Esta puede consultarse en español en la siguiente dirección electrónica:

[http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos\\_de\\_Uniformidad.pdf](http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf)

#### 6. PROCESO EDITORIAL.

- El Comité Editorial de ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA se reserva el derecho a rechazar aquellos originales que no juzgue apropiados, así como de proponer modificaciones a los autores/as cuando lo considere necesario.

- El Comité Editorial no se responsabiliza, ni necesariamente comparte, el contenido y las opiniones vertidas por los autores en los trabajos publicados.

- ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA enviará corrección de pruebas a los autores sugiriendo las posibles correcciones y errores detectados cuando sea necesario. En otro caso, la revista se reserva el derecho de realizar ligeras modificaciones o cambios literarios en la redacción del texto en aras de una mejor comprensión del mismo,

sin que ello pueda afectar al contenido del artículo.

- Los trabajos no aceptados se remitirán a sus autores, sugiriendo en su caso las modificaciones precisas para su publicación o notificando su no aceptación definitiva.

#### 7. NORMAS DE PUBLICACIÓN ESPECIALES PARA LA PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS.

**Las normas generales contenidas en los 6 apartados anteriores son de aplicación a los casos clínicos a salvo de las especificaciones subsiguientes.**

- AUTORES: Máximo 4 autores. El nombre de los autores debe ser completo, en el orden tal como se desee que aparezcan en la sección de autoría.

- ESTRUCTURA: Título, resumen y palabras clave: (ver normas generales en el apartado 4).

Se describen los siguientes apartados: A) Introducción, B) Observación Clínica (presentación del caso o casos en general o en particular: Caso 1, Caso 2), C) Discusión y D) Bibliografía.

A) Introducción: deberá orientar y preparar al lector con respecto a la enfermedad, técnica o materia del cual trate. Igualmente deberá especificar cuál es el interés o importancia del tema y/o de los autores en este caso. No se extenderá más de media página y será un resumen breve de la revisión del tema al respecto, sin duplicar información que se exponga a posteriori. Proporcionará la información necesaria del caso que se presenta para su mejor comprensión.

B) Observación Clínica: presentación del caso lo más detallado posible, incluyendo las dudas o problemas diagnósticos o de otro tipo. Se puede utilizar una revisión bibliográfica actualizada, específica del tema a tratar.

En la medida en que vaya avanzando en esta sección, se irán comparando los datos relevantes del caso en cuestión con lo descrito en la literatura (a manera de discusión), exponiendo sus diferencias y similitudes. Deberá incluir la incidencia (de ser posible incluya la nacional), presentación clínica, etiología, fisiopatología, diagnóstico diferencial, pronóstico y tratamiento, si corresponde.

C) Discusión: deberán comentarse aquellos datos relevantes, por qué se utiliza un método u otro y tratar acerca de las posibles controversias o planteamientos que puedan derivarse del estudio de caso, en relación a la sistemática, diseño, etc. Deberá haber un pequeño comentario, a modo de reflexión, en relación a aquellos aspectos más interesantes del caso.

D) Bibliografía: se incluirán un máximo de 10 citas que deben ser lo más recientes y relevantes posibles. (Más información: apartado 5)

- TABLAS: se incorporan dentro de las secciones de Introducción y/o Presentación del Caso, se elaborarán siempre en el formato Tabla básica 1 del editor de textos Word (o programa similar), su título se escribe en negrilla y se aportan en documento separado del texto.

- FOTOGRAFÍAS Y FIGURAS: se incorporan dentro de las secciones de Introducción u Observación Clínica. Las fotografías serán de calidad en formato digital tipo JPG o similar, con tamaño de 10 x 15 cm. Gráficos, dibujos, esquemas, mapas, escaneados o creados con ordenador, otras representaciones gráficas y fórmulas no lineales, se denominarán figuras y tendrán numeración arábica consecutiva. Cada figura portará su número correspondiente. Todas se mencionarán en el texto. Los pies de figura se mecanografiarán en su parte inferior y en negrilla. El total de las figuras y tablas ascenderá a un máximo de 4 para la presentación de casos.

#### 8. NORMAS DE PUBLICACIÓN ESPECIALES PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS EN LA SECCIÓN UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS.

**Las normas generales contenidas en los apartados 1, 2,3 y 6 son de aplicación a estos trabajos, a salvo de las especificaciones subsiguientes.**

TÍTULO: máximo 10 palabras.

Número máximo de AUTORES por artículo: 4.

Número máximo de FIGURAS por artículo: 4 en formato JPEG o TIFF con alta resolución de la imagen (mínimo 300 dpi).

ESTRUCTURA: Tan solo se incluirán las figuras acompañadas de un TEXTO EXPLICATIVO BREVE (máximo 300 palabras) que contendrá la información de mayor interés, sin referencias bibliográficas ni pies de figura. Todos los símbolos que aparezcan en la imagen deberán explicarse adecuadamente en el texto.



XXXIX

[www.enfermeriaencardiologia.com](http://www.enfermeriaencardiologia.com)

# CONGRESO NACIONAL de la Asociación Española de Enfermería en **Cardiología**

Del 9 al 11 de mayo de 2018. **Vigo**

Sede: AFundación

*fibrila con vigo* 

ORGANIZA:

