

CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA PAUTA DE INSULINA EN CIRUGÍA CARDIACA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Viernes, 6 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIV. SALA B.

Autores: Villaplana García P; Bolufer Vidal A; Martínez Llopis B.

Hospital Universitario de la Ribera. Alzira. Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hiperglucemia es uno de los trastornos más frecuentes en un servicio de cuidados intensivos. Además, es un marcador de gravedad y factor de riesgo independiente, para acontecimientos como mortalidad, tasas de infección y estancia hospitalaria. Por lo que, un incremento de la glucemia plasmática supone un peor pronóstico del paciente en estado crítico. La hiperglucemia de estrés, es cuando el nivel de glucosa sanguínea >126 mg/dl en ayunas ó ≥ 200 mg/dl medido en cualquier otro momento, y aparece en un paciente crítico y hospitalizado por enfermedad no crítica sin antecedentes previos de diabetes *mellitus* tipo 1 o 2. Por lo que hace referencia a la cirugía y a la anestesia general, ambas causan una respuesta de estrés neuroendocrino. Estos cambios neurohormonales condicionan un aumento de la resistencia a la acción de la insulina. Como objetivo general se trata de determinar el nivel de conocimiento por parte del profesional de enfermería sobre la pauta de insulina establecida en cirugía cardiaca. Realizar un estudio de la población evaluada. Comparar entre el nivel de conocimiento vs años de experiencia y el nivel de conocimiento vs formación recibida.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y transversal. La fuente de información primaria fue una encuesta autoadministrada anónima. La muestra fue de 40 enfermeras/os.

RESULTADOS

De los 39 profesionales de enfermería encuestados, el 58,97% presentaban un conocimiento considerado medio. Uno de los profesionales (2,56%) presentó un nivel superior y otro (2,56%) un nivel insuficiente. El resto de los encuestados presentó un nivel básico de conocimientos representando el 35,90%.

DISCUSIÓN

Se concluye que los profesionales de enfermería conocen la pauta de insulina en cirugía cardiaca. Además, no se observan diferencias significativas entre el nivel de conocimiento de los enfermeros/as según los años de experiencia, ni existen diferencias significativas dependiendo de la formación previa recibida sobre dicha pauta.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La educación es una competencia de enfermería. La bibliografía pone de manifiesto que los hábitos del personal sanitario influyen a la hora de educar a los pacientes, así como que la formación del personal influye a la hora de modificar sus propios hábitos. Objetivo: Describir los hábitos relacionados con los factores de riesgo cardiovascular modificables, y las necesidades de formación del personal de enfermería de cardiología de un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo. Se utilizó una encuesta traducida y validada para estudios anteriores por el equipo investigador que consta de 36 ítems donde se recogen datos sobre los factores de riesgo más prevalentes para las enfermedades cardiovasculares (tabaco, dieta, ejercicio, colesterol, HTA), datos sociodemográficos, así como la percepción que tienen sobre la educación que dan a los pacientes y sus necesidades de educación.

RESULTADOS

El 11,62% fuma una media de 35,9 cigarrillos semanalmente. La mayoría hace ejercicio moderado regularmente. Un 3,12% de la muestra es hipertensa y el 11,62% tiene el colesterol elevado. En relación al modo de preparación de los alimentos, casi el 100% come a diario o varios días a la semana alimentos al vapor o ensaladas. No son grandes consumidoras de alimentos ricos en colesterol. Las comidas ricas en sal y sodio las consumen de forma esporádica. El 75% afirma que toman a diario alimentos bajos en colesterol y grasas. Respecto a la educación, la mayoría está totalmente de acuerdo en que la educación sanitaria es un aspecto fundamental en la atención del paciente e integrado en su práctica.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería se puede considerar en general que es cardiosaludable, considera que educa en su práctica diaria, sin embargo más del 60% cree necesitar formación en temas y técnicas de educación.

Casos Clínicos

MUERTE SÚBITA EN VARÓN DE 37 AÑOS POR VASOESPASMO CORONARIO

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa X. Sala A.

Autores: Outes Velay MB; Ferrón Novais AM; Torreiro Pampín ML; Reino Maceiras MV; Gago Gago C; Arufe Manteiga MI; Fandiño Pampín I.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Definimos espasmo coronario como reducción notable, brusca, y transitoria en el diámetro de una arteria coronaria epicárdica, que da como resultado isquemia miocárdica. Durante el espasmo y la reperfusión posterior son frecuentes las arritmias ventriculares que pueden ser causa de muerte súbita.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 37 años con diabetes *mellitus* e hipertrigliceridemia con clínica de síncope de repetición desde hace un año que se atribuyen a la diabetes. Ingresado por parada cardiaca extrahospitalaria, siendo el primer ritmo registrado la fibrilación ventricular. Se realiza coronariografía urgente donde no se evidencian lesiones coronarias. Se sometió a hipotermia y al tercer día sufrió otro episodio de taquicardia ventricular polimórfica/fibrilación ventricular precedido de elevación el segmento ST. Se implanta desfibrilador automático. Alta a domicilio a los 40 días.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Realizamos plan de cuidados individualizado según el modelo de Virginia Henderson y taxonomía NANDA, NIC, NOC.

¿SOMOS CARDIOSALUDABLES?

Viernes, 6 de mayo, 09:00 – 10:00 h. Mesa XIV. SALA B.

Autores: Mendiluce Greño N; Fernández Iriarte E; Alzueta Aldunate M; Flórez Losantos A; Sanz Muruzábal P; Valbuena Condon M; Ibarrola Izura S; Beortegui Urdáñez E.

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

DIAGNÓSTICOS	NIC	NOC
Patrón de respiración ineficaz 00032	Manejo de la vía aérea 3140	Ventilación 0403 Permeabilidad de las vías respiratorias
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 00047	Vigilancia de la piel 3590	Control del riesgo: hipotermia 1923
Riesgo de infección 00004	Protección contra las infecciones 6550	Detección del riesgo 1908
Riesgo de alteración de la temperatura corporal	Tratamiento de hipotermia 3800	Signos vitales 0802

Se reevalúa el plan de cuidados y se reestructura en función de la evolución del paciente.

REFLEXIONES

La monitorización electrocardiográfica continua objetivó el episodio de elevación del ST que conducía a taquicardia ventricular polimorfa. Con este diagnóstico se implantó un desfibrilador automático y tratamiento con calcioantagonistas. La inmediatez en las maniobras de reanimación cardiopulmonar y aplicación de hipotermia inducida evitaron secuelas neurológicas derivadas de la hipoxia.

PROCESO ENFERMERO EN EL ABORDAJE A UN CARDIÓPATA CON GRIPE A

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa X. Sala A.

Autores: Ibáñez Rementería I¹; Alconero Camarero AR²; Fradejas Sastre V¹.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander¹; Escuela Universitaria de Enfermería Casa Salud Valdecilla Universidad de Cantabria. Santander².

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Establecer un plan de cuidados para resolver las necesidades identificadas. Detectar los signos y síntomas de la inestabilidad fisiológica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 78 años ingresado en cuidados intensivos generales (CIG), procedente de urgencias, diagnosticado de síndrome coronario agudo con elevación del ST evolucionado e insuficiencia respiratoria secundaria a gripe A (12 días de evolución). Alérgico al cotrimoxazol, exfumador, broncopata y síndrome depresivo; tratado con antidepresivos y broncodilatadores. Exploración: TA: 150/95mmhg, FC: 110 lat/min, rítmico, afebril, disnea grado III. SO₂ 89%. Consciente, ansioso, orientado y colaborador. Posterior angioplastia más *stent* tras suspender aislamiento respiratorio.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Valoración por sistemas. Los resultados obtenidos están basados en la perspectiva bifocal de los cuidados: complicaciones potenciales (hemorragia, hematoma, arritmias, reinfarto y fracaso respiratorio) y diagnósticos enfermeros (00148). Ansiedad relacionada con (r/c) conocimientos deficientes: procedimientos; NOC (1402) control de la ansiedad, NIC (5230) Mejorar el afrontamiento. (00136) Riesgo de duelo centrado en la familia, NOC (2608) Resiliencia familiar, NIC (7140) Apoyo a la familia. Problemas de autonomía secundarios a la prescripción médica las primeras 48 horas. Posteriormente déficit de autocuidados: baño (00108) y alimentación (00102).

REFLEXIÓN

Tras la consecución de los NOC enumerados, se obtiene antes y después una puntuación diana de resultados de 2 a 4, respectivamente. Evolución favorable a nivel cardiológico y respiratorio y expectante debido al cuadro infeccioso. Resueltos los diagnósticos con PDR de 4 y recuperada su autonomía, se le traslada a planta a las dos semanas de estancia en CIG. Trabajar con método nos permite lograr el grado de consecución de los objetivos planificados facilitando la labor en el cuidado de los pacientes y afianzando el rol de la enfermería.

ISQUEMIA MEDULAR POSTTRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa X. Sala A.

Autores: Izquierdo Bernal S; Calvo Barriuso E; Castillo Poyo R; Domene Nieves de la Vega GD; Bermejo C; Rojas García A; César Escobar E; Romero Arnau M; Segarra Y; Burgos C; Ruestes Virtus G.
Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Actualmente, el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) tiene cifras de complicación muy bajas, una tasa de mortalidad

hospitalaria del 1,27% y de complicaciones vasculares entre el 2-6% de los casos, teniendo en cuenta que en el síndrome coronario agudo (SCA) alrededor del 50% de las complicaciones hemorrágicas no guardan relación con el punto de punción. Se describe un caso de paciente con infarto agudo de miocardio (IAM), sometido a ICP primario, que sufrió una serie de complicaciones poco frecuentes pero muy graves, lo cual nos recuerda la alerta que debemos tener con este tipo de pacientes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 48 años con IAM anterior, al que se le realiza ICP vía radial implantándole *stents* farmacoactivos en DAp y diagonal. Posprocedimiento, el paciente refiere disnea con hipoxemia. En la radiografía, se objetiva un gran hematoma extrapleural, en contexto de tratamiento antitrombótico. Debido al sangrado arterial activo, requiere embolización de la arteria tiroidea inferior derecha e intercostales derechas y cirugía torácica para drenar hematoma. Posteriormente presenta monoparesia de la EID con alteración de la sensibilidad táctil. Se orientó como un infarto medular con síndrome de Brown-Séquard de origen isquémico.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se utilizó la taxonomía NANDA, NIC, NOC para establecer un plan de cuidados adaptado al paciente, siendo algunos de los diagnósticos de enfermería más importantes: deterioro de la movilidad física, baja autoestima situacional, riesgo de sangrado y de úlcera por presión.

REFLEXIONES

El acceso mínimamente invasivo en el ICP y la rápida recuperación del paciente hacen que, en ocasiones, no se sea consciente de la importancia de la intervención. En este caso se refleja la complejidad del paciente con IAM. Enfermería debe dedicarle atención a sus cuidados, pero también a la rápida detección y actuación frente a complicaciones. Finalmente el paciente fue trasladado a la clínica Guttman para su rehabilitación.

SE PRESENTA A PREMIO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON TROMBOSIS EN ARTERIA FEMORAL POSANGIOPLASTIA SOBRE TRONCO COMÚN CON SOPORTE *IMPELLA*[®]

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa X. Sala A.

Autores: Domene Nieves de la Vega G.
Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En angioplastias de alto riesgo, en ocasiones es necesario el soporte de asistencia ventricular percutánea tipo *Impella*[®] durante el procedimiento. Esto implica la colocación de un introductor de gran calibre que puede provocar complicaciones vasculares a nivel del acceso femoral.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 61 años fumadora, hipertensa y dislipémica a la que se le realiza de forma programada angioplastia sobre el tronco común con soporte *Impella*[®]. Posprocedimiento se detecta dolor, cianosis, frialdad y ausencia de pulso en la extremidad inferior izquierda, que tras su valoración médica con el diagnóstico de trombosis arterial femoral requiere endarterectomía urgente. La perfusión de la extremidad se recuperó en el posoperatorio inmediato, pero al cabo de 2 días la paciente presentó fiebre y supuración que obligó a abrir la herida y promover su cura en segunda intención mediante un sistema de vacío que promueve la cicatrización de heridas: terapia VAC (Vacuum Assisted Closure) y tratamiento antibiótico. En una semana el tejido de granulación creció y la paciente fue dada de alta.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Determinamos como diagnósticos principales: disminución de perfusión tisular, temor y problemas relacionados con la limitación de la movilidad. Como problemas potenciales: infección, retraso de la recuperación quirúrgica. El objetivo principal es crear un plan de cuidados individualizado, identificando los diagnósticos enfermeros principales y los problemas potenciales para lograr su recuperación y la posterior alta. Establecemos diagnósticos de enfermería y

problemas potenciales para elaborar el plan de cuidados según la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

REFLEXIÓN

Un buen control de constantes y cuidados de enfermería durante todo el proceso de la angioplastia coronaria, facilitó la detección precoz de la complicación vascular femoral, su óptimo tratamiento y evitó complicaciones posteriores. Los cuidados de enfermería individualizados procuraron una pronta recuperación de la paciente y su posterior alta a domicilio.

SE PRESENTA A PREMIO

DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR HEARTWARE COMO PUENTE AL TRASPLANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO. ¿SON IMPORTANTES LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA?

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa X. Sala A.

Autores: Conejero Ferrer P.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Los dispositivos de asistencia ventricular emergen recientemente como una opción terapéutica para pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) refractaria al tratamiento médico, como puente al trasplante, o como alternativa al mismo en algunos casos. El objetivo de este trabajo es presentar y analizar un caso clínico en el que se aborde el plan de cuidados de un paciente portador de un dispositivo de asistencia ventricular izquierda, en este caso, como puente al trasplante cardiaco, que sirva de base para un cuidado holístico y de calidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 51 años diagnosticado de miocardiopatía hipertrófica con FEVI en torno al 15% e hipertensión pulmonar severa, a pesar de tratamiento médico óptimo y DAI-TRC, que ingresa en nuestro hospital por insuficiencia cardiaca descompensada sin claro desencadenante. Se plantea el implante de un dispositivo de asistencia ventricular izquierdo de tercera generación dada la inestabilidad hemodinámica del paciente (INTERMACS 3).

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se elabora un plan de cuidados donde el modelo conceptual utilizado fue el de Virginia Henderson con la taxonomía NANDA, NIC, NOC. Se elabora una tabla que recoge los principales diagnósticos: Temor, riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos, deterioro de la movilidad física, riesgo de sangrado, riesgo de infección, disposición para mejorar los conocimientos. Además se incide en la prevención de riesgos potenciales y complicaciones asociadas al cuidado del paciente portador del dispositivo.

DISCUSIÓN

Nuestro objetivo es conseguir que tanto el paciente como los profesionales involucrados en el cuidado, adquieran habilidades en el manejo de estos pacientes, así como en la detección temprana de posibles complicaciones. La educación personalizada impartida por la enfermera VAD Coordinator proporcionó resultados positivos para el paciente, consiguiendo una mayor autonomía del mismo, así como una mejor adaptación y un seguimiento más adecuado en la vuelta a casa después del implante.

BENEFICIO DE LA DIÁLISIS PERITONEAL EN UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA. ESTUDIO DE UN CASO

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa X. Sala A.

Autores: Muñoz Villarreal AB; Cepas Sosa A.

Hospital Reina Sofía. Córdoba.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Paciente varón de 58 años diagnosticado de IC crónica en estadio IV que no es susceptible de realización de trasplante cardiaco.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El paciente reingresa en nuestra unidad procedente de consulta por aumento llamativo de su disnea, aumento brusco de peso, 2 kilos en dos días, y con edemas con fovea que llega hasta las rodillas. A pesar del tratamiento el paciente tiene una evolución lenta, por lo que se le plantea colocar un catéter para diálisis peritoneal que pueda mejorar la retención excesiva de líquidos. Identificamos los siguientes diagnósticos: Intolerancia a la actividad (00092). Riesgo de infección (00004). Riesgo de estreñimiento (00015). Ansiedad (00146).

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Nuestro objetivo es conseguir a través de intervenciones de enfermería mejorar los diagnósticos. El método a utilizar sería el estudio descriptivo del plan de cuidados que se realizó a la paciente basado en la taxonomía NANDA.

REFLEXIÓN DEL CASO

El paciente ingresa con muy mal estado general, con edemas muy llamativos, con dificultad respiratoria severa y cianosis. Comenzamos tratamiento con seguril, levosimendan y dopamina, pero no siendo suficiente se plantea la realización de diálisis peritoneal. Se somete al paciente a la colocación del catéter peritoneal, comienza con diálisis y se observa una mejoría muy significativa y en poco tiempo. Disminuyen los edemas, aumenta la diuresis, mantiene TA, disminuye el peso y desaparece el trabajo respiratorio. Mejoran los diagnósticos, sobre todo el de intolerancia a la actividad, pudiendo el paciente pasear por la unidad. Con el diagnóstico de ansiedad hubo que hacer especial hincapié, aunque también mejoró. Destacamos la importancia de la diálisis peritoneal en la mejora de la sobrecarga hídrica en los pacientes con IC crónica y como alternativa de tratamiento.

SE PRESENTA A PREMIO

LINFOCELE COMO COMPLICACIÓN TRAS AMPLIACIÓN DE ESTERNOTOMÍA POR SANGRADO INTRAOPERATORIO EN CIRUGÍA DE SUSTITUCIÓN VALVULAR MITRAL

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa X. Sala A.

Autores: Jiménez Mateo A; Cano García S.

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Un linfocèle es una colección de linfa que carece de epitelio de revestimiento, se produce tras intervenciones quirúrgicas que requieren transección de los canales linfáticos como por ejemplo en los accesos vasculares a través de la ingle. No suele estar asociado con la cirugía cardiaca ya que no es una vía de acceso muy utilizada.

PRESENTACIÓN DEL CASO Y OBJETIVOS

El paciente elegido fue un varón de 58 años sometido a recambio valvular mitral por disfunción protésica, siendo ésta su 6.^a intervención cardiaca con circulación extracorpórea. Se canalizó a través de vena y arteria femorales. Durante el acto quirúrgico, se produjo un sangrado a través de la arteria femoral debido a una laceración que fue reparada a través de un parche y requirió ampliar la incisión hasta la ingle para localizar el origen del sangrado. Ya en planta, se objetivó exudado linfático de forma intermitente a través de la ingle izquierda. Nuestro objetivo principal fue procurar que la herida estuviera limpia y seca para evitar complicaciones como la infección y una posible dehiscencia.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Establecimos un plan de cuidados individualizado basado en el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, siendo los diagnósticos principales: manejo inefectivo del régimen terapéutico, riesgo de infección y deterioro de la integridad cutánea.

RESULTADOS

Durante el ingreso no hubo complicaciones en la herida y el paciente se marchó de alta sin grasas y con el linfocèle

encapsulado. Se hizo un seguimiento y después de 6 meses tras la cirugía, el episodio estaba resuelto y sin secuelas.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE DIVERSIDAD CULTURAL

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa XI. SALA B.

Autores: Amor Cambón J; Papin Rivas MP; Sabater Sánchez M; Domínguez Ceballos ML.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Mujer de 41 años con miocardiopatía dilatada y embarazo de alto riesgo de 27 semanas. Los embarazos en pacientes con cardiopatías necesitan cuidados especiales por parte del personal de enfermería, en este caso el reto es mayor por ser una paciente extranjera y de otra cultura. La paciente acepta su estado de salud.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 41 años diagnosticada de miocardiopatía dilatada no filiada (informes de Madrid) y embarazo de alto riesgo de 27 semanas. Extranjera, situación irregular e historia familiar complicada (nueva pareja, 2 cesáreas previas con una hija viva de 15 años en República Dominicana y madre muerta recientemente de manera súbita). Ingresa por EAP y síndrome de QT largo, presentando buena respuesta a tratamiento farmacológico. Durante el ingreso programan cesárea pero se produce muerte fetal intraútero y parto vaginal posteriormente. Regresa a nuestro servicio para completar y ajustar tratamiento para alta. Durante la hospitalización no se comunica, se encuentra desconectada del medio, con discurso incoherente, labilidad emocional y aislamiento social. Valorada por psiquiatría, es diagnosticada de trastorno adaptativo: no medican y la derivan a su consulta para seguimiento. Tras el alta se realiza el seguimiento en las consultas de IC.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Aplicando la taxonomía NANDA, NOC, NIC encontramos los siguientes diagnósticos sobre los que trabajar: Deterioro de la comunicación verbal, aislamiento social, duelo, deterioro de la resiliencia. Además de los asociados a la IC.

REFLEXIÓN

A través de la interacción con la enfermería, la paciente aceptó su situación de salud y será capaz de actuar con objetividad al gestionar sus prioridades. La enfermería evoluciona en sus cuidados generando la empatía necesaria para comprender situaciones y culturas diferentes.

una paciente de edad avanzada intentando mantener al máximo la autonomía de su actividad diaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 83 años con vida activa, practica natación habitualmente, que presenta fibrilación auricular permanente con respuesta lenta sintomática y pausas superiores a tres segundos, diagnosticado a través de Holter. Sintomatología pronunciada, en aumento durante los últimos meses con clínica presincope incluso en situaciones de reposo y sueño, de aparición brusca. La paciente es candidata a la implantación de marcapasos VVIR.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Con este dispositivo se pretende aliviar los síntomas que presenta la paciente debidos a su frecuencia cardiaca baja, así como evitar posibles traumatismos secundarios, manteniendo al mismo tiempo la calidad de vida de la paciente sin alterar sus actividades cotidianas.

El plan de cuidados incluyó el control de la coagulación desde el día previo al implante (día de ingreso) hasta la total recuperación de la paciente, utilizando las taxonomías NANDA, NIC, NOC.

REFLEXIÓN

El marcapasos sin cable permite la estimulación cardiaca permanente y evita la incisión quirúrgica. En este caso, el beneficio adicional se basa en el mantenimiento de la actividad cotidiana de la paciente, siendo autónoma y nadadora habitual.

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON ÚLCERA EN ANTEBRAZO TRAS INGRESO EN UNIDAD CORONARIA

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa XI. SALA B.

Autores: Albor Suárez DR¹; Torreiro Pampín ML²; Vicente Abuín MD¹; Touceda Magariños S¹; López Pena A¹; Otero Outes E¹.

Hospital Policlínico La Rosaleda. Santiago de Compostela¹; Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela².

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Varón de 73 años con antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica por nefropatía diabética en tratamiento con hemodiálisis desde junio 2014. Antecedentes cardiológicos: cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular permanente. Portador de catéter tunelizado en vena innominada derecha desde agosto de 2014. Situación social: vive solo, sin familiares de referencia ni teléfono de contacto. Caso conocido por los servicios sociales del ayuntamiento. Malas condiciones de higiene en la vivienda. No colaborador, mala adherencia dietética y terapéutica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Ingresó en unidad coronaria por edema agudo de pulmón en contexto de síndrome coronario agudo sin elevación de ST y FA rápida el 27 julio de 2015. Durante su ingreso desarrolla úlcera en antebrazo derecho, posible relación con pinchazo a dicho nivel y manguito de presión arterial. Alta el 29 agosto de 2015 para seguimiento ambulatorio.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Acude a tratamiento ambulatorio con hemodiálisis. Se establece un plan de cuidados aplicando la taxonomía, NANDA, NIC, NOC. Actuación conjunta con atención primaria y servicios sociales para un correcto tratamiento y seguimiento multidisciplinar.

DIAGNÓSTICOS	NIC	NOC
Deterioro de integridad cutánea (00046)	Cuidado de UPP (3660) Cuidado del catéter	Curación de heridas (1103) Integridad del acceso para hemodiálisis (1105)
Gestión ineficaz de la propia salud (00078)	Establecimiento de objetivos comunes (4410) Educación sanitaria	Autogestión de cuidados (1613) Modificación psicosocial: cambio de vida (1305)

SE PRESENTA A PREMIO

IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS TRANSCATÉTER SIN CABLE EN UNA OCTOGENARIA NADADORA

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa XI. SALA B.

Autores: Macías Marín L; Furriel Aranda B; De Casas Herrando N; Santamaría Luna E.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El marcapasos convencional consta de un generador implantado a nivel pectoral mediante incisión quirúrgica y uno o varios electrodos intracavitarios, que precisan para su colocación acceso por vía céfalica o subclavia. El marcapasos sin cable es una tecnología innovadora que se inserta por vía percutánea, vena femoral, a través de un catéter que llega hasta el ventrículo derecho, donde se deja implantado el dispositivo en región septo-apical. En este caso clínico exponemos el implante de un marcapasos de esta última generación y sus ventajas con respecto a los convencionales, en

REFLEXIONES

Se hace manifiesta la necesidad de una atención integral al paciente pluripatológico, caracterizado por su fragilidad clínica. Es preciso identificar y organizar bien los cuidados de pacientes con enfermedades crónicas, deterioro progresivo y pérdida gradual de su autonomía, que ven aumentado su riesgo de sufrir otras patologías interrelacionadas, dando lugar a importantes repercusiones sociales y económicas.

ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES EN PACIENTE PORTADOR DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa XI. SALA B.

Autores: San Salvador Ausin Z; Gesto Moral FA; Alondo Gandarillas T; Hernández García R; Piriz Marqués A; Colio Caba M; Septien Tellaheche F; Gutiérrez Caloca N.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La fibrilación auricular (FA) es la taquiarritmia supraventricular más frecuente en la práctica clínica. Consiste en la activación auricular descoordinada y sin contracción efectiva. Entre las diferentes modalidades de tratamiento se encuentra la ablación, la cual puede ser una alternativa o complemento de los fármacos antiarrítmicos. La ablación de FA es una técnica relativamente nueva, cuyo propósito es modificar el tejido de las aurículas creando una cicatriz que aísla y/o bloquea la conducción de los impulsos anormales.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 53 años, sin FRCV ni comorbilidades importantes, que ingresa en UCI por *shock* cardiogénico secundario a taquimiocardiopatía, en contexto de MCD y FA, precisando sedación de urgencia para estabilización, ECMO venoarterial y ablación endocárdica VVPP.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Individualizado, continuo y compartido por varias unidades de enfermería. Utilizando el modelo conceptual de Virginia Herderson y taxonomías NANDA, NOC, NIC. Desde el inicio, todas las intervenciones han sido dirigidas hacia cuidados cardiacos (4040) en situación aguda, así como a los posibles conocimientos deficientes (00126) que precisó la familia y el paciente en todo el proceso.

REFLEXIONES

La buena coordinación entre los diferentes equipos de las distintas unidades asistenciales ha garantizado una atención integral, continua y de calidad en los cuidados enfermeros dentro del proceso agudo y posterior recuperación.

SE PRESENTA A PREMIO

LINFORRAGIA EN PACIENTE CON ASISTENCIA VENTRICULAR PERCUTÁNEA

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa XI. SALA B.

Autores: César Escobar E; Álvarez Alarcón N; García Guerrero ML; Izquierdo Bernal S; Castillo Poyo R; Bermejo Vázquez C; Domene Nieves de la Vega G; Rojas García A; Romero Arnau M; Calvo Barriuso E.

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El uso de dispositivos oxigenadores de membrana extracorpórea (ECMO) está en aumento en los últimos años, ya que disminuye la morbimortalidad en pacientes en *shock* cardiogénico. Algunas de sus complicaciones pueden ser infecciones, hemorragias y

linforragias. Sobre el manejo de enfermería frente a las linforragias se encuentra poca bibliografía. A continuación se describe un caso donde un paciente portador de ECMO presentó linforragia, que le supuso un aumento de días de ingreso, y a enfermería, múltiples cuidados específicos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 41 años que ingresa en la unidad coronaria por *shock* cardiogénico. Frente a su inestabilidad hemodinámica se coloca ECMO vía femoral derecha como puente al trasplante cardiaco. A los 15 días es trasplantado con éxito, recuperándose en planta de cardiología. Como complicación vascular presenta salida de linfa por herida femoral derecha, iniciándose manejo con reposo relativo, vendaje compresivo y dieta hiperprotéica sin grasas. Debido a la persistencia de linforragia, favorecida por falta de reposo del paciente, se realiza intervención quirúrgica para su corrección. A la semana se observan signos de infección local de la herida y se implanta sistema cicatrización asistida por vacío (VAC) para cierre por segunda intención de la herida quirúrgica. Al cabo de 2 meses se consiguió cierre de la herida sin drenaje de linfa.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

La planificación de cuidados de enfermería se realizó mediante la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Se aplicaron los habituales al *shock* cardiogénico, trasplante cardiaco, los referentes a la cura de la herida y al afrontamiento ineficaz del régimen terapéutico.

REFLEXIONES

En el manejo de las linforragias, enfermería tiene una función muy importante, tanto en su detección, cura de la herida, como en las medidas correctoras y preventivas. Es muy importante la educación sanitaria conjunta con el paciente para optimizar la recuperación.

MEDIASTINITIS Y TERAPIA VAC: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa XI. SALA B.

Autores: Merino Romero MI; Santos Arranz M.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La mediastinitis viene definida por la infección del mediastino y es una de las complicaciones más graves aunque infrecuente en el posoperatorio de cirugía cardiaca. Son múltiples los factores de riesgo conocidos para la misma: obesidad, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) así como otros inherentes a la intervención quirúrgica. Las terapias de vacío aplicadas a esta patología han mejorado el pronóstico de estos pacientes. Objetivo: Mostrar el uso de la terapia de vacío como alternativa a otros tratamientos convencionales en la mediastinitis posquirúrgica.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Paciente varón de 76 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular. Intervenido de sustitución valvular mitroaórtica, revascularización miocárdica y cierre de comunicación interauricular (CIA). A los 10 días tras la cirugía presenta fiebre, dolor y secreción purulenta a través de la incisión quirúrgica con cultivos positivos para *Staphylococcus Epidermidis*. Se inicia tratamiento antibiótico según antibiograma (Linezolid 600mg vía oral cada 12h) y colocación del sistema de cierre asistido con presión negativa.

RESULTADOS

Tras realización de curas estériles cada 72 h durante 21 días, se objetiva crecimiento de tejido de granulación en la herida junto con negativización de cultivos. De este modo se reduce el tiempo enfermero. Gracias a esta terapia la herida permanece aislada del exterior y protegida de contaminación externa.

CONCLUSIONES

La terapia de vacío ha cambiado de forma radical el tratamiento y evolución de estas heridas, convirtiéndose en la alternativa clínicamente probada, eficaz y de primera elección para su cicatrización de forma aséptica. Durante el tratamiento permite mantener la independencia del paciente, lo cual es favorable para su total recuperación. Además, el exudado se recoge en un depósito acoplado a la unidad de tratamiento proporcionando confort al paciente.



SE PRESENTA A PREMIO

BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN DE INSERCIÓN SUBCLAVIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Jueves, 5 de mayo de 17:30 a 18:30 h. Mesa XI. SALA B.

Autores: Torra Ricart L; Simarro Ramírez L; Beltrán Folch L; Sicilia Pérez M; Álvarez Holgado L; Ortega Condes J.

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El balón de contrapulsación intraaórtico (BCPIA) es el dispositivo de asistencia ventricular más ampliamente utilizado. La vía de implante habitual es la arteria femoral, aunque también se conocen otras alternativas de inserción como la aortotomía directa o el implante subclavio/axilar. Entre el 10-15% de los pacientes que requieren este tipo de tratamiento padecen enfermedad aterosclerótica aortoiliaca severa, lo que dificulta la inserción del balón. Esto, junto con la inmovilización de los pacientes, implica un aumento del riesgo de complicaciones. Por esto, la alternativa subclavio/axilar puede favorecer el éxito en el uso de esta asistencia ventricular.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes tipo II, fibrilación auricular crónica y cardiopatía isquémica. Ingresa en unidad coronaria por insuficiencia cardiaca descompensada de predominio derecho y angina inestable, presentando empeoramiento de su clase funcional. Como tratamiento de soporte se implantó el BCPIA vía femoral y se incluyó en lista de trasplante cardiaco (TCO) en emergencia uno. Durante su estancia en la unidad coronaria, se pudo retirar el soporte vasopresor e inotrópico con buena tolerancia por parte de la paciente y se decidió cambiar vía de acceso de BCPIA a vía subclavio, debido a la larga previsión de espera pre-TCO. Diez días después de la implantación del BCPIA, la paciente fue trasplantada, quedando ingresada posteriormente en la UCI cardiaca de nuestro hospital.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realiza la valoración de enfermería de la paciente y se establece un plan de cuidados centrado en los aspectos de movilización y mejora de la disnea, curas y mantenimiento del BCPIA y prevención de la infección.

REFLEXIONES

El BCPIA implantado en la arteria subclavio derecha favoreció el progreso en la movilidad de la paciente, permitiendo a sedestación y proporcionando mayor autonomía, reduciendo en gran porcentaje las complicaciones derivadas de la inmovilidad y de la inserción vía femoral.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE-INTRA-POS INTERVENCIONISTAS EN IMPLANTE DE TAVI, EN HEMODINÁMICA

Viernes, 6 de mayo, 09:00 a 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: González Nisarre MC; Pazos Seco V; Nistal Franqueira M; López Carballal D; Rodríguez Escanciano V; Espiño Abeledo R; López Barrientos C; Rodríguez Sanjurjo MC; Herva Graña B.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La estenosis valvular aórtica (EVAo) es la valvulopatía más frecuente en el paciente anciano. Esta patología se resuelve en la mayoría de los casos con cirugía convencional. Actualmente la técnica TAVI (Transcatheter aortic valve implantation) se considera una alternativa para pacientes que presentan alto riesgo quirúrgico y/o contraindicaciones. El período de tiempo del procedimiento TAVI se reduce con la planificación de los cuidados de enfermería pre- intra y pos procedimiento, cuidados incluidos dentro del marco de la unidad de hemodinámica. Toda la planificación se traduce en mayor calidad de los cuidados y minimización de los riesgos potenciales.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 86 años diagnosticada de estenosis aórtica severa degenerativa. Patología asociada: hipertensión arterial (HTA), obesidad, disnea, edema agudo de pulmón (EAP) secundario a estenosis aórtica (EAO). Antecedentes cardiológicos: enfermedad coronaria de un vaso DA 50% tratada con *stent*.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Actividades e intervenciones enfermeras basadas en diagnósticos enfermeros NANDA, intervenciones NIC, resultados NOC. Preinmediatas al procedimiento: acogida de la paciente según protocolo checklist (específico TAVI). Valoración de la ansiedad. Intraprocedimiento: NANDA, riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz, riesgo de infección, riesgo de sangrado, riesgo de aspiración, riesgo de caídas, riesgo de retención urinaria, riesgo de reacción adversa a los medios de contraste yodados, temor, ansiedad. Posprocedimiento inmediato: se realiza valoración NOC. Traslado de la paciente a la unidad de recuperación posanestesia (URPA) intubada, inestable, monitorizada, bajo anestesia general.

REFLEXIONES

Nos encontramos con un caso estándar con complicaciones quirúrgicas resueltas durante el posoperatorio tardío. La planificación de los cuidados ahorra tiempos quirúrgicos, mitiga la ansiedad de los pacientes, previene riesgos potenciales, integra conocimientos del equipo y reduce el estrés.

IMPLANTE DE MARCAPASOS SIN CABLES. FUNCIÓN DE ENFERMERÍA

Viernes, 6 de mayo, 09:00 a 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: Núñez Chávarry J; Lamuedra del Olmo M; Casas de la Cal L.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Este procedimiento es nuevo y la labor en equipo es importante para lograr un buen resultado, en el cual la enfermera juega un papel fundamental. Presentamos el caso del primer implante de marcapasos sin cables realizado en nuestro hospital. El objetivo es disminuir las complicaciones de un marcapasos convencional.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente que ingresa con diagnóstico de bloqueo aurículo ventricular de 2.º grado tipo I con antecedentes de hipertensión arterial. Se decide implante de marcapasos definitivo convencional, sin éxito, debido a oclusión crónica de vena cava superior, se programa para implante de marcapasos sin cables (Micra).

Tras sedación y punción venosa femoral derecha, se realiza dilatación progresiva de acceso vascular, se progresa guía de gran soporte y vaina hasta posición apical liberando el marcapasos. Se confirma posición adecuada, parámetros óptimos de sensado y estimulación, se retiran introductores y cierre con sutura.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

ANSIEDAD (00146) NOC: Disminuir ansiedad. Nivel de ansiedad (1211). Escala: Grave (1), Sustancial (2), Moderado (3), Leve (4), Ninguno (5).

Indicadores/Tiempo	Inicio	Final
121105 Inquietud.	2	4
121117 Ansiedad verbalizada.	2	5

NIC: Disminución de la ansiedad (5820). Actividades: Explicar el procedimiento, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar. RIESGO DE INFECCIÓN (00004). Factores de riesgo: Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos. Procedimiento invasivo. NIC: Control de infecciones intraoperatorio (6545). Actividades: Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos. Disponer precauciones universales. RIESGO DE SANGRADO (00206). Efectos secundarios relacionados con el procedimiento. DOLOR AGUDO (00132). Dolor

potencial que puede presentar el paciente. Administración de los analgésicos prescritos.

CONCLUSIÓN

A la semana, el paciente realiza su vida normal sin las limitaciones que conlleva el marcapasos convencional.

IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA COREVALVE CON ABORDAJE ARTERIA SUBCLAVIA IZQUIERDA EN PACIENTE CON INJERTO MAMARIO

Viernes, 6 de mayo, 09:00 a 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: Sanclemente Giménez S; Melus Aznar M; Santamaría Luna EM; Sánchez Zancajo R.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La estenosis aórtica de etiología degenerativa es una cardiopatía cada vez más prevalente, dado el progresivo envejecimiento de la población. Su tratamiento de elección es el reemplazo valvular quirúrgico. Cuando la estenosis aórtica se presenta en pacientes de edad avanzada con patologías concomitantes, el riesgo de mortalidad y morbilidad aumentan significativamente. El implante de válvula aórtica transcatheter (transcatheter aortic valve implantation [TAVI]) es el tratamiento de elección en pacientes con alto riesgo quirúrgico. La vía de acceso más utilizada es la transfemoral (75-80%), la arteriopatía periférica iliofemoral contraindica dicho abordaje. La arteria subclavia izquierda podría ser una alternativa, pero en pacientes con injerto mamario es una complicación potencial la disección del mismo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente 80 años que presenta estenosis aórtica severa con insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica crónica con triple pontaje en 2007 (arteria mamaria izquierda a descendente anterior media, safena a descendente anterior distal y safena a diagonal) y enfermedad arterial periférica con obstrucción iliofemoral bilateral. Se realiza implante de TAVI (CoreValve) con abordaje arteria subclavia izquierda.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Tras revisar las fuentes de información documental de enfermería primarias y secundarias (PubMed) se elaboró un plan de cuidados siguiendo las taxonomías NANDA, NIC, NOC.

REFLEXIONES

El plan de cuidados ha permitido garantizar la calidad de los cuidados enfermeros y optimizar la situación del paciente. Determinar criterios de resultados para dirigir las intervenciones enfermeras, medidos a través de indicadores. Establecer intervenciones de vigilancia y control para la detección precoz de complicaciones. En pacientes con estenosis aórtica sintomática, alto riesgo quirúrgico, injerto mamario e imposibilidad de abordaje femoral, la arteria subclavia izquierda podría ser una alternativa de acceso para implante de válvula aórtica transcatheter.

El objetivo del tratamiento quirúrgico es separar progresivamente esos circuitos, colocándolos en serie, mediante varias técnicas en varios estadios. Entre ellas, la cirugía de Fontan, que se realiza para anastomosar la vena cava inferior a las arterias pulmonares, aunque presentado por su cualidad especial, importantes efectos secundarios tales como arritmias, tromboembolias, insuficiencia cardíaca congestiva, disfunción hepática.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una mujer de 42 años, que ingresó en la unidad de cuidados intensivos de posoperados cardíacos tras un trasplante cardíaco ortotópico como tratamiento de su cardiopatía congénita compleja. Durante su ingreso surgieron complicaciones respiratorias, empeoramiento de su disfunción renal y una ansiedad importante. Se consiguió mejorar su función ventilatoria, estabilizar su función renal y reducir su ansiedad. Permaneció en la unidad 10 días hasta su alta.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Valoración al ingreso según Virginia Henderson, siendo los principales diagnósticos de enfermería: Deterioro del intercambio de gases. Riesgo de desequilibrio electrolítico. Temor. Resultados esperados (NOC): Estado respiratorio: intercambio gaseoso. Función renal. Autocontrol del miedo. Intervenciones (NIC): Monitorización respiratoria. Manejo de líquidos/electrolitos. Disminución de la ansiedad.

REFLEXIONES

La patología congénita que presentaba esta paciente tenía en el trasplante cardíaco una de las alternativas de tratamiento. Dicha cardiopatía no se presenta de manera frecuentemente en los pacientes que ingresan en la unidad por lo que supuso un reto para el equipo de enfermería. Destacar ante todo las intervenciones dirigidas a disminuir el temor y la ansiedad que presentaba la paciente, logrados teniendo en cuenta la situación personal de ésta a su alta a planta.

PERICARDIOCENTESIS FALLIDA POR BUCLE EN LA GUÍA

Viernes, 6 de mayo, 09:00 a 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: Bermejo Vázquez C; Gil León M; Izquierdo Bernal S; Domene Nieves de la Vega G; Romero Arnau M; César Escobar E; Castillo Poyo R; Rojas García A; Ruestes Virtus G.

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La pericardiocentesis es una técnica invasiva técnicamente no difícil, pero no exenta de complicaciones. La más grave es la perforación o laceración del miocardio o las arterias coronarias. Otras son la embolia gaseosa, neumotórax, arritmias (generalmente bradicardia vasovagal), punción de la cavidad peritoneal o de las vísceras abdominales, e isquemia subendocárdica. Una complicación poco común es la imposibilidad de extracción de la guía. A continuación se describe el caso clínico de un paciente que presenta una complicación no común durante la pericardiocentesis.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 64 años, portador de DAI, al que se le realiza una ablación de taquicardia ventricular epicárdica efectiva. Posprocedimiento se realiza ecocardiografía que muestra derrame pericárdico (DP) moderado, indicándose pericardiocentesis. Tras varios intentos de avanzar la guía con resistencia, se logra progresarla algunos centímetros pero sin un recorrido aceptable. Al intentar retirarla se forma un bucle que impide su extracción. Se intenta extracción manual sin éxito. Comentado el caso con cirugía cardíaca se decide traslado a quirófano para extracción por acceso subxifoideo. Tras la cirugía, se verifica por ecocardiografía que el DP es moderado y no hay signos ecográficos de taponamiento. El paciente es dado de alta sin complicaciones, por buena evolución clínica.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

El objetivo fue elaborar un plan de cuidados de enfermería según la taxonomía NANDA, NIC, NOC, fijándonos en las posibles complicaciones derivadas del procedimiento de la pericardiocentesis. Indicadores: Ansiedad. Riesgo de disminución del gasto cardíaco. Perfusión tisular inefectiva. Riesgo de infección. Riesgo de sangrado. Riesgo de *shock*. Intervenciones:

SE PRESENTA A PREMIO

TRASPLANTE CARDIACO TRAS UNA CIRUGÍA DE FONTAN, TODA UNA LUCHA

Viernes, 6 de mayo, 09:00 a 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: Seoane Pardo NM; Rodríguez Cañas D; Blanco Longueira MB. **Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.**

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El corazón univentricular es una entidad compleja, que engloba aquellas cardiopatías congénitas en las que no existen dos ventrículos funcionales para impulsar, de forma separada, la sangre a las circulaciones pulmonar-sistémica, las cuales van en paralelo.

Monitorización hemodinámica y respiratoria. Cuidados cardiacos agudos. Preparación y administración de la medicación prescrita.

REFLEXIONES

La pericardiocentesis, siendo una técnica invasiva eficaz, segura y sin aparentes dificultades técnicas, puede ser potencialmente compleja y causar consecuencias vitales para el paciente.

CONFLICTO ENTRE FAMILIA Y EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ANTE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

Viernes, 6 de mayo, 09:00 a 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: Arnaiz Villanueva N; Cañas Gil AM; Martín Moreno MR; Carrillo Camacho E; Bustamante Cibrián C; López P.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los avances científicos y técnicos en las últimas décadas han permitido la creación de equipos que permiten prolongar la vida de los seres humanos, así como la mejora de su calidad de vida. Sin embargo, hoy los profesionales comprenden que hay circunstancias en las que mantener con vida a un paciente no necesariamente significa un beneficio para él y su familia. Una de las situaciones más complicadas para los profesionales sanitarios dentro de las unidades de cuidados intensivos son las limitaciones del esfuerzo terapéutico. Se trata de la decisión de no iniciar o de retirar cualquier tipo de tratamientos que tengan por finalidad la prolongación de la vida, manteniendo aquellas medidas de carácter paliativo para garantizar el máximo confort y bienestar del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 56 años que tras parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria llega a nuestra unidad coronaria intubado, sedoanalgesiado y con drogas vasoactivas. Tras varios días de estancia y después de tres encefalogramas con ausencia de actividad cerebral, se plantea a la familia la limitación del esfuerzo terapéutico, explicándoles la gravedad e irreversibilidad de la situación. En todo momento la familia negó la situación y rechazó la limitación por lo que se le estabilizó, practicó una traqueotomía y se le dio el alta de la unidad de cuidados intensivos a planta.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

La metodología usada está basada en la teoría general de autocuidados de D. Orem y las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

REFLEXIONES

A pesar de los intentos del equipo de explicar la situación a la familia, esta no asumió dicha gravedad. Esto nos plantea la dificultad por parte del equipo de enfermería de llegar a los familiares, en parte debido al poco tiempo que pasan en nuestra unidad, y nos hace plantearnos mejoras para que situaciones similares se desarrollen con más diálogo y cercanía.

TRASPLANTE CARDIACO EN PACIENTE PORTADOR DE DISPOSITIVO DE AYUDA VENTRICULAR IZQUIERDO (HEARTWARE®)

Viernes, 6 de mayo, 09:00 a 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: García Pérez MC.
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) avanzada en los que el tratamiento no puede ser optimizado, se plantea como mejor opción el trasplante cardíaco. Muchos de estos pacientes no pueden ser sometidos esta cirugía de forma inmediata, por lo que los dispositivos de ayuda ventricular izquierda (DAVI) nos ofrecen una alternativa real en estos pacientes en espera de donante, y en

aquellos en que las condiciones que aumentan la morbimortalidad post-TC. El caso clínico que presentamos es un claro ejemplo en que la alternativa de los DAVI ha supuesto un puente al trasplante.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 39 años con IC avanzada por cardiopatía isquémica secundaria a un infarto anterior extenso con clase funcional NYHA III-IV, con hipertensión pulmonar severa (HP), portador de DAVI (HEARTWARE®) desde octubre de 2014. Habiendo mejorado sus presiones pulmonares a los 6 meses del implante, y considerando su situación clínica estable es incluido en lista para trasplante, siendo realizada la intervención a los 15 meses después de haber sido implantado el dispositivo.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se elabora un nuevo plan de cuidados de enfermería individualizado y continuo según el modelo de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NIC y NOC adaptada a la nueva situación del paciente.

REFLEXIONES

La evolución clínica del paciente nos obliga a un replanteamiento de los planes de cuidados y una reevaluación continua de las necesidades del mismo, constatándose el papel prioritario de la enfermería en el abordaje de estos casos, sobre todo en el apoyo psicológico al paciente/familia y la formación y adquisición de habilidades en las distintas etapas de su situación clínica.

Pósteres Fórum

PROCESO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES OPERADOS DE CORAZÓN

Jueves, 5 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.

Autores: Sánchez-Matamoros Martín MD¹; Luque Oliveros M²; Béjar Prado LM³.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla¹; Hospital Universitario Virgen Macarena y Facultad de Enfermería, Podología y Fisioterapia de la Universidad de Sevilla²; Facultad de Medicina Universidad de Sevilla. Sevilla³.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Organización Mundial de la Salud identifica como componentes básicos de los cuidados de salud de calidad: un elevado grado de excelencia profesional, la eficiencia en la utilización de los recursos, riesgos mínimos para los pacientes, satisfacción para los usuarios y obtención de resultados. Por ello, el objetivo de nuestro estudio es determinar la atención quirúrgica que se le ofrece al paciente programado de cirugía cardíaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y no experimental con una muestra de 70 participantes de los 201 programados que precisaban cirugía cardíaca. Se recogieron variables sociodemográficas y otras variables de calidad bajo el cuestionario validado SERVQUAL. Se informaron los pacientes y firmaron el consentimiento informado. Se utilizó el programa estadístico SPSS 21.0 para el cálculo de la media, desviación típica y distribución de frecuencia.

RESULTADOS

Alfa de Cronbach, 91. Tabla de frecuencia válido N=70. Sexo/género: 61% hombre, 39% mujer. Estado civil: 49,2% casado; 51% soltero; 0,1% viudo; 1,1 separado. Variables de calidad: recursos 50,6%; conocimiento 55,2%; infraestructura 55,5%; procedimiento 58,9%; cordialidad 58%; empatía 53,2%; credibilidad 56,1%.

DISCUSIÓN

Estudios como los de Aranaz, señalan que la calidad constituye una preocupación constante de todos los actores que intervienen en el proceso asistencial, que no superando al menos el 50% de sus dimensiones, es motivo de preocupación. Nos posicionamos con dicho estudio, ya que nuestros resultados se mantienen en tal porcentaje.

CONCLUSIONES

La calidad de la asistencia sanitaria dentro de nuestro quirófano de cirugía cardiovascular, es excelente, en lo que concierne al