

Enfermería en Cardiología

Publicación científica de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

Enferm Cardiol. 2019; Año XXVI (77)
2.º cuatrimestre

Versión electrónica en:
<https://www.enfermeriaencardiologia.com/revista>

En este número

Editorial

Presidenta de la AEEC

Actualidad de la AEEC

Entrevista a Concepción Fernández Redondo

Poema

Resúmenes de las
comunicaciones
presentadas en el
40.º Congreso

Comunicaciones orales

Casos clínicos

Comunicaciones mini orales

Hub póster

Artículos científicos:

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

Sección de Cuidados de Enfermería en las Alteraciones Electrocardiográficas

Artículo especial. Proyecto MAREC

Sección de Imagen. Una imagen vale más que mil palabras



SEC 19
BARCELONA, 17/19 OCTUBRE
INCLUYE EL
XL Congreso Nacional de la Asociación
Española de Enfermería en Cardiología
¡Te esperamos en Barcelona!
EL CONGRESO DE
LAS ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES
DE LA
SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA
aeecc
Asociación Española de
Enfermería en Cardiología
SECRETARÍA TÉCNICA: SERVICIO DE ORGANIZACIÓN DE CONGRESOS
Tel. 902 112 629 - 981 815 975
info@cardiologiacongresos.org

DIRECTOR

Rafael Mesa Rico

CONSEJO DE REDACCIÓN**Presidencia de la AEEC**

Concepción Fernández Redondo

Dirección del Comité Científico

Miriam Rossi López

CONSEJO ASESOR

Elizabeth Salas Silva

Felicity Astin

Francisco Rivas Ruiz

Jeroen Hendriks

José Carlos Canca Sánchez

José Miguel Morales Asencio

Mona Schlyter

Sandra Sonalí Olvera Arreola

Yalili Videaux Puebla

COMITÉ EDITORIAL

Ana M.ª Correa Fernández

Arancha Ruescas Nicolau

Asunción Sánchez Donaire

Carlos-Santos Molina Mazón

Carmen Naya Leira

Concepción Cruzado Álvarez

Cristina Ruiz Verdugo

Elena Marqués Sulé

Eva Timonet Andreu

Francisco Alba Saá

Francisco Rivas Ruiz

Gemma Berga Congost

Ignacio Morales Cané

Isabel Ric Millán

Iván Prieto Salvador

Jessica Medina García

José Manuel Martínez Casas

José Manuel Martínez Linares

José Miguel Álvarez Moya

José Miguel Rivera Caravaca

Juan Carlos Rubio Sevilla

Lucía Zambrano Puente

M.ª Faz Pujalte Aznar

M.ª Loreto Barroso Morales

Marta Parellada Vendrell

Matilde Castillo Hermoso

Miriam Rossi López

Óscar del Río Moro

Paloma Garcimartín Cerezo

Purificación Alcalá Gutiérrez

Sandra Isabel García Mora

Sara Lospitao Gómez

Sonsoles Martín Pérez

Susana Rubio Martín

CORRECTORA DE INGLÉS

M.ª Dolores Martín Santamaría

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

M.ª José Zabala Osés

Presidenta

Concepción Fernández Redondo

Vicepresidenta

Silvia Pérez Ortega

Secretaria (en funciones)

Sonia Mena Mejías

Vicesecretaria (en funciones)

Elena Escanciano Rodríguez

Tesorera

Miriam Quintana Giner

Vocal Grupo Electrofisiología

Isabel Lillo Ródenas

Vocal Grupo Europeo

José Miguel Rivera Caravaca

Vocal Grupo Hemodinámica

Fco. Javier Delgado Sánchez

Vocal Grupo Imagen y Pruebas no invasivas

Ester Bertoli Inglés

Vocal Grupo Insuficiencia Cardíaca (en funciones)

Lluisa García Garrido

Vocal Grupo Prevención y Rehabilitación cardíaca

Ana Mª Dorado Pancho

Vocal filial catalana

Jonatan Valverde Bernal

Vocal filial gallega

Josefina Amor Cambón

Vocal filial murciana

María Ramón Carbonell

Vocal filial castellanoleonesa

Francisco Alba Saá

Director de la Revista

Rafael Mesa Rico

COMITÉ CIENTÍFICO DE LA AEEC**Directora**

Miriam Rossi López

Subdirectora

Gemma Berga Congost

Vocales

Concepción Cruzado Álvarez

Mª Faz Pujalte Aznar

Marta Parellada Vendrell

Paloma Garcimartín Cerezo

Sandra Isabel García Mora

Sara Lospitao Gómez

Sonsoles Martín Pérez

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/revistas



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	4
President of the AEEC	5
AEEC News	7
Interview with Concepción Fernández Redondo	13
<i>Del corazón los ojos ofendidos</i> (Poem by Lope de Vega)	17
Presentation of the 40 th National Congress of Cardiology Nursing	18
Nursing Program at the SEC-AEEC Congress 2019	19

Abstracts of communications presented at the 40th AEEC Congress:

Oral communications	20
Case reports	46
Mini-oral communications	52
Hub Poster	57
Authors Index	66

Scientific Articles:

Methodology Section. Evidence-Based Nursing: Clinical Research Applied to Health Sciences.	
Keys for questionnaire design and validation in health sciences	69
Nursing Care in Electrocardiographic Changes Section	
Nursing prescription	74

Special Article:

Diagnosis of Nursing's status in cardiological care in Spain. MAREC project: Rationale, design and general results.	82
An image is worth more than a thousand words Section.	
Second Micra implantation after battery depletion	94

Enferm Cardiol. 2019; Vol XXVI (77)
2nd quarter

Electronic version Available in:
<https://www.enfermeriaencardiologia.com/revista>

SUMARIO

Editorial	4
Presidenta de la AEEC	5
Actualidad de la AEEC	7
Entrevista a Concepción Fernández Redondo	13
<i>Del corazón los ojos ofendidos</i> (poema de Lope de Vega)	17
Presentación del 40.º Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología	18
Programa de Enfermería en el congreso SEC-AEEC 2019	19

Resúmenes de las comunicaciones presentadas en el 40.º Congreso AEEC

Comunicaciones orales	20
Casos clínicos	46
Comunicaciones mini orales	52
Hub póster	57
Índice de autores	66

Artículos Científicos

Sección de Metodología. Enfermería Basada en la Evidencia: Investigación Clínica Aplicada a las Ciencias de la Salud.	
Claves para el diseño y validación de cuestionarios en Ciencias de la Salud	69

Sección de Cuidados de Enfermería en las Alteraciones Electrocardiográficas.	
Prescripción enfermera	74

Artículo especial

Diagnóstico de la situación de la Enfermería en la atención cardiológica en España. Proyecto MAREC:	
Justificación, diseño y resultados generales	82
Sección de Imagen. Una imagen vale más que mil palabras.	
Implante de segundo Micra tras agotamiento de batería	94

Enferm Cardiol. 2019; Vol XXVI (77)
2.º cuatrimestre

Versión electrónica en:

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

ISSN: 1575-4146
Depósito Legal: M-10090-2014
Tirada 300 ejemplares

Impreso en España por: The Cube Factory - Gandía (Valencia)
© Copyright 2019 Asociación Española de Enfermería en Cardiología
Publicación cuatrimestral (3 números al año)

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).

Desde las páginas de la revista *Enfermería en Cardiología* quisiera daros la bienvenida a la ciudad de Barcelona, que este año acoge el 40.º Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC), bajo el lema «*El Congreso de los Cuidados Cardiovasculares de la AEEC19*». Se trata del primer congreso conjunto que celebran la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y la AEEC, en el cual se ha realizado un gran trabajo por parte de ambas sociedades, donde se establecerán una serie de encuentros con todos los profesionales que contribuyen al bienestar de los pacientes cardiológicos. Por parte de la AEEC, el Comité Organizador del congreso ha estado integrado por **Concepción Fernández Redondo, Silvia Pérez Ortega y Miriam Quintana Giner**, las cuales han realizado un trabajo excepcional durante el último año para que el congreso se desarrolle con los mejores estándares de calidad que requieren los cuidados cardiológicos de enfermería.

En cuanto al contenido científico del congreso, **Miriam Rossi López**, ha dirigido al magnífico equipo que compone el Comité Científico formado por **Gemma Berga, Concepción Cruzado, Sandra Isabel García, Paloma Garcimartín, Sara Lospitao, Sonsoles Martín, Marta Parellada y María Faz Pujalte**, elaborando el programa científico, organizando el contenido de los cursos de formación y evaluando los trabajos presentados y distribuidos en comunicaciones orales, casos clínicos, comunicaciones mini orales y *hub* póster.

Durante el congreso se han programado cuatro cursos de formación: «ELECTROCARDIOGRAFÍA PRÁCTICA», «LECTURA CRÍTICA», «ASISTENCIAS VENTRICULARES» y «*MINDFULNESS* APLICADO AL PROFESIONAL ENFERMERO». Así como tres mesas redondas sobre «CARDIOACTUALIDAD EN ENFERMERÍA: URGENCIAS Y EMERGENCIAS CARDIACAS», otra mesa sobre «LA ENFERMERA DE CARDIOLOGÍA DEL SIGLO XXI», y una última sobre «LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA: CAMBIOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA».

En lo que se refiere al contenido científico del actual número de la revista, publicamos los resúmenes de las comunicaciones orales, casos clínicos, comunicaciones mini orales y *hub* póster que han sido enviados por los profesionales de Enfermería en Cardiología. Por otro lado, ofrecemos nuestras secciones habituales de Metodología. Enfermería Basada en la Evidencia: Investigación Clínica Aplicada a las Ciencias de la Salud, en la que publicamos el artículo de **Camen M.ª Sarabia Cobo y Ana Rosa Alconero** «Claves para el diseño y validación de cuestionarios en Ciencias de la Salud», en la sección de Cuidados de Enfermería en las Alteraciones Electrocardiográficas, **Juan Carlos Rubio** nos habla sobre la «Prescripción enfermera», y en la sección Una imagen vale más que mil palabras, **Rebeca Domingo** nos describe la imagen del «Implante de segundo Micra tras agotamiento de batería». Por último, como contenido especial os ofrecemos el primer artículo de la serie de cinco del Estudio MAREC, en el que Concepción Fernández nos ofrece los resultados del diagnóstico de la situación de la enfermería en la atención cardiológica en España.

En este número entrevistamos a la actual presidenta Concepción Fernández Redondo, que durante el congreso de Barcelona termina su mandato al frente de la AEEC, presidencia durante la cual se han desarrollado muchas líneas de trabajo en cuanto a la formación, el desarrollo científico, la colaboración con la SEC, la colaboración de los Grupos de Trabajo con las Secciones Científicas de la SEC, la inclusión de profesionales de enfermería en la revisión de las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), la colaboración a lo largo de estos años con TRAMA y un largo etcétera.

Por mi parte, quisiera expresar mi agradecimiento por el apoyo recibido a lo largo de estos años como director de la revista *Enfermería en Cardiología*, sé que estos años de trabajo han sido muy duros y con muchos sin sabores, pero debes sentirte orgullosa por el trabajo bien hecho. Soy consciente de que te has dejado la piel por la AEEC, por lo que considerabas que debía cambiarse para que la asociación tuviera un futuro más cierto y ajustado a las nuevas exigencias de la sociedad científica actual, siempre pensando en la capacidad profesional de la enfermería. Ahora comienza otra etapa con Silvia Pérez en la Presidencia, a la que le deseo toda la suerte del mundo, sabiendo que ha tenido una buena maestra y concedora de todos los retos que se le plantean.

Para finalizar, seguimos con la serie «Poesía con Corazón», en la que el poeta **José Infante** nos presenta un poema de **Lope de Vega** «Del corazón los ojos ofendidos». Por último, quisiera agradecer todo el esfuerzo que ha realizado a lo largo del último año, al Comité Organizador del congreso, al Comité Científico de la AEEC, al Comité Ejecutivo, a la Junta Directiva, al Comité Editorial de la Revista y a la coordinadora editorial, **Maribel Calero**.

Os deseamos una buena estancia en la ciudad de Barcelona y que disfrutéis del contenido científico del congreso, de la revista y de la hospitalidad de sus habitantes.

Rafael Mesa Rico
Director

revista@enfermeriaencardiologia.com

Presidenta de la AEEC

Estimados socios:

Desde nuestro primer congreso como asociación en 1979, la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC) se ha mantenido siempre fiel al objetivo inicial de fomentar las relaciones humanas, de difundir los contenidos científicos y las experiencias, que permitieran actualizar los conocimientos y poner al día los avances de la enfermería en cardiología, condiciones indispensables para mejorar la calidad de los cuidados prestados y mejorar la salud cardiovascular de las personas que atendemos. Sin duda, los congresos han favorecido la formación de las enfermeras relacionadas con la cardiología, hoy altamente cualificadas y capacitadas para proporcionar unos cuidados cardiológicos avanzados, aunque no se haya reconocido la especialidad, acordes a la incesante evolución científica y tecnológica que vive la especialidad de cardiología.

Este año, tenemos un motivo muy especial para celebrarlo, se trata del 40.º Congreso de la AEEC, y lo haremos en un nuevo marco y con un título que identifica la esencia de nuestra profesión, «*El Congreso de los Cuidados Cardiovasculares de la AEEC19*». Somos conscientes del reto elegido, pero confiamos en poder satisfacer vuestras expectativas científicas, formativas y lúdicas. La conferencia inaugural, «**Hablemos de la necesidad de desarrollar la competencia política enfermera: ¿también para las enfermeras que brindan cuidados cardiovasculares?**», será en la modalidad de coloquio y, en ella, intervendrán enfermeras de gran prestigio como Rosa M^a Alberdi Castell, Nuria Cuxart Ainaud y Gemma Martínez Estalella a las que acompañaré gustosamente, aportando mi visión desde la presidencia de la AEEC. La conferencia de clausura «**Ruta para liderar los cuidados y empoderar a las enfermeras**», tendrá a una excepcional ponente, Azucena Santillán García, de todos conocida por su excelente trayectoria profesional.

En esta carta quiero rendir homenaje a todas y cada una de las personas que, desde sus pioneros hasta la actualidad, han formado parte de las diferentes juntas directivas y han contribuido a formar las bases de la AEEC. Como sabéis, mi mandato finaliza durante este congreso, han sido 5 años de plena dedicación a un trabajo apasionante, con muchos frentes abiertos, algunos nada gratificantes, pero me voy orgullosa de haber puesto todo mi empeño en contribuir al avance de la profesión y a intentar darle a la Asociación una gestión totalmente transparente y un nivel de profesionalización que le permita ser reconocida por la comunidad científica nacional e internacional en cualquier foro en el que la salud cardiovascular y/o el avance de la enfermera de cardiología sean su objetivo.

Actualmente nos encontramos formando parte del Comité Técnico de la Estrategia de Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud, disponemos de dos representantes en las secciones de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) de Insuficiencia Cardíaca y Arritmias/Muerte súbita y Valvulopatías, en las que participan Mercedes Faraudo García e Isabel M^a Lillo Ródenas, y a las que quisiera dar las gracias por vuestro compromiso. A su vez, el convenio de colaboración con la SEC, ha permitido la participación de la enfermería de la AEEC en diferentes proyectos como el de «Cardio-onco-hematología», «Cardiología del siglo XXI», así como la colaboración en grupos de trabajo en la adaptación de las guías de práctica clínica promovidas por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) o en los planes de formación conjunta con la SEC.

La formación específica y las competencias que requiere el profesional de enfermería en cardiología no son las mismas que se requieren en otros ámbitos. La Asociación tiene un grupo de trabajo elaborando las competencias de las enfermeras de cardiología en todas y cada una de sus áreas y definiendo los criterios de calidad exigibles para mejorar la práctica clínica.

La AEEC ha asumido la formación como uno de los objetivos prioritarios desde sus inicios. La formación docente se plasma en los congresos (conferencias, mesas redondas, talleres, cursos y trabajos científicos) y en las reuniones anuales de las secciones de la SEC, donde los grupos de trabajo de la AEEC han conseguido una autonomía y un protagonismo relevante, sin lugar a dudas por la implicación y compromiso de sus vocales.

En ambos eventos juega un papel primordial el Comité Científico de la AEEC, órgano que siempre ha simbolizado la calidad y el rigor científico de nuestra asociación. Si bien su funcionalidad no ha sido un camino de rosas y, ha habido momentos de auténtica dualidad entre el Comité Científico y los comités ejecutivos de la AEEC, Carmen Naya Leira, anterior directora, fue el motor de la transición, pasando a ser miembro activo del Comité Ejecutivo y consiguiendo consolidar un potente grupo de trabajo, hoy excelentemente liderado por Miriam Rossi López.

La Formación *online* se hace necesaria dada la dificultad que existe para las enfermeras para asistir a formación presencial, en este campo es de destacar la realización de dos ediciones del Máster Universitario de Enfermería en Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, impulsado por Mónica Gómez Fernández y la creación del «Campus Virtual» como plataforma específica de formación, que ha permitido realizar con gran éxito de convocatoria dos ediciones del «Curso de Experto en Insuficiencia Cardíaca para Enfermería», todo ello gracias a la importante labor realizada por Francisco García Aranda, anterior

Director de Formación. Pero hay determinadas áreas que necesitan formación presencial y muestra de ello es la ya 3ª edición, realizada en la Sede de la Casa del Corazón en Madrid, del curso de «Actualización en procedimientos estructurales para Enfermería de Hemodinámica».

La revista *Enfermería en Cardiología* es el órgano de difusión de la AEEC, el escaparate de su actividad científica propia y, su nivel científico influye en la percepción positiva de sus lectores. Desde la edición del primer número de la revista, los autores, revisores, redactores, asesores, coordinadores... etc, han colaborado desinteresadamente para lograr una revista actualizada, de mayor rigor científico, conscientes de que es necesario llegar al mayor número de lectores posible y única vía para conseguir ser indexada en el ranking CUIDEN Citation, que edita la Fundación Index, donde en la actualidad ocupa el puesto 49 en el Ranking CUIDEN Citation-2017, situándonos en el cuarto cuartil (Q4) de las revistas más citadas de Enfermería en Iberoamérica. En estos momentos la revista se difunde a través de la web de la AEEC, el Campus AEEC y en la plataforma del Grupo Paradigma. Gracias a Rafael Mesa Rico, que partiendo del buen trabajo realizado por sus antecesores, ha conseguido un cambio generacional y ha dado a la revista un matiz acorde a los nuevos tiempos y nuevos objetivos.

La web, sea tal vez el campo que más ha desarrollado la AEEC pero también el que más ha costado consolidar. Desde su creación, conscientes de que era una herramienta imprescindible de comunicación, han sido muchas las horas invertidas, contando en la actualidad con una página más profesional, ágil y dinámica que ha permitido mejorar la imagen de la AEEC. Hemos recuperado la página del paciente, que bajo el título de «Salud Cardiovascular», vamos dotándola de documentos que puedan proporcionar información oportuna a las personas no profesionales que visiten nuestra página. Gracias a los diferentes directores de la web, que en mayor o menor medida habéis ayudado a conseguirlo.

Termina una etapa y comienza otra que, no tengo la menor duda, será beneficiosa y de gran desarrollo para la AEEC, todo mi respeto y cariño para la persona que toma mi relevo. Gracias, Silvia Pérez Ortega, por tu trabajo y tu constante apoyo a lo largo de estos años.

Gracias a todos los miembros que han formado parte del Comité Ejecutivo estos años, sin vosotros hubiera sido imposible avanzar. Un especial agradecimiento a Vanessa García Mosquera (tesorera entregada) y Mónica Collado Martín (secretaria), qué gran apoyo en una época tan tortuosa, nunca lo olvidaré. Gracias a Miriam Quintana Giner, nuestra tesorera joven, siempre preocupada por hacerlo bien. Gracias a las Filiales y a los Grupos de Trabajo por el trabajo que realizan y que nos hace más visibles cada día. Mi más sincero agradecimiento también a Maribel Calero, secretaria de la AEEC y coordinadora editorial de la revista.

Gracias a la SEC, me siento privilegiada por la confianza que han depositado en mí y agradecida por el apoyo constante al avance de la Asociación y de las enfermeras de cardiología. El esfuerzo realizado por ambas partes para consolidar unas bases de colaboración, sin lugar a dudas, ha merecido la pena.

Gracias a Trama, siempre fiel a la AEEC, la calidad técnica y humana de sus miembros ha sido crucial para el éxito de nuestros congresos. Un reconocimiento muy especial a María Muñoz, solamente yo sé el apoyo y los consejos que me ha brindado, aún después de dejar de trabajar con Trama; todo un ejemplo de profesionalidad y amistad. Gracias de todo corazón.

Y gracias a todos vosotros, los socios, por el compromiso y la confianza que habéis depositado estos años de mi presidencia. Os animo a todos a esforzaros en seguir siendo partícipes del crecimiento de la Asociación, mirad hacia atrás, valorar lo conseguido hasta el momento, es fruto del esfuerzo de todos. No olvidéis que la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, como sociedad científica que es, ofrece valores modernos y de progreso para la profesión.

Os espero en Barcelona, donde podremos disfrutar de tres días intensos y donde me despediré de todos vosotros.

Un abrazo



Concepción Fernández Redondo
Presidenta de la AEEC
presi@enfermeriaencardiologia.com

Candidaturas a la Junta Directiva 2019



Asociación Española de
Enfermería en Cardiología



Vicepresidencia

ISAAC MOLL ADRIÁN
Hospital Sant Joan de Déu

Secretaría

SONIA MENA MEJÍAS
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

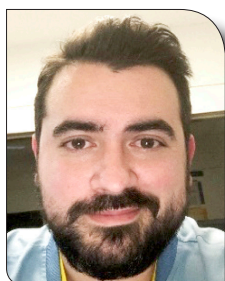
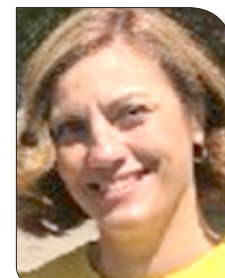


Vicesecretaría

ELENA ESCANCIANO RUIZ
Complejo Hospitalario de León

Dirección Formación

NURIA VILLALBA LIZANDRA
Hospital Universitario y Politécnico La Fe



Dirección Revista

JONATAN VALVERDE BERNAL
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Grupo de Trabajo Insuficiencia Cardíaca



LLÜISA
GARCÍA GARRIDO
Hospital Universitari de
Girona Dr. Josep Trueta

MÓNICA
PÉREZ SERRANO
Hospital Clínico
San Carlos



Las votaciones para la elección de cargos al Comité Ejecutivo se celebrarán el **viernes 18 de octubre de 9:00 a 11:30 h.** mediante el sistema de urnas. Las votaciones para la elección de los vocales de los Grupos de Trabajo (GT) se celebrarán durante los foros de los GTs el **jueves 17 de octubre a las 13:45 h.**

XXIX Curso anual del Grupo de Trabajo de Enfermería en Hemodinámica

Ibiza, 9 y 10 de mayo de 2019

El curso dio inicio el jueves día 9 con la inauguración de la reunión a cargo de Dr. Armando Pérez de Prado, presidente de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la SEC y el presidente de la SEC, el Dr. Manuel Anguita, que estuvieron acompañados por los Drs. Ángel Cequier, Vicente Peral y Antonio Serra.

Tras esta inauguración oficial se dio paso a la sesión de «**Novedades Relevantes en Cardiología Intervencionista en el último año**», un repaso que nos mostró las últimas novedades en el mundo de la hemodinámica.

A continuación se pusieron en marcha 5 talleres:

- «**Comunicación efectiva**», impartido por Tamara García Camarero y Virginia Francés, del Hospital Virtual de Valdecilla de Santander con una asistencia de 28 enfermeras.
- «**IVUS**», impartido por Ester Bajo, del Hospital de Sant Pau de Barcelona, al que asistieron 27 enfermeras.
- «**IMPELLA®**», impartido por Yolanda Segarra y Montserrat Bertrán, del Hospital de Bellvitge de Hospitalet de Llobregat, con 19 asistentes.
- «**Cómo elaborar y exponer un póster científico**» impartido por Aitor Ugarte de la compañía Comunideas de Majadahonda, con 17 participantes.
- «**Búsqueda bibliográfica**» impartido por Adrián Márquez, Cesar Teixeira y Vicente Rubio con un total de 9 asistentes.

La mesa de comunicaciones mini orales fue moderada por Rocío Gil y Carmela Pedrosa, y se expusieron las siguientes comunicaciones:

- «Adaptación del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica en el laboratorio de Hemodinámica».
- «Experiencia en el cierre percutáneo de la comunicación interventricular en pediatría».
- «Novedad en el cierre de accesos venosos femorales: sutura en 8 con llave de 3 pasos».
- «Eficacia y Seguridad en la Oclusión Crónica Total».
- «Cierre percutáneo de comunicaciones interventriculares en pediatría. Experiencia de cinco años».

El viernes día 10 abrió con la conferencia inaugural de Antoni Lacueva bajo el título «**Cuáles son los beneficios de reducir el estrés con *mindfulness* en la profesión**», que nos habló del estrés y de cómo gestionar las situaciones estresantes.

Seguidamente dimos paso a la mesa redonda de maestros con moderación de Mónica Gómez del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela y María Lacueva del Hospital de Sant Pau de Barcelona.

- «**Los 10 puntos clave de la enfermera que atiende un código IAM**», con Gemma Berga del Hospital de Sant Pau de Barcelona como ponente.
- «**Los 10 puntos clave de la enfermera que atiende patología estructural**», con M^a Jose Morales del Hospital Clínico de Madrid como ponente.
- «**Las claves de la sedación consciente**» con Elia Alonso, enfermera del servicio de anestesia del Hospital del Mar de Barcelona como ponente.

Seguidamente se pasó a la mesa de comunicaciones orales y casos clínicos, moderada por Montserrat Seoane del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela y Miryam González del Hospital Clínico Universitario de Salamanca con los siguientes trabajos:

- «Regadononon endovenoso *versus* adenosina intracoronaria durante la medición de la reserva fraccional del flujo: comparación de síntomas» (*optaba a premio*).
- «Neonato con estenosis valvular aórtica y coartación de aorta».
- «Intervencionismo cardiaco por vía radial o cubital con acceso y cuidados post-procedimiento realizados por personal de enfermería».

- «Complicaciones pre y post-procedimiento de un paciente durante la implantación de una TAVI» (*optaba a premio*).
- «Herramienta para la administración segura de medicación en la Sala de Hemodinámica y Angioplastia Protegida en la Oclusión Crónica Total».

A continuación tuvimos la asamblea del GT de Hemodinámica de la AEEC, con un total de 43 asistentes.

Tras el almuerzo se realizó la zona póster moderada por David Sánchez del Hospital del Mar de Barcelona y Raquel Cabezón de la Clínica Universitaria de Navarra donde pudimos ver:

- «Implantación de *stent* en foramen oval por vía transhepática en un lactante».
- «Cuidados de enfermería en pacientes intervenidos por estenosis aórtica: recambio valvular e implante valvular transcáteter. Revisión bibliográfica».
- «Caso clínico: extracción de dispositivo ocluyente y posterior cierre de *leak* mitral».
- «La implantación de válvula percutánea en la tricúspide es ya una realidad».

Tras esta sesión, tuvimos una de las novedades de este año que era un **concurso interactivo a través de una APP móvil**, con preguntas que debía responder cada uno desde su propio dispositivo móvil.

En la entrega de premios estaba la otra gran novedad de este año que era una inscripción para el congreso de la SEC-AEEC que este año se celebra en Barcelona. Dicha inscripción se otorgaría al primer autor del trabajo ganador de esta reunión y estaba sponsorizada por la casa comercial **World-Medica** que correrá con los gastos. La ganadora de este año fue Yolanda Bartolomé del Hospital del Mar de Barcelona por su trabajo: «**Complicaciones pre y post-procedimiento de un paciente durante la implantación de una TAVI**». El premio fue entregado por la responsable de producto de World-Medica Raquel Barbero.

¡Os esperamos el próximo año en Málaga los días 11 y 12 de junio!

Francisco Javier Delgado Sánchez
Vocal del GT de Hemodinámica de la AEEC
vocalhemo@enfermeriaencardiologia.com



Sesión de inauguración.



Taller de enfermería.



Sesión de Enfermería en Cardiología.



Mesa redonda de enfermería.

INSUFICIENCIA CARDIACA 2019

XVI REUNIÓN ANUAL DE LA SECCIÓN DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA SEC

MÁLAGA, 13-15 JUNIO 2019 • NH MÁLAGA

www.reunionicsec.com



El pasado mes de junio se celebró en Málaga la **XVI Reunión anual de la Sección de Insuficiencia Cardíaca de la SEC**. La reunión recoge todo el conocimiento de los últimos meses en relación con la insuficiencia cardíaca (IC) a nivel nacional e internacional para todos los profesionales involucrados en la IC.

Las novedades más destacadas de colaboración interdisciplinar tuvieron lugar en las sesiones referente a la presentación de los resultados del **estudio ETIFIC**, el manejo de la congestión refractaria y los cuidados paliativos en ICC.

Los talleres sobrepasaron su capacidad, convirtiéndose en espacios interesantes de discusión concerniente a la titulación de fármacos por enfermeras especializadas; sobre las nuevas tecnologías relevantes en el manejo de pacientes con IC e hipertensión pulmonar; y, por último, el taller de hospital de día.

Referente a los trabajos de enfermería presentados, se destaca la calidad de los mismos. Se seleccionaron tres comunicaciones para su presentación y el premio a la mejor comunicación fue para el trabajo titulado: **«Efectos de un programa domiciliario de entrenamiento de la musculatura inspiratoria sobre capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca y función sistólica preservada»** de Rebeca García Salvador, Eloy Domínguez Mafe, Antonio Briatore Briatore, Pablo Tormo Juárez, Bruno Ventura Pérez y Patricia Palau Sampio del Hospital General Universitario de Castellón.

Recordaros la **próxima reunión del foro del Grupo de Trabajo de IC** de la AEEC que tendrá lugar en el 40.º Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC), que se celebra en Barcelona, el **jueves 17 de octubre a las 13:45 h**, durante la cual se procederá a las votaciones para la elección del vocal del grupo de trabajo, que nos representará durante los próximos tres años.

Por último, animaros a participar en la próxima reunión anual de la Sección de Insuficiencia Cardíaca de la SEC, que se celebrará en **Pamplona, del 18 al 20 de junio 2020**.



Miembros del Grupo de Trabajo de IC.

Lluïsa García Garrido
Vocal del GT de Insuficiencia Cardíaca de la AEEC (en funciones)
insuficiencia@enfermeriaencardiologia.com



Componentes de la mesa redonda sobre IC.

PRÓXIMA EDICIÓN

TÍTULO DE EXPERTO EN **INSUFICIENCIA CARDIACA** PARA ENFERMERÍA



(3ª edición)

Toda la información se irá actualizando en la web y el Campus de la AEEC

enfermeriaencardiologia.com

campusaeec.com

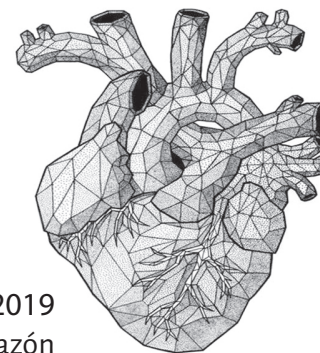
Con descuento para socios de la AEEC

ORGANIZA:



Actualización en procedimientos estructurales para Enfermería de Hemodinámica

MADRID, 3 y 4 DE JUNIO DE 2019
Casa del Corazón



La tercera edición del curso de «Actualización en procedimientos estructurales para Enfermería de Hemodinámica», fue organizado por el comité de Formación del GT de Hemodinámica (AEEC), la directora de Formación AEEC, Isabel Pérez y el vocal del GT de Hemodinámica, Fco. Javier Delgado, que también fue docente del mismo. Los demás docentes fueron Ester Bajo, Elena Calvo, Rocío Gil y Fco. Javier García.

Se celebró en la Casa del Corazón de Madrid, sede de la Sociedad Española de Cardiología, la Fundación Española del Corazón y la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, y tuvo una duración de 15 horas teórico-prácticas. A día de hoy está pendiente la asignación de los créditos que se solicitaron al Sistema Nacional de Salud.

El programa que se desarrolló fue el siguiente, el lunes 3 pudimos ver:

- Intervencionismo valvular. Valvuloplastias.
- Intervencionismo sobre la válvula aórtica. TAVI.
- Tratamiento percutáneo de la insuficiencia mitral severa. Dispositivo MitraClip.
- Taller de montaje de TAVI y Mitra-Clip.

Y el martes 4 de junio:

- Intervencionismo Estructural en Patología Congénita de adultos.
- Otras patologías en Intervencionismo Estructural.
- Taller práctico de Intervencionismo Estructural en Patología Congénita de adultos y otras patologías en Intervencionismo Estructural.
- Disección Cardíaca.

En total fueron 27 asistentes, con la novedad este año de la asistencia de un alumno que se desplazó expresamente al curso desde Costa Rica. Al finalizar el curso se realizó un test de evaluación en el que todos los participantes obtuvieron unos excelentes resultados.

¡Os esperamos el próximo año!

Francisco Javier Delgado Sánchez
Vocal del GT de Hemodinámica de la AEEC
vocalhemo@enfermeriaencardiologia.com



Asistentes a la 3ª edición del curso.



Sesión sobre el «Cierre de orejuela».



Asistentes a las diferentes sesiones.



Sesión práctica.

ENTREVISTA A FONDO: Concepción Fernández Redondo

Presidenta de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC)

Entrevista realizada por Rafael Mesa Rico

Concepción Fernández Redondo es enfermera por la Universidad de Madrid. Su trayectoria profesional comenzó en 1977 en la UCI pediátrica del Hospital la Paz de Madrid, posteriormente en el mismo servicio del Hospital de la Fe de Valencia y en la UCI del Hospital de Sagunto (Valencia).

Desde 1990 ha desarrollado su labor profesional como supervisora de unidad de Cardiología y desde el año 2000 hasta la actualidad trabaja como supervisora del Área Cardiovascular, que incluyen las unidades de hospitalización, hemodinámica, electrofisiología y consultas externas en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) de Murcia.

Durante los años en el ejercicio de la enfermería ha participado en varios proyectos de investigación, ensayos clínicos y ha colaborado en diversas publicaciones.

En la Asociación Española de Enfermería en Cardiología ha ejercido diversos cargos, comenzando como presidenta del Comité Organizador del 35º Congreso Nacional de la AEEC celebrado en Murcia en el año 2014, ha sido vicepresidenta de la AEEC desde 2014 hasta 2016 y es la actual presidenta de la AEEC desde entonces. Su mandato finaliza durante la celebración del 40.º Congreso Nacional de la AEEC en Barcelona.

Durante estos años, como presidenta de la AEEC, ha impulsado numerosos proyectos que han redundado tanto en el beneficio de la asociación como en el progreso de la Enfermería en Cardiología. Proyectos que van desde el cambio de estatutos y la potenciación de la formación continuada, hasta la firma de convenios de colaboración con la Editorial DAE y la Sociedad Española de Cardiología, con la que desarrolla diversos proyectos (revisión de guías clínicas, cardio-onco-hematología...) y que ha culminado con la celebración del primer congreso conjunto entre ambas sociedades. Desde su presidencia también se ha desarrollado el ambicioso proyecto MAREC, sobre el diagnóstico de la situación de la enfermería en la atención cardiológica en España.

Llevas dedicada a la enfermería desde muy joven, ¿cómo decidiste dedicarte a la profesión enfermera?. ¿Por qué elegiste la enfermería cardiovascular?

La verdad que fue por azar, aún recuerdo cuando mi abuela me dijo «tú no vales para enfermera», pero sin duda me siento orgullosa de haber elegido esta profesión.

En cuanto a la enfermería en cardiología, accedí a ella por cosas del destino, aunque siempre estuve vinculada al área cardiovascular. Mi primer servicio de prácticas fue en el Hospital de la Paz, en el servicio de cardiovascular y el último el de la UCI pediátrica (donde ya se hacían 2 cirugías cardíacas al día); antes de finalizar las prácticas ya me habían asegurado que tenía trabajo en ella. Trabajé dos años y medio y me trasladé a Valencia, donde de nuevo, me ofrecieron el servicio de cuidados intensivos pediátricos, también estuve en cirugía cardíaca.

Al llegar a Murcia, tras un breve período en neurología, me presenté a la plaza de supervisión de cardiología, me la asignaron y hasta hoy.

La mayor parte de tu trayectoria profesional la has dedicado a la gestión de servicios de enfermería como supervisora del área cardiovascular, ¿por qué dedicarse a

la labor de gestión?, ¿qué diferencias encuentras entre la tarea asistencial y el trabajo como supervisora?

Siempre colaboré con mis superiores en los diferentes servicios en los que trabajé; en Murcia salió la convocatoria para cardiología y mí, entonces «jefe», José Antonio Muñoz, gran profesional y gestor, me convenció.

Yo no concibo una supervisión que no tenga su faceta asistencial, si queremos hacer una gestión eficiente del cuidado debemos de asumir una parte asistencial y de contacto con el paciente, para conocer sus necesidades de salud y garantizar que los cuidados planificados son los adecuados.

¿Está reconocido lo suficientemente el desempeño profesional de una supervisora tanto por los compañeros como por las gerencias de los centros hospitalarios?. ¿Qué criterios crees que deben reunir los profesionales de enfermería para dedicarse a la gestión de los servicios de enfermería?

Creo que los mandos intermedios son los más difíciles de desempeñar; en mi caso me considero una privilegiada. Siempre he sido apoyada y valorada por las diferentes direcciones de enfermería e incluso por las gerencias y,

aunque con algunos compañeros haya tenido alguna diferencia, siempre he podido solventarla satisfactoriamente porque la mayoría me han apoyado incondicionalmente. Sin ellos nunca hubiera conseguido mantenerme tantos años en el cargo ni hubiera podido conseguir llevar a cabo los objetivos propios ni los objetivos marcados por la dirección de enfermería.

Sin lugar a dudas, cualquier mando intermedio debe de tener la visión muy clara de lo que significa la gestión: compromiso con los objetivos de la institución para la que trabaja, buscar la excelencia en el cuidado, facilitar la labor diaria de todo el personal del servicio que dirige y ser íntegro con él, independientemente de ser más o menos afín en el aspecto personal.

¿Cómo ha evolucionado la labor de la supervisión de los servicios de enfermería desde que comenzaste tu carrera profesional hasta nuestros días?

Bueno, la misión siempre ha sido la misma, proporcionar el mejor cuidado al paciente. Lo que ha cambiado es la manera de llevarla a cabo. Sin duda, la firma de contratos de gestión, como herramienta que vincula la gestión de los recursos materiales con la consecución de objetivos y resultados de salud, ha sido un avance muy positivo para poder definir los objetivos y evaluar los parámetros que influyen en los costes y en la calidad de la asistencia.

¿Ha sido complicado compaginar tu puesto de supervisora con la presidencia de la AEEC, con la familia...? ¿Hay suficientes horas en el día?

Complicado y a veces agotador, he renunciado a muchas cosas personales y le he robado mucho tiempo a mi familia; por suerte siempre me han apoyado y espero compensarles algún día. He intentado cumplir con mis obligaciones en ambos aspectos y he puesto toda mi energía en ello. Sin lugar a dudas, me han quedado cosas por hacer, pero ni un solo día me ha faltado la ilusión ni las ganas de trabajar y luchar por lo que más me gusta, ser enfermera y de demostrar que las enfermeras estamos capacitadas para aplicar el mejor cuidado al paciente, en cualquier situación que se nos presente.

Claro que falta tiempo, siempre he dicho que «busco un reloj de más de 24h» (de hecho es mi estado de *Whatsapp*).

Dentro del Área Cardiovascular que gestionas se incluyen las unidades de hospitalización, hemodinámica, electrofisiología y de consultas externas. Según tu experiencia y la evolución que está produciéndose en la enfermería cardiovascular, ¿consideras necesaria la creación de la especialidad de enfermería en cardiología?. ¿Cuáles serían, desde su punto de vista, los pasos a seguir para implantar la especialidad de Enfermería en Cardiología en nuestro país?

Una especialidad como es Cardiología, con varias especialidades en diferentes áreas tan específicas y con técnicas más complejas cada día, nunca conseguirá hacer una gestión óptima en resultados de salud si las enfermeras que trabajan en ellas no están formadas para ello. Yo siempre tengo personas en hospitalización que conocen hemodinámica, electrofisiología y/o imagen para poder solventar las incidencias que puedan surgir y evitar demoras

y/o suspensiones de la actividad por este motivo.

En el modelo actual de asistencia sanitaria, es vital que se reconozca la especialidad y que, al menos, las direcciones de enfermería hagan la selección del personal en base a perfiles; las enfermeras no podemos seguir valiéndolo para todo.

Si a esto añadimos el perfil del paciente actual, de mayor edad, múltiples comorbilidades y mayor dependencia, aún es más necesario el perfil de enfermera de práctica avanzada y gestora de casos, que favorezcan la transición del paciente por todos los ámbitos asistenciales y favorezca mantener al paciente en su entorno familiar, evitando la hiperfrecuentación a urgencias y/o reingresos. El autocuidado y el empoderamiento del paciente, como estrategia de salud cardiovascular que es en el sistema sanitario actual, requiere enfermeras expertas en el área de cardiología que puedan formar, orientar, asesorar y hacer un seguimiento eficaz del paciente.

¿Cómo se está trabajando desde la AEEC para conseguir dar ese impulso definitivo para que sea reconocida la especialidad de enfermería en cardiología?. ¿Es el proyecto MAREC, sobre el diagnóstico de la situación de la enfermería en la atención cardiológica en España, un punto de partida para conseguir dicha especialización?

Bueno, esa es una de las tareas más arduas de mi paso por la AEEC. Ya mantuvimos una reunión en el Ministerio en el año 2017, donde se nos indicó lo difícil que era conseguir la especialidad y nos orientaron sobre los pasos que deberíamos dar para el perfil avanzado de cardiología, aconsejándonos que lo hiciéramos por áreas, como las subespecialidades médicas, y definiendo claramente las competencias propias en cada una de ellas que hicieran necesario ese perfil.

El proyecto MAREC es una iniciativa única, que aporta información de referencia inexistente hasta la fecha de la situación actual de las enfermeras en cardiología y, un magnífico punto de partida para conocer las competencias y el nivel de autonomía en áreas específicas en las que las enfermeras desarrollan un papel determinante: hemodinámica, electrofisiología, insuficiencia cardiaca y rehabilitación cardiaca. Sin lugar a dudas, va a favorecer el desarrollo de las competencias propias y en esta tarea colaboraré gustosamente, si la nueva presidenta de la AEEC lo estima oportuno.

Uno de los proyectos más positivos de tu periodo al frente de la AEEC ha sido la creación del Curso de Experto Universitario en Insuficiencia Cardiaca así como del Máster en Hemodinámica, ¿cree que estos proyectos son un paso más hacia ese reconocimiento de especialización de la enfermería en cardiología?

Por supuesto, sin la formación avanzada en cardiología nunca podremos avanzar en la consecución de la especialidad ni tan siquiera del perfil. Tanto el Máster en Hemodinámica como el curso de Experto en IC han supuesto un gran avance para la AEEC, pero sobre todo para las enfermeras que trabajan en cardiología, que



Concepción Fernández Redondo.

podrán desempeñar un rol específico en ambos campos, cada vez más necesarios para el control de las enfermedades cardiovasculares. Hay que dar las gracias a personas como Mónica Gómez y Fco. Javier García Aranda por el esfuerzo que realizaron para conseguir las primeras ediciones, facilitando el trabajo de sus sucesores en las siguientes.

¿Cuál es el papel que debe de jugar la formación dentro de la AEEC?, ¿se han cumplido tus objetivos en cuanto a formación desde que asumiste la presidencia de la AEEC?

La AEEC debe fomentar la formación acreditada de las enfermeras de cardiología y elevar el nivel científico de los asociados para la provisión de cuidados centrados en las personas, de calidad, equitativos y eficientes y basados en la excelencia, como garantía de mejora en la salud de la población. Hemos avanzado mucho, hemos establecido un convenio de colaboración con la editorial DAE y hemos logrado una plataforma de formación propia. Conseguimos un éxito al sacar adelante un curso de ECG que estaba atascado, tuvimos un éxito rotundo en las dos ediciones del curso de experto de I. Cardíaca y estamos organizando la 3ª, realizamos un curso de dispositivos cardíacos y, no podemos olvidar, el éxito de convocatoria del curso de estructural, del que gracias a la implicación de Fco. Javier Delgado, llevamos ya tres ediciones. Ha sido un periodo marcado por la OPE y eso ha limitado mucho la actividad formativa.

Espero que en esta nueva etapa se contemple elaborar un Plan de formación acreditada de postgrado en enfermería de acuerdo a las necesidades de salud, los avances científicos y tecnológicos y la complejidad de la atención; para ello, será imprescindible mayor implicación de los socios, que deben de tener claro qué formación quieren (contestar a las encuestas de formación), y que la formación de calidad nunca puede ser gratis, máxime en el momento actual.

Como presidenta de la AEEC, ¿cuál crees que es el papel principal de esta asociación en el contexto actual de la cardiología?

Es imprescindible, y estamos trabajando en ello:

- Desarrollar el mapa competencial y definir perfiles de la enfermera en cardiología en todas sus áreas.
- Establecer indicadores de calidad de las diferentes áreas de cardiología en relación con cuidados de enfermería (ratios enfermera/paciente; protocolos actualizados al alcance del profesional; cumplimentación de *checklist*; elaboración de informes de enfermería y recomendaciones al alta...).
- Promover relaciones y contactos con cuantas sociedades científicas, entidades profesionales y organizaciones, tanto nacionales como extranjeras, implicadas en la gestión de la salud cardiovascular y/o favorezcan el desarrollo de la enfermera de cardiología.

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, ¿cómo crees que se encuentra la investigación en enfermería en cardiología actualmente?, ¿cómo incentivarías a los nuevos graduados en enfermería a que presentaran sus estudios científicos a los distintos eventos científicos y a qué publicarían en revistas relacionadas con la cardiología?

Es prioritario identificar, definir y difundir las necesidades y líneas prioritarias de investigación en enfermería en cardiología. Generar y divulgar evidencia científica sobre la efectividad, calidad y eficiencia de los cuidados enfermeros es fuente importante de investigación en resultados en salud.

Habría que elaborar más proyectos de investigación de enfermeras para presentar en las convocatorias públicas competitivas y promover la participación de las enfermeras en investigaciones multidisciplinarias de salud y en comités multiprofesionales de investigación de la salud cardiovascular.

Además, es necesario publicar lo que se investiga y divulgarlo oportunamente, a ser posible en revistas con factor de impacto y acostumbrarnos a leer las publicaciones de calidad relacionadas con nuestra labor asistencial para garantizar que los cuidados que administramos a los pacientes sean efectivos, seguros y de calidad, y así consolidar la disciplina enfermera.

La incentiviación de los nuevos graduados debe venir ya definida en su plan de estudios, con una metodología adecuada y sería una retroalimentación con las enfermeras asistenciales, con amplia experiencia en asistencia y seguramente menor formación en metodología investigadora.

Durante tu presidencia se ha establecido un convenio de colaboración con la Sociedad Española de Cardiología (SEC) en cuanto a formación, investigación y calidad asistencial, ¿consideras cumplidos los objetivos que se firmaron en dicho convenio?, ¿ha resultado positiva dicha colaboración?, ¿cuáles son los aspectos que consideran

que se deben mejorar?

Ha supuesto un avance muy importante en la profesionalización de la AEEC y en el reconocimiento del papel que desempeñamos en el ámbito de cardiología, con muy buena predisposición por ambas partes, dado que participamos más activamente en los proyectos de la SEC, pero debemos seguir trabajando para conseguir participar en todos los proyectos que favorezcan el desarrollo de las enfermeras y busquen la mejora de la calidad asistencial y, por tanto, de la mejora de la salud cardiovascular.

Dentro de dicho convenio se planteó la posibilidad de celebración de un congreso conjunto entre ambas sociedades científicas, y este año tiene lugar en Barcelona, por primera vez, el primer congreso conjunto de las Enfermedades Cardiovasculares, ¿qué expectativas tienes desde la AEEC para que el desarrollo de dicho congreso sea un éxito?, ¿cuál ha sido su evolución en los últimos años y cuál cree que es el futuro del congreso nacional de la AEEC?

Sin lugar a dudas ha sido la tarea más ardua de mi presidencia y la que más me ha quitado y me sigue quitando el sueño. Costó mucho convencer a los asociados de que era necesario, al menos, intentarlo. Por suerte el Comité Ejecutivo en pleno teníamos la fuerte convicción de que era lo que tocaba para avanzar en profesionalidad y ahí estamos. Hemos trabajado con esmero y esperamos que todos podamos disfrutar de un evento científico digno del 40.º aniversario de la AEEC. Yo creo firmemente en que una sociedad científica no puede quedarse estancada y que debemos demostrar que las enfermeras que trabajamos en cardiología sabemos superar retos y conseguir todo lo que nos proponemos, con tal de mejorar en conocimientos y evidencia científica que nos permita aplicar un cuidado excelente. Esto es imprescindible para darnos visibilidad y lograr el reconocimiento social y político que nos merecemos.

Evidentemente, el primer año será difícil valorar si ha sido todo lo positivo esperado, todos los inicios cuestan mucho y posiblemente sean necesarios cambios de mejora que se irán viendo en el transcurso de la organización y desarrollo del congreso. Pero también debemos de tener claro que salga bien o menos bien, será responsabilidad de todos y cada uno de nosotros, no solamente del Comité Ejecutivo. Si el socio no presenta trabajos de calidad, si no hay número de inscritos requeridos para un congreso de calidad, será un fracaso de todos.

En la AEEC empezaste tu labor como presidenta del comité organizador del 35º congreso anual celebrado en Murcia y te despedes de tu labor como presidenta celebrando el primer congreso conjunto AEEC/SEC, ¿cuál es tu balance a lo largo de estos años al frente de la AEEC?, ¿cuál te gustaría que fuese tu legado tras tu paso por la presidencia?

Yo no soy la persona que deba juzgar mi labor como presidenta, pero si me gustaría que me recordaran como la enfermera que siempre trabajó con ilusión y empeño

en beneficio de la Asociación y de sus asociados y siempre con el apoyo del Comité Ejecutivo, ni una sola vez antepuse ningún criterio o valor personal y con la transparencia como lema fundamental de mi paso por la AEEC.

Mis más sinceras gracias al Comité Ejecutivo por soportarme y por su apoyo incondicional en toda mi andadura.

Por último, después del congreso de Barcelona, la presidencia de la AEEC recaerá en la enfermera del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Silvia Pérez, ¿en qué situación recibe la próxima presidenta la asociación?, ¿cuáles son los retos que se le plantean?

Con el esfuerzo de todos y cada uno de los profesionales que formaron y formamos parte de la Asociación, se han sentado las bases de una sociedad científica sólida, con experiencia, liderazgo, innovación, energía, capacidad de adaptación y mucho compromiso con los requerimientos de la sociedad y del sistema sanitario actual.

Los retos seguirán siendo muchos y ambiciosos, como sociedad científica que debe de estar a la vanguardia de los avances científicos y tecnológicos, pero no me cabe ninguna duda de la capacidad de Silvia para solventarlos sobradamente. Mi más sincero agradecimiento por su trabajo y apoyo en sus años de vicepresidencia.

Desde lo personal

Ciudad: Madrid.

Aficiones: Los libros, hasta asumir la presidencia de la AEEC.

Lectura: «El hombre en busca de sentido» de Viktor E. Frankl.

Grupo musical: No soy melómana.

Película: «La vida es bella».

Deporte: Incongruente con mi profesión, aunque no lo practico. Sigo el fútbol, el tenis (incondicional de Rafa Nadal)... y en general todos los deportes en los que un español nos representa.

Vacaciones: Con mi familia.

Una pasión: Mis nietos.

Un miedo: No dar la talla en lo que me comprometo.

Qué echa de menos: El tiempo.

Qué le pediría al futuro: Un mundo más justo, no todo el mundo tiene las mismas oportunidades, aunque luego no todo el mundo sepa aprovecharlas.

Qué le preocupa de la actualidad mundial o nacional: Las enfermedades, la corrupción política y la inestabilidad de los jóvenes.

Concepción Fernández Redondo

Supervisora del Área Cardiovascular del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) de Murcia.
Presidenta de la AEEC

*“Si no hubiera nadie descontento con lo que tiene,
el mundo nunca alcanzaría algo mejor.”*

Florence Nightingale

Del corazón los ojos ofendidos

Del **corazón** los ojos ofendidos
hacen batalla sobre cuál me mata.
El **corazón** con agua los maltrata,
que los quiere cegar por atrevidos.

Los ojos, por quien entran encendidos
espíritus de amor, que amor dilata,
dan fuego al **corazón** porque los trata
con tanto mal, en tanto bien perdidos.

Ojos, si el **corazón** con llanto os ciega,
corazón, si los ojos con el fuego,
un contrario abrasado, y otro frío,

sin duda que mi fin de acerca y llega,
que no puede durar ni hallar sosiego
reino tan dividido como el mío.



Lope de Vega

Lope de Vega Carpio (Madrid 1562-1635) fue uno de los poetas y dramaturgos más importantes del Siglo de Oro español y uno de los autores más prolíficos de la literatura universal.

Presentación del 40.º Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología

Del 17 al 19 de Octubre 2019

Silvia Pérez Ortega
Vicepresidenta de la AEEC

Estimadas/os compañeras/os:

Este año celebramos el 40.º Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, el primero que se celebra conjuntamente con la Sociedad Española de Cardiología (SEC), con la esperanza de afianzar más las relaciones entre ambas sociedades y establecer vínculos de colaboración que permitan ofrecer unos cuidados cardiovasculares integrales basados en la evidencia y centrados en la persona.

El Comité Organizador del congreso, formado por tres miembros de la Junta Directiva de la AEEC, os da la bienvenida a Barcelona, ciudad cosmopolita, que una vez más abre las puertas a los profesionales de la cardiología, con el deseo que disfrutéis del programa científico y de las maravillas que ofrece la ciudad.

La realización de este primer congreso conjunto supone un gran reto, a la vez que una gran ilusión por materializar unas relaciones más estrechas con la SEC, y con el deseo que sea un éxito fructífero para todos los profesionales. El congreso Nacional de la AEEC es el lugar de encuentro anual, perfecto para establecer vínculos con otros profesionales, compartir experiencias, actualizar la formación y seguir demostrando que las enfermeras de cardiología contribuimos a las políticas de salud. En esta ocasión, se darán cita en Barcelona más de 4000 profesionales de la cardiología entre enfermeras, cardiólogos, internistas, médicos de familia y residentes.

El Comité Científico de la AEEC ha realizado un excelente trabajo elaborando un programa enfermero que, esperamos cumpla vuestras expectativas, en el que se incluyen tres mesas redondas, cuatro cursos de formación y sesiones de presentación de trabajos en diferentes modalidades, en los que además de investigar nos permite compartir los resultados de la investigación.

Este año en el programa científico se han incluido aspectos de actualidad y del futuro de la enfermería en cardiología, proyectos de investigación de gran trascendencia y tendremos la oportunidad de conocer los resultados del estudio MAREC, de la mano de nuestra presidenta Concepción Fernández. Unos resultados sin precedentes que, sin duda, serán muy relevantes para las enfermeras de cardiología de nuestro país. El uso de sistemas interactivos también tendrá cabida en el programa enfermero con la mesa redonda de cardioactualidad en enfermería y con el curso de electrocardiografía.

La conferencia inaugural de enfermería contará con un formato novedoso en forma de coloquio con cuatro ponentes, que esperamos que disfrutéis con el dinamismo y sus conocimientos. La conferencia de clausura enfermera cerrará nuestro programa científico para finalizar con un acto de clausura conjunto. Ambas conferencias contarán con la presencia de enfermeras expertas y referentes en nuestro país por su implicación en el desarrollo y avance de la profesión enfermera.

Recordaros que el objetivo del Congreso es compartir y poner en común los conocimientos y las experiencias, que puedan revertir en la mejora de los cuidados enfermeros que recibe la población y el contexto idóneo para intentar modificar políticas, contactar con la sociedad y dar a conocer nuestra realidad.

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



Silvia Pérez Ortega
Vicepresidenta de la AEEC

vicepresidencia@enfermeriaencardiologia.com



ESQUEMA DE PROGRAMA

JUEVES 17 DE OCTUBRE

10:45 – 11:45 h	COMUNICACIONES ORALES: INSUFICIENCIA CARDIACA I. SALA ROSSINI 1
10:45 – 11:45 h	COMUNICACIONES ORALES: HEMODINÁMICA. SALA RUBÍ
10:45 – 11:45 h	CASOS CLÍNICOS I. SALA DIAMANTE
12:00 – 13:30 h	COMUNICACIONES ORALES: INSUFICIENCIA CARDIACA II. SALA ROSSINI 1
12:00 – 13:30 h	COMUNICACIONES ORALES: REHABILITACIÓN CARDIACA. SALA RUBÍ
12:00 – 13:30 h	COMUNICACIONES MINORIALES. SALA DIAMANTE
13:45 h	FOROS DE GRUPOS DE TRABAJO AECC
15:15 – 16:45 h	MESA REDONDA: CARDIOACTUALIDAD EN ENFERMERÍA: URGENCIAS Y EMERGENCIAS CARDIACAS . SALA 6 <ul style="list-style-type: none"> ✓ Casos clínicos en hemodinámica ✓ Casos clínicos en electrofisiología ✓ Casos clínicos en críticos e imagen
17:00 – 18:00 h	CONFERENCIA: HABLEMOS DE LA NECESIDAD DE DESARROLLAR LA COMPETENCIA POLÍTICA ENFERMERA: ¿TAMBIÉN PARA LAS ENFERMERAS QUE BRINDAN CUIDADOS CARDIOVASCULARES? . SALA 6
18:00 h	INAUGURACIÓN OFICIAL DEL CONGRESO
19:30 h	Cóctel de Bienvenida

VIERNES 18 DE OCTUBRE

08:30 – 09:30 h	COMUNICACIONES ORALES: ELECTROFISIOLOGÍA. SALA VIVALDI 1
08:30 – 09:30 h	COMUNICACIONES ORALES: MISCELÁNEA I. SALA RUBÍ
08:30 – 09:30 h	CASOS CLÍNICOS II. SALA DIAMANTE
09:45 – 11:15 h	COMUNICACIONES ORALES: INSUFICIENCIA CARDIACA III. SALA RUBÍ
09:45 – 11:15 h	COMUNICACIONES ORALES: MISCELÁNEA II. SALA DIAMANTE
09:45 – 11:20 h	HUB PÓSTER. ZONA PÓSTER
12:15 – 13:45 h	MESA REDONDA. LA ENFERMERA DE CARDIOLOGÍA DEL SIGLO XXI . SALA 6 <ul style="list-style-type: none"> ✓ Perfil y competencias de la enfermera de Cardiología ✓ Experiencia en la acreditación de las enfermeras de Hemodinámica ✓ Estudio MAREC
13:45 – 14:45 h	ASAMBLEA GENERAL DE LA AECC
15:30 – 19:30 h	CURSOS DE FORMACIÓN <ul style="list-style-type: none"> ✓ ELECTROCARDIOGRAFÍA PRÁCTICA ✓ LECTURA CRÍTICA ✓ ASISTENCIAS VENTRICULARES ✓ MINDFULNESS APLICADO AL PROFESIONAL ENFERMERO

SÁBADO 19 DE OCTUBRE

09:00 – 10:00 h	COMUNICACIONES ORALES: HEMODINÁMICA Y ELECTROFISIOLOGÍA. SALA RUBÍ
09:00 – 10:00 h	COMUNICACIONES ORALES: MISCELÁNEA III. SALA DIAMANTE
10:15 – 11:45 h	MESA REDONDA. LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA: CAMBIOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA . SALA 6 <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudio ETIFIC ✓ Género y ejercicio: claves para la promoción de la salud ✓ Seguridad del paciente: escalas de valoración de úlceras por presión
11:45 – 12:45 h	CONFERENCIA. ruta para liderar los cuidados y empoderar a las enfermeras . SALA 6

COMUNICACIONES ORALES

Jueves, 17 de octubre de 10:45 a 11:45 horas.

Sala Rossini 1 (Hotel Crowne). COMUNICACIONES ORALES: INSUFICIENCIA CARDIACA I

Moderador:

Rafael Mesa Rico. Marbella (Málaga).

DIFERENCIAS ENTRE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA, SITUACIÓN FUNCIONAL Y NIVEL DE AUTOCUIDADOS EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA VALORADO POR ENFERMERÍA

Jueves, 17 de octubre, 10:45 - 11:45 h. Sala Rossini 1 (Hotel Crowne).

Autores: Sánchez AI, Argoitia L, Gallardo C, Quintas L, Goena C.

Hospital Mendaro (Guipúzcoa).

INTRODUCCIÓN

La enfermera especialista de insuficiencia cardiaca (IC) realiza una valoración integral del paciente y constituye uno de los roles fundamentales su educación. No existe una causalidad clara entre educación y calidad de vida, y la mejora en los conocimientos no siempre conduce a una mejor calidad de vida. El objetivo de este estudio es ver si la intervención educativa de la enfermería especializada mejora el nivel de autocuidados en IC y éste se correlaciona con una mejoría de la calidad de vida percibida.

METODOLOGÍA

Se incluyen de forma consecutiva y prospectiva los pacientes con IC vistos en consulta de cardiología en una unidad de IC comunitaria con seguimiento mínimo de 6 meses. La enfermera realiza las intervenciones educativas antes de la consulta médica. La calidad de vida se evalúa mediante la escala EuroQol-5D, analógica visual (EVA), NYHA y el conocimiento en autocuidados mediante la EHFSBS.

RESULTADOS

De un total de 50 pacientes, 5 fallecen durante el seguimiento y se incluyen 45 pacientes vivos. La edad media era $70 \pm 9,9$ años y el 66,7% varones. El 82,3% tenía FEVI < 40%, 15,5% FEVI intermedia y 1 único paciente FEVI preservada. El 17,8% eran portadores de dispositivos.

La puntuación media obtenida en las distintas escalas muestra una mejoría estadísticamente significativa tras la intervención de la enfermera (**tabla**).

Escala	Situación basal	Tras intervención de enfermería	P
NYHA	$2,1 \pm 0,5$	$1,95 \pm 0,42$	0,01
EuroQol-5D (0-1)	$0,75 \pm 0,25$	$0,80 \pm 0,26$	0,04
EVA (0-100)	$68,3 \pm 15,5$	$77,4 \pm 10,1$	<0,001
EHFSBS (12-60)	$25,91 \pm 7,03$	$19,37 \pm 6,7$	<0,001

CONCLUSIONES

La labor educativa de la enfermera especializada en IC mejora de forma precoz y significativa tanto la calidad de vida percibida por el paciente como el conocimiento en autocuidados.

EFICACIA DE LA EDUCACIÓN AMBULATORIA EN AUTOCUIDADOS POR PARTE DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DERIVADO A LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Jueves, 17 de octubre, 10:45 - 11:45 h. Sala Rossini 1 (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: González Piña M, Arroyo Rivera MB, Taibo Urquía M, Lorenzo A, Espejo Garrido A, Pello Lázaro AM, Cortés García M, Puebla Sánchez M, Aceña Navarro A, Tuñón Fernández J.

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

INTRODUCCIÓN

El autocuidado es un elemento fundamental en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), ya que se asocia a mejores resultados en la evolución de

esta enfermedad crónica. La mejora en el nivel de autocuidados en estos pacientes debe ser un objetivo primordial en las unidades de insuficiencia cardíaca.

METODOLOGÍA

Desde septiembre de 2018 los pacientes derivados por primera vez a la unidad de insuficiencia cardíaca (UIC) fueron evaluados por enfermería. Se les pidió que completasen el European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS). Este cuestionario analiza 12 ítems que representan diferentes aspectos del autocuidado en estos pacientes. Cada ítem se puede puntuar de 1 (estoy completamente de acuerdo/siempre) a 5 (estoy completamente en desacuerdo/nunca), siendo por tanto la puntuación de 12 cuando existe el mejor autocuidado y la peor posible de 60. A continuación se les explicó la naturaleza de su patología, se dio una serie de recomendaciones de autocuidados y se les entregó material educativo seleccionado por la UIC. Tres meses después de la inclusión fueron evaluados de nuevo en la consulta de enfermería y se les pidió que completasen el EHFScBS.

RESULTADOS

Se incluyeron 41 pacientes consecutivos derivados a la UIC. La edad media fue de $70 \pm 14,2$ años y el 73,2% fueron varones. El 90,2% provenían del servicio de cardiología, el 53,7% tras un ingreso hospitalario por IC, y el 78% presentaba disfunción ventricular izquierda. La media del EHFScBS en la inclusión fue de $34 \pm 10,9$, siendo esta significativamente menor ($29,9 \pm 12,7$) en los pacientes que provenían de un ingreso. A los tres meses, tras la educación impartida en la UIC por enfermería y el material aportado, la media del EHFScBS fue de $22,9 \pm 8,4$. La diferencia entre la puntuación en la inclusión y tres meses después fue $11,1 \pm 9,7$ ($p < 0,001$), la mejoría se observó independientemente de la procedencia de los pacientes. La **tabla 1** recoge las puntuaciones medias por cada ítem en cada una de las visitas.

El nivel de autocuidados de los pacientes remitidos a la UIC fue bajo en el momento de la valoración inicial. La educación del paciente por parte de la enfermería especializada de la UIC, mediante una intervención breve en una consulta ambulatoria, resultó altamente efectiva a la hora de mejorar la escala de autocuidados en estos pacientes.

Tabla 1. Cambios en la EHFScBS.

ITEM	EHFScBS Inicial	EHFScBS 3 Meses	Diferencia	p
1. Me peso	3,34	1,93	1,42	0,0001
2. Siento ahogo, paro	2,05	1,07	0,98	0,001
3. Disnea, consulto	3,54	2,61	0,93	0,002
4. Edemas, contacto	3,9	2,71	1,20	0,0001
5. Gano peso, contacto	3,85	2,61	1,24	0,0001
6. Límite líquidos	3,54	1,29	2,24	0,0001
7. Reposo un rato	1,22	1,05	0,17	0,128
8. Astenia, consulto	3,9	2,61	1,29	0,0001
9. Dieta baja en sal	2,05	1,54	0,51	0,083
10. Tomo la medicación	1,17	1	0,17	0,128
11. Vacunación	2,98	2,56	0,42	0,230
12. Hago ejercicio	2,51	1,93	0,59	0,065
Total	34,02 ± 10,9	22,9 ± 8,4	11,122	0,0001

CONCLUSIONES

El nivel de autocuidados de los pacientes remitidos a la UIC fue bajo en el momento de la valoración inicial. La educación del paciente por parte de la enfermería especializada de la UIC, mediante una intervención breve en una consulta ambulatoria, resultó altamente efectiva a la hora de mejorar la escala de autocuidados en estos pacientes.

MEJORÍA EN LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA TRAS SU PASO POR UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR

Jueves, 17 de octubre, 10:45 - 11:45 h. Sala Rossini 1 (Hotel Crowne).

Autores: Gamba Michel C¹, Pimienta González R¹, Hernández Hernández R², Hernández Carballo Z², Grillo Pérez JJ¹, Barreto Cáceres V¹, Torres González N¹, Hernández Afonso JS¹.

1 Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife; 2 Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) constituye un creciente problema de salud pública. Se cree que un importante porcentaje de las descompensaciones podrían evitarse si se fomenta el conocimiento de las medidas de autocuidado. Nos planteamos evaluar el impacto en el conocimiento de la enfermedad y en el autocuidado que supone el paso por una Unidad multidisciplinaria de IC en pacientes con diagnóstico reciente de IC, así como valorar la influencia que diferentes variables sociodemográficas.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo en el que se incluyen a los pacientes con diagnóstico reciente de IC remitidos a la unidad de IC de nuestro hospital. Para evaluar las medidas de autocuidado utilizamos la «European Heart

Failure Self-care Behaviour scale (EHFScBS)», que los pacientes autocumplimentaron a su llegada a la unidad y 3 meses después.

RESULTADOS

Entre septiembre y diciembre de 2018 fueron remitidos 32 pacientes, de los que el 75% eran hombres con una edad media de 68 años. Cabe destacar que un 75% eran hipertensos, un 50% presentaban diabetes mellitus y un 53% tenía un aclaramiento de creatinina < 60 ml/min. Más de la mitad de los pacientes (56%) presentaban una IC con fracción de eyección reducida. Los pacientes obtuvieron una puntuación media de 33,79 en la EHFScBS en su primera visita; a los tres meses se observó una mejoría significativa en las medidas de autocuidado con un puntuación media de 22,28. No encontramos diferencias en función del nivel educativo o de si los cuidados eran prestados por el propio paciente o por un cuidador.

CONCLUSIONES

Los pacientes con IC mejoran el grado de autocuidado tras su seguimiento en una unidad de IC, sin observarse que esto pueda estar influido por variables sociales como el nivel educativo o la presencia de un cuidador.

EFFECTOS Y CONSECUENCIAS DE CUIDAR A PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Jueves, 17 de octubre, 10:45 - 11:45 h. Sala Rossini 1 (Hotel Crowne).

Autores: Timonet Andreu E¹, Ruiz Serrano A¹, Fernández Lendinez S¹, Gómez García-Olías S¹, Castañeda Ayllón ME¹, Gámez Molina M¹, Rodríguez Alarcón P¹, Amor Perino T¹, Cruzado Álvarez C², Canca Sánchez JC¹.

1 Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga); 2 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca supone altas tasas de ingreso hospitalario, readmisiones por la progresiva y alta complejidad de la enfermedad y generan costes sustanciales a los sistemas sanitarios. La disponibilidad de un cuidador familiar ha mostrado asociaciones con el nivel de salud de los pacientes y el pronóstico de su enfermedad. Es necesario analizar esta ayuda familiar tanto en los resultados finales de la atención a estos pacientes como en el impacto que tiene en la salud de los cuidadores familiares. El objetivo fue analizar la relación entre el uso de servicios hospitalarios (indicador de la alta complejidad de la enfermedad) y la calidad de vida relacionada con la salud de sus cuidadores familiares.

METODOLOGÍA

Estudio multicéntrico de casos y controles, anidado en una cohorte de pacientes que ingresan con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca y que tengan un cuidador familiar principal identificado.

RESULTADOS

Se encontró una asociación entre un mayor riesgo del uso de servicios hospitalarios de los pacientes y una peor calidad de vida de los cuidadores familiares con una OR global de 1,48 [95% CI%: 1,23 a 1,79]. Se encontró una correlación positiva discreta significativa entre la salud física percibida por los pacientes y la salud mental percibida de cuidadores ($r=0,127$; $p=0,004$), así como entre la salud mental percibida de ambos ($r=0,291$; $p<0,0001$).

CONCLUSIONES

La calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes y la de sus cuidadores familiares están relacionadas positivamente. Un mayor uso de los servicios hospitalarios puede ser un factor predictivo del deterioro de la salud mental de sus cuidadores familiares. La relación entre el mayor uso de los servicios hospitalarios y la salud mental del cuidador es mayor, cuanto más tiempo y mayor número de horas le dedica al cuidado.

Jueves, 17 de octubre de 10:45 a 11:45 horas.

Sala Rubí (Hotel Crowne). COMUNICACIONES ORALES: HEMODINÁMICA

Moderadora:

Sonia Mena Mejías, Barcelona.

¿DEBEN TODOS LOS PACIENTES INGRESAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS TRAS IMPLANTE DE CLIP MITRAL?

Jueves, 17 de octubre, 10:45 - 11:45 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Berga Congost G, Valverde Bernal J, Castelló Fosch N, Ruiz Gavalda J, Lacueva Abad M, Fernández Peregrina E, Millán Álvarez X.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El implante de clip mitral es una opción de tratamiento segura y con baja tasa de complicaciones. Habitualmente los pacientes ingresan en una unidad de cuidados críticos (UCI) tras el implante, con la dificultad que esto supone debido a la escasa disponibilidad de camas de críticos. El objetivo fue describir las complicaciones presentadas tras el implante de mitraclip y evaluar la necesidad de ingreso en UCI de los pacientes sometidos a dicha intervención.

METODOLOGÍA

Estudio observacional y retrospectivo. La población fueron los pacientes que ingresan electivamente para implante de mitraclip de diciembre de 2012 a mayo de 2018. Al finalizar el procedimiento todos los pacientes ingresaban en UCI. Se consideraron variables sociodemográficas, clínicas, de resultado, complicaciones mayores y menores, soporte ventilatorio, drogas vasoactivas e inestabilidad hemodinámica que justifique ingreso en UCI. Los datos fueron recogidos de la historia clínica, y posteriormente transferidos a una base de datos y analizados mediante programa SPSS versión 22. Se consideró un nivel de significación del 5% ($\alpha = 0,05$) por aproximación bilateral. Se solicitó el consentimiento informado a los participantes.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 66 pacientes con edad media de 74 ± 9 años. Un 26% eran mujeres, el 30% diabéticos, el 88% hipertensos y el 70% dislipémicos. El 68% presentaban una clase funcional NYHA 3-4 y un EuroScore de 4,2 [2,1-7,4]. La mediana de estancia hospitalaria fue de 3 [3-6] días y en UCI de 2 [1-2] días. Únicamente el 1,7% presentó eventos cardíacos adversos graves, el 3% complicaciones vasculares

mayores y el 13,6% complicaciones menores. La estancia hospitalaria en UCI aumenta en mujeres ($p=0,005$), pacientes con enfermedad renal ($p=0,001$), enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) ($p=0,001$), pacientes con soporte vasoactivo o ventilatorio ($p<0,001$) y ($p<0,001$), pacientes que presentaron complicaciones mayores ($p<0,001$) y que requirieron transfusión ($p<0,001$). La estancia hospitalaria global aumentó en pacientes con EPOC ($p<0,001$).

CONCLUSIÓN

Los pacientes electivos sometidos a implante de clip mitral tienen una baja tasa de complicaciones que justifique la necesidad de cuidados críticos, por lo que se podrían implementar protocolos de *fast-track* en grupos de pacientes seleccionados.

¿SE DEBE REALIZAR UN SEGUIMIENTO A LOS PACIENTES CON ELEVADAS DOSIS DE RADIACIÓN TRAS ANGIOPLASTIAS DE OCLUSIONES CRÓNICAS TOTALES?

Jueves, 17 de octubre, 10:45 - 11:45 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Valverde Bernal J, Martínez Pérez J, Ruiz Gavaldà J, Castelló Fosch N.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

En el tratamiento de las angioplastias de las oclusiones crónicas totales, las dosis de radiación pueden ser suficientemente altas como para provocar lesiones por radiación. El Organismo Internacional de la Energía Atómica (IAEA) recomienda que los pacientes con procedimientos con radiaciones ionizantes superiores a 5 Gys de Kerma en aire y un tiempo de escopia superior a 60 minutos, debería recibir un seguimiento para controlar las posibles complicaciones derivadas de las radiaciones. El objetivo del estudio fue analizar la prevalencia de dosis de radiación elevadas, susceptibles de presentar complicaciones, en pacientes intervenidos de angioplastia de oclusión total crónica.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo con muestreo consecutivo no probabilístico desde abril de 2016 a diciembre de enero de 2018. Para el análisis de los pacientes con dosis superiores a las recomendadas, se ha establecido los parámetros recomendados por la IAEA.

RESULTADOS

Se estudiaron 60 pacientes con una edad media de $65,3 \pm 11,03$ años. La mayoría de los pacientes son hombres (85% - $n=51$) con un peso medio de $81,6 \pm 15,4$ kg y un Índice de Masa Corporal (IMC) $28,6 \pm 4,1$ Kg/m². El 84% presentó un Kerma en aire y un 56% un tiempo de escopia superiores a los valores recomendados. El Kerma en aire medio fue de $8647 \pm 4145,5$ Gy y el tiempo de escopia de $71,5 \pm 33,9$ minutos. Se correlacionó la cantidad de Kerma con el peso ($p=0,001$ - $r:0,409$), el IMC ($p=0,007$ - $r:0,346$), el tiempo de escopia ($p=0,000$ - $r:0,748$) y el tiempo de procedimiento ($p=0,000$ - $r:0,748$). Los pacientes con dosis de Kerma superiores a las recomendadas, presentaron algún tipo de complicación durante el ingreso ($p=0,068$) y precisaron más tiempo de ingreso ($p=0,021$). El tiempo de escopia superior a las recomendaciones se relacionó con el vaso tratado ($p=0,022$), siendo la coronaria derecha

el vaso con mayor tiempo. También con la estrategia retrograda ($p=0,001$) y con el tiempo de ingreso ($p=0,047$).

CONCLUSIONES

Los resultados demuestran que los pacientes reciben dosis muy elevadas en este tipo de procedimiento, siendo superiores a las recomendaciones de la IAEA. Así pues, es recomendable iniciar un seguimiento a estos pacientes para poder monitorizar sus complicaciones de forma precoz.

¿SE CUMPLEN LOS CRITERIOS DE SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN MÁXIMA DE CONTRASTE EN ANGIOPLASTIAS DE OCLUSIONES OCLUSIVAS CRÓNICAS?

Jueves, 17 de octubre, 10:45 - 11:45 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Martínez Pérez J, Valverde Bernal J, Ruiz Gavaldà J, Castelló Fosch N.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La angioplastia coronaria de una oclusión total crónica es una intervención compleja, de larga duración y que requiere la administración de abundante contraste yodado. Es posible calcular la dosis máxima de contraste mediante una fórmula que analiza el peso y la creatinina sérica, y establecerlo como un criterio de seguridad a tener en cuenta. Se estima que por cada 100 mililitros de contraste que se administra por encima de la dosis máxima, puede aumentar un 12% la probabilidad de padecer nefropatía por contraste. El objetivo fue analizar si superan la dosis máxima de contraste administrado en los pacientes intervenidos de angioplastia de oclusión total crónica.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. El muestreo se ha realizado de forma consecutiva y no probabilística en los pacientes intervenidos de angioplastia de oclusión total crónica desde abril de 2016 a noviembre de 2017. Para analizar si se cumplen los criterios de seguridad en relación al contraste administrado se ha utilizado la fórmula para el cálculo de dosis máxima de contraste (DMC) ($DMC = 5cc \times \text{Peso (kg)} / \text{Creatinina sérica (mg/dl)}$).

RESULTADOS

Se han introducido 50 pacientes con una edad media de $65,4 \pm 11,6$ años, mayoritariamente hombres (82%) y con factores de riesgo cardiovascular muy prevalentes. La media del contraste administrado es de $353,7cc \pm 135,2$ y el 32% de los pacientes ($n=16$) superan la dosis de contraste máximo. Destaca que los pacientes que la superaron estaban diagnosticados de enfermedad renal crónica ($p=0,001$) y presentaron un valor de creatinina sérica posintervención superior ($p=0,008$), una mayor diferencia de la creatinina pre y posintervención ($p=0,078$) y un empeoramiento del filtrado glomerular ($p=0,042$). El 10% de los pacientes presentaron nefropatía por contraste y los pacientes que superaron la dosis máxima precisaron más tiempo de ingreso tras la intervención ($p=0,076$).

CONCLUSIONES

En nuestra muestra, las angioplastias coronarias de oclusiones crónicas precisan una elevada dosis de contraste, siendo en una tercera parte de nuestros pacientes superior a la dosis máxima. Estos

resultados sugieren que se debería conocer antes del inicio de este tipo de procedimientos la dosis máxima de contraste, ya que influye en el empeoramiento clínico del paciente y en los días de ingreso.

COMPLICACIONES ASOCIADAS AL SONDAJE VESICAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CATETERISMO CARDIACO CON DISPOSITIVO DE HIDRATACIÓN EQUILIBRADA

Jueves, 17 de octubre, 10:45 - 11:45 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Miranda Castaño S, Ortega Fernández L, Jiménez Serrano C, Salvador Rodríguez P, Roibas Castiñeira MC, Díaz Sánchez FJ, Vila Abelleira JR, Sánchez Méndez S, Álvarez Silveiro MG, Basanta Castro MJ. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

INTRODUCCIÓN

La nefropatía inducida por contraste (NIC) constituye la tercera causa de daño renal agudo en pacientes hospitalizados en nuestro medio, constituyendo un problema con el que nos enfrentamos en las salas de hemodinámica. Esta complicación se traduce en un aumento en la estancia hospitalaria y de la morbimortalidad. En los últimos años el dispositivo de hidratación equilibrada ha surgido como una alternativa a las medidas profilácticas de nefroprotección convencionales. Sin embargo, para su utilización es necesario el sondaje urinario en pacientes sometidos a tratamiento con doble antiagregación y anticoagulación. El objetivo principal de este estudio fue determinar las complicaciones asociadas al sondaje urinario y de forma secundaria evaluar la incidencia de NIC en este grupo de pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio de incidencia retrospectivo realizado con pacientes sometidos a cateterismo cardíaco previa preparación con dispositivo de hidratación equilibrada durante el primer año de experiencia en nuestro centro. Las variables se recogieron de la historia clínica del paciente y el análisis estadístico general se realizó con IBM SPSS Statistics. Estudio aprobado por el Comité Ético Regional.

RESULTADOS

De los 36 pacientes, 7 (19,4%) presentaron hematuria, de ellos 1 (14,3%) fue previa a la angiografía, coincidiendo con sondaje traumático que precisó sonda Tiemann, 1 (14,3%) durante y 5 (71,4%) posterior a la misma, no hubo diferencias significativas en la caída de hematocrito respecto a los pacientes que no presentaron sangrado (5,1 frente a 5,2; $p=1,00$). La estancia media fue superior en sujetos con hematuria (8 frente a 5 días; $p=0,048$), se realizaron 9 interconsultas a urología, ningún paciente precisó transfusión a causa de hematuria y 2 precisaron nuevo sondaje, uno para lavado vesical con sonda de 3 luces y otro por retención urinaria. Fue posible la retirada de la sonda a todos los individuos antes del alta. Respecto a la NIC, 7 pacientes la desarrollaron y no hubo diferencias significativas en cuanto a la estancia media ($p=0,408$).

CONCLUSIONES

El pretratamiento con el sistema de hidratación equilibrada se asocia a un porcentaje no desdeñable de hematuria, no obstante sin repercusión clínica significativa. La incidencia de NIC fue similar a la publicada.

Jueves, 17 de octubre de 12:00 a 13:30 horas.

Sala Rossini 1 (Hotel Crowne). COMUNICACIONES ORALES: INSUFICIENCIA CARDIACA II

Moderadora:

Neus Badosa Marcè, Barcelona.

FACTORES PREDICTORES DE EMPODERAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Jueves, 17 de octubre, 12:00 - 13:30 h. Sala Rossini 1 (Hotel Crowne).

Autores: Garcimartín Cerezo P¹, Comín Colet J², Badosa Marcè N¹, Linas Alonso A¹, Rosenfeld Vilalta L², Faraudo García M³.

1 Hospital del Mar, Barcelona; 2 Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet del Llobregat, Barcelona; 3 Hospital Sant Joan Despi-Moisès Broggi, Sant Joan Despi, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El empoderamiento del paciente es un concepto clave incorporado en los diferentes modelos de atención a la cronicidad. La gestión de la cronicidad requiere a un paciente empoderado que participe y asuma la responsabilidad de su cuidado con el objetivo de mejorar sus resultados en salud, de prevenir complicaciones y de aumentar su calidad de vida. El empoderamiento tiene repercusión sobre las políticas sanitarias, ya que permite un mayor control de los costes sanitarios. El objetivo fue identificar los factores que predicen el empoderamiento basal y las trayectorias de cambio (mejoría o deterioro del nivel de empoderamiento) en pacientes con insuficiencia cardíaca.

METODOLOGÍA

El estudio se ha llevado a cabo con 124 pacientes con diagnóstico confirmado de insuficiencia cardíaca. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales, además del cuestionario de empoderamiento, en dos evaluaciones distintas (basal, 12 semanas). Se construyó la variable evolución de empeoramiento que se definió como la diferencia entre el valor del cuestionario de empoderamiento a 3 meses y el valor basal. Esta variable se ha recodificado en tres categorías (mejoría, sin cambios, empeoramiento) a partir del punto de corte de 15 puntos en el cuestionario de empoderamiento. Se ha realizado un análisis descriptivo de la muestra total, pruebas bivariadas, modelo lineal general multivariante, modelo de regresión logística univariante y multivariante.

RESULTADOS

De los 124 pacientes que se incluyeron en el estudio, 111 cumplieron todos los ítems del cuestionario en la evaluación basal, y 93 tanto a nivel basal como a las 12 semanas. Las variables que se relacionan con peor empoderamiento basal fueron peor clase funcional ($p=0,008$), valores elevados de NT-proBNP ($p=0,04$) y ansiedad ($p<0,001$). Las variables predictoras de empeoramiento en la trayectoria de empoderamiento fueron la edad ($p<0,001$), la clase funcional ($p=0,02$), test de Barthel ($p=0,01$), test de Pfeiffer ($P<0,001$) y ansiedad ($p=0,03$).

CONCLUSIONES

Los factores predictores de bajo nivel de empoderamiento basal son peor estado funcional de salud y síntomas de ansiedad. Las variables

que pueden predecir una disminución en el nivel de empoderamiento, son el propio nivel basal de empoderamiento, la edad y el nivel de dependencia para las actividades de la vida diaria.

INSUFICIENCIA CARDIACA. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL GÉNERO?

Jueves, 17 de octubre, 12:00 - 13:30 h. Sala Rossini 1 (Hotel Crowne).

Autores: Luque Mazuelos R, Pedrosa Carrera C, Martín Barrero R, Jiménez Gómez A, Herraiz Mancilla Y, Ramos González-Serna A.

Hospital Universitario Valme, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Las mujeres suelen presentar insuficiencia cardiaca en edades más avanzadas que los hombres y con un perfil cardiovascular más desfavorable, a diferencia de los hombres en los que es más frecuente la causa isquémica y a edades más tempranas. Siendo el tratamiento y pronóstico diferente para hombres y mujeres, también deben serlo los cuidados enfermeros, ya que pueden existir diferencias en la manera en la que les afecta a la calidad de vida. El objetivo es analizar si existen diferencias de género en cuanto a calidad de vida, adherencia a fármacos y autocuidados en pacientes que han sido atendidos en una unidad de insuficiencia cardiaca especializada tras la intervención enfermera.

METODOLOGÍA

Estudio de cohortes prospectivo con intervención, se incluyeron 60 pacientes que completaron el programa. Analizamos datos de la primera consulta con la enfermera y al finalizarlo. Variables de estudio: sociodemográficas, peso, valor de los cuestionarios: Minnesota Living With Heart Failure (MLWHF) con 21 ítems y dimensiones física y emocional. A mayor puntuación peor calidad de vida. Adherencia a fármacos de Morisky-Green. Escala europea de Autocuidados: valores inferiores indican un mejor autocuidado. En el análisis se utilizó la media y desviación estándar, comparando los resultados con la prueba T de Student. Nivel de significación estadística aceptado $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Un 76,6 % son varones con edad media de 64 años y un 23,3 % son mujeres con edad media de 63,6 años. Presentan una buena adherencia a fármacos, el 78,3% de hombres frente al 50% de mujeres al inicio del programa, aunque hay una mejora estadísticamente significativa en el grupo de las mujeres tras su paso por la unidad de insuficiencia cardiaca. La puntuación en la dimensión física, emocional y total del MLWHF es mayor en las mujeres que en los hombres, tanto al inicio como al final del programa. Los hombres tienen mejor autocuidado al inicio del programa. El valor de la escala de autocuidados y del MLWHF disminuyó significativamente al finalizar el programa en toda la muestra.

CONCLUSIONES

Las mujeres tienen una peor calidad de vida, adherencia a fármacos y autocuidados que los hombres. La intervención educativa realizada por enfermeras en la unidad de insuficiencia cardiaca es eficaz para mejorar la calidad de vida y los autocuidados, aunque habrá que incidir más en las mujeres.

REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LA EFECTIVIDAD DE INTERVENCIONES FORMATIVAS DIRIGIDAS POR ENFERMERAS PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

Jueves, 17 de octubre, 12:00 - 13:30 h. Sala Rossini 1 (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Sánchez González JC, Vélez Vélez E, Gavira Matamoros B.
Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) es responsable de hospitalizaciones frecuentes, altos niveles de morbimortalidad y grandes costes económicos en nuestro medio. La promoción del autocuidado por medio de la formación continuada al paciente es esencial para disminuir el impacto biopsicosocial de esta enfermedad. El objetivo de esta revisión fue analizar la mejor y más actual evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones formativas dirigidas por enfermeras entrenadas para pacientes con IC.

METODOLOGÍA

Revisión sistemática en las principales bases de datos (PubMed, Embase, Cochrane Library), lectura crítica de la literatura localizada, síntesis de los resultados y valoración de los mismos en relación al contexto sanitario. Aparte de los criterios de selección de los estudios (ensayos clínicos aleatorizados (ECA), revisiones sistemáticas (RM) o metaanálisis (MA) que incluyeran intervenciones educativas realizadas por enfermeras entrenadas y dirigidas a pacientes con IC), para el cribado se realizó un análisis crítico de ellos utilizando la escala de Jadad y las recomendaciones de la Critical Appraisal Skills Programme (CASP) para ensayos clínicos y revisiones sistemáticas. Se utilizó la herramienta de la colaboración Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo y se tuvo presente el manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones y la declaración PRISMA con el fin de aumentar la calidad metodológica.

RESULTADOS

De un total de 576 artículos encontrados, sólo 29 cumplían los criterios de inclusión (la relación de artículos excluidos figura en la **tabla 1**). Los pacientes fueron aleatorizados a intervenciones de soporte telefónico, visitas domiciliarias y/o visita del paciente a la consulta para formación

Tabla 1. Artículos excluidos de cada base de datos con sus causas.

	PubMed	Embase	Cochrane	Total
No relacionados con el objetivo de la revisión	133	29	55	217
Deficiencias metodológicas	34	16	17	67
Diseños diferentes a ECA, RS o MA	55	11	24	90
Falta de datos	10	1	1	12
Protocolos de estudios/estudios no finalizados	10	9	10	29
Estudios piloto (n<25 sujetos/grupo)	23	8	26	57
Seguimiento menor a 6 meses	16	6	19	41
Conflictos de interés	1	0	0	1
Duplicados	0	4	30	33

ECA: ensayo clínico aleatorizado; RS: revisión sistemática; MA: metaanálisis.

individual/grupal. Los resultados de las intervenciones fueron favorables, obteniendo significación estadística numerosas variables de resultado como: calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), mortalidad por cualquier causa, ingresos por cualquier causa y por IC, días de hospitalización, visitas a urgencias, adherencia al tratamiento, eficiencia de las intervenciones.

CONCLUSIONES

Las intervenciones formativas para pacientes con IC realizadas por enfermeras han demostrado disminuir la mortalidad, los reingresos y los costes del tratamiento, y además, mejorar la CVRS, los autocuidados y la adherencia terapéutica.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE CONSULTAS NO PRESENCIALES POR LA ENFERMERA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Jueves, 17 de octubre, 12:00 - 13:30 h. Sala Rossini 1 (Hotel Crowne).

Autores: Cruzado Álvarez C, Sánchez Paule Y, Benítez Ruíz F, Carrasco García B.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN

La enfermera de insuficiencia cardiaca (IC), proporciona educación sanitaria, fomenta el autocuidado y titula fármacos con impacto pronóstico. Estas tareas se realizan durante las visitas clínicas presenciales. Las consultas no presenciales (CNP) son todas aquellas visitas para resolver demandas administrativas o asistenciales, que se realizan sin que el paciente se desplace. Pueden originarse por el usuario o por la enfermera y ser resueltas por teléfono, dejando registrados los datos en la historia clínica electrónica. Si el motivo de la consulta no puede ser resuelto por teléfono, se le proporcionará al paciente una cita para atención presencial. El objetivo de este trabajo fue analizar la demanda de CNP en la consulta de enfermería de IC. Los objetivos secundarios fueron analizar el motivo de consulta y la utilización de recursos.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, retrospectivo a partir del programa Diraya citación. La población de estudio fueron los pacientes atendidos por la enfermera de IC durante el año 2018.

RESULTADOS

Se registraron 660 CNP, que representan el 30 % de la actividad. El 58,6 % (387) fueron generadas por el paciente. La edad media fue de 65,7 (±13,2), el 66,2 % (437) fueron hombres. La media de llamadas por paciente fue de 2,38 (±1,7). Respecto al motivo de consulta: el 47,3% (183) fue por problemas administrativos, el 32,8 % (127) para consultar síntomas y el 19,9% (77) por problemas relacionados con el tratamiento farmacológico. Encontramos relación entre el tiempo de seguimiento y el motivo de consulta ($p < 0,001$). El síntoma más consultado fue la hipotensión sintomática 53,2% (50). Sólo el 8,5 % (33) consultó por descompensación. En estos casos el 27,3% (9) se resolvió por teléfono, frente al 72,7 % (24) que precisó atención en hospital de día. Los pacientes derivados al alta consultaron más por descompensación (OR: 2,2; IC 95%:1,1-4,3). El 80,2 % de las CNP generadas por la enfermera fue para la gestión de primera cita.

CONCLUSIONES

Las CNP resuelven demandas administrativas o asistenciales de los usuarios. La accesibilidad telefónica permite a la enfermera de IC asesorar a los pacientes, incluso en caso de descompensación, evitando que acuda a la consulta de forma no programada. Es importante planificar las agendas una vez se consolida esta modalidad asistencial para que no supongan una sobrecarga de trabajo.

IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE CARDIOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL, COORDINADA POR ENFERMERÍA

Jueves, 17 de octubre, 12:00 - 13:30 h. Sala Rossini 1 (Hotel Crowne).

Autores: Timonet Andreu E, Mesa Rico R, Gámez Molina M, Castañeda Ayllón ME, Gómez García-Olías S, Fernández Lendinez S, Rodríguez Alarcón P, García González S, Cardoso Sánchez C, Canca Sánchez JC.

Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga).

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca es considerada una patología con un alto impacto en la salud pública. Los programas estructurados para el manejo de la insuficiencia cardiaca han demostrado beneficios pronósticos en este tipo de pacientes. El objetivo del estudio es evaluar los resultados de la implantación de un programa de insuficiencia cardiaca conjunto de Cardiología y Medicina interna (UIC/UMIPIC), coordinado por enfermería.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo. Se analizaron los resultados de una unidad de insuficiencia cardiaca especializada UIC-UMIPIC coordinada por enfermería de práctica avanzada acreditada en un hospital.

RESULTADOS

Se incluyeron 395 pacientes entre abril y diciembre de 2018. La edad media de los pacientes fue de 73 años (DE 12). El 62% fueron varones. Se realizaron un número total de visitas de 1216, de las que 986 fueron citas presenciales y 230 fueron citas telefónicas. Se trataron 268 pacientes por la unidad de cardiología y 127 por la unidad de medicina interna. Los indicadores de la actividad en la consulta de enfermería fueron: Toma de constantes y revisión del conocimiento y adherencia al tratamiento (8%), extracción de analítica y toma de constantes (54%), tratamiento con sulfato ferroso/Carboximaltosa (31,5%), tratamiento diurético (1,6%), tratamiento con inodilatadores (1,8%), tratamiento de diurético+hierro (2,5%), tratamiento de diurético+inodilatador (0,6%). El 74% de las citas telefónicas fueron llamadas reactivas y 26% fueron llamadas proactivas. Comparamos los resultados de la Escala Europea de Autocuidados (EHFS) en pacientes con IC en el año 2016 previo a la inclusión de los pacientes en el programa con los ocurridos durante el periodo de seguimiento en la UIC/UMIPIC, se observa una reducción de la puntuación media en 5 puntos, de 37,5 (DE 6,5) a 31,9 (DE 9,6).

CONCLUSIONES

Los resultados muestran una mejoría en la percepción del autocuidado en este tipo de pacientes tanto de medicina interna como de cardiología. La implantación de una UIC-UMIPIC multidisciplinar coordinada por enfermería, permite una intensa optimización del tratamiento, uso de

servicios hospitalarios y eficiente gestión de casos con una disminución de reingresos y de descompensaciones por insuficiencia cardíaca.

LA SATISFACCIÓN SOBRE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN AL PACIENTE TRASPLANTADO DE CORAZÓN: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL

Jueves, 17 de octubre, 12:00 - 13:30 h. Sala Rossini 1 (Hotel Crowne).

Autores: Villalobos Abelló A, Valverde Bernal J, Gálvez Tugás E, Márquez López A.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El trasplante cardíaco (TC) es el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia cardíaca severa y con imposibilidad de controlar la enfermedad mediante otras alternativas médicas o quirúrgicas. Tras la intervención es importante realizar una educación sobre los nuevos hábitos de vida y los riesgos a tener en cuenta una vez lleguen a casa. El objetivo de este estudio es conocer el grado de satisfacción de los pacientes trasplantados de corazón y de sus cuidadores principales relacionado con la información recibida en un programa de educación individualizado dirigido por enfermería.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, transversal y analítico. Se incluyeron 20 pacientes y 16 cuidadores principales de dichos pacientes, de forma consecutiva, que durante el ingreso precisaron de cirugía de Trasplante Cardíaco.

RESULTADOS

En cuanto al grado de satisfacción de los pacientes trasplantados de corazón y sus cuidadores principales relacionado con la información recibida en un programa de educación individualizado dirigido por enfermería, las puntuaciones obtenidas en las diferentes encuestas señalan un grado de satisfacción «bastante satisfecho» (52,6% y 53,3% respectivamente) y «muy satisfecho» (21% y 20% respectivamente). No existen diferencias significativas ($p=0,22$) entre grado de satisfacción de pacientes y cuidadores. El sexo femenino valora mejor, en general, destacando significativamente el tiempo dedicado por parte de enfermería a la educación ($p=0,007$) y la satisfacción con la educación recibida ($p=0,001$).

CONCLUSIONES

Los resultados de satisfacción tanto de los pacientes como de los cuidadores son muy favorables. No obstante, debemos seguir trabajando en mejorar la calidad y el tiempo dedicado a la educación que realizamos a nuestros pacientes y cuidadores principales tras un trasplante cardíaco. Así como, incidir en aquellos aspectos del soporte escrito que los pacientes y los cuidadores nos señalan como mejorables.

NUEVO CONCEPTO DE TRIAGE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA POR ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Jueves, 17 de octubre, 12:00 - 13:30 h. Sala Rossini 1 (Hotel Crowne).

Autores: Pérez Serrano M, Goirigolzarri Artaza J, Enríquez Vázquez D, Nicolás Pérez C, Ramírez Ramos C, García Méndez N, Ramos López N, Jerónimo Baza A, Martínez Gómez E, Vilacosta I, Macaya Miguel C.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La realización de un alta previa es un paso fundamental después de un ingreso por insuficiencia cardíaca (IC). Un manejo inadecuado de la transición de los cuidados ha demostrado un aumento del reingreso hospitalario y una mayor morbimortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca. El objetivo es desarrollar un nuevo método de triage, implementado posteriormente por enfermería especializada en IC, que permita estratificar el riesgo del paciente desde el alta hasta su entrada en las unidades de IC.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo observacional en todos los pacientes que ingresen con diagnóstico de IC en el que se aplicará el triage descrito en la figura 1. El paciente ingresado será valorado a las 24-48 horas por la enfermera especialista en IC, que realizará una valoración biopsicosocial así como realizará un alta previa, donde definirá la «ruta asistencial» en la que se debe incluir al paciente, estratificando el riesgo y los meses de seguimiento. De esta manera desde el alta hospitalaria se realizará un «trriage» de derivación de la unidad de IC.

Criterios de estratificación del riesgo de ingreso por insuficiencia cardíaca

PACIENTES DE ALTO RIESGO	PACIENTES DE RIESGO INTERMEDIO-BAJO	PACIENTES CON IC AVANZADA
12 MESES DE SEGUIMIENTO	3-6 MESES DE SEGUIMIENTO	ESTUDIO PRONÓSTICO Y ANEJO ESTRECHO
Primeros episodios de insuficiencia cardíaca	FEVI preservada y ausencia de valvulopatías / HTP severa	Pacientes que ingresa en UCOR por IC
Pacientes con disfunción ventricular que requieren ajuste de tratamiento médico o son candidatos a dispositivos.	Ausencia de sd cardiorenal importante o altos requerimientos diuréticos	Candidatos a Tx/LAVD
Portadores de dispositivos (DAI/DAI CRT o TAVI / motracclip) sobre todo a la estabilización clínica		Pacientes paliativos
Ingresos pese a optimización de tratamiento		
Necesidad de altas dosis de diuréticos y/o sd cardiorenal importante		
En los casos de fracaso de estrategia anterior con alto requerimiento diurético, ingreso pese a optimización de tratamiento y visitas al HDD.		

Figura 1. Estratificación del riesgo de ingreso por insuficiencia cardíaca.

RESULTADOS

Desde diciembre del 2018, se está realizando un piloto en la unidad de IC para valorar la eficacia y seguridad de este nuevo método descrito con anterioridad en comparación con las altas previas estándar que

se realizan. Se incluyeron 65 pacientes en el programa, 24 mujeres y 41 hombres con una edad media de $76 \pm 6,6$. En el triage de alta previa, 34 fueron estratificados al brazo de alto riesgo, 25 en el brazo de bajo-medio riesgo y 6 pacientes en el de terapias avanzadas que fueron derivados a nuestro centro de referencia para trasplante. Solo hubo 2 reingresos por insuficiencia cardiaca (ambos de código de alto riesgo) y un éxitus. El resto continúa en la ruta asistencial establecida.

CONCLUSIONES

Los datos preliminares, utilizando esta estrategia de «trriage» por enfermería especializada, han sido satisfactorios, demostrado ser una herramienta eficaz. La enfermera especialista realizará el alta previa, donde definirá la ruta asistencial con el objetivo de crear planes de cuidados individualizados (NANDA), donde poder realizar intervenciones (NIC) y evaluar los (NOC). Con la puesta en marcha de este método se pretende demostrar la eficacia y la seguridad del programa en la disminución de tasas de reingreso e intervención precoz.

Jueves, 17 de octubre de 12:00 a 13:30 horas.

Sala Rubí 1 (Hotel Crowne). COMUNICACIONES ORALES: REHABILITACIÓN CARDIACA

Moderador:

César Bernadó Prats, Barcelona.

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE DIABÉTICO CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA EN UNA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA

Jueves, 17 de octubre, 12:00 - 13:30 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Gómez-Turégano P, Ortiz Cortés C, Kounka Z, Romero Castro MJ, Chipayo Gonzales DA, Pérez Espejo P, Roque Rodríguez B, Fernández Chamorro AI, Vega Fernández JM, Gómez-Barrado JJ.

Hospital Universitario San Pedro de Alcántara, Cáceres.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es un importante factor de riesgo modificable para el desarrollo de cardiopatía isquémica (CI); aparte de la medicación, la alimentación y los hábitos de vida saludables son imprescindibles para un correcto control glucémico, el cual tendrá un impacto positivo en la morbimortalidad de estos pacientes. Nuestro objetivo es evaluar las características clínicas de los pacientes diabéticos con CI vistos en una consulta de cardiología clínica.

METODOLOGÍA

Seleccionamos a los pacientes diabéticos de una población de 673 pacientes consecutivos con CI vistos en 2 consultas de cardiología durante 2 años y analizamos sus características clínicas y tratamientos.

RESULTADOS

La población con DM fue del 38,8% (261 pacientes) y con prediabetes (HbA1c de 5,7-6,4%) el 46,2% de los pacientes no diabéticos. El 21,1% eran mujeres. La edad media fue de $68,2 \pm 11,2$ años ($66,6 \pm 11,1$ los varones y $74,3 \pm 9,1$ las mujeres; $p < 0,0001$) y la edad de debut de la CI fue de $60,9 \pm 11,9$ años ($58,8 \pm 11,1$ los varones y $68,9 \pm 11,2$ las mujeres; $p < 0,0001$).

El 74,3% eran hipertensos, el 74,8% dislipémicos y el 15,4% seguían fumando. El IMC medio fue de $29,4 \pm 4,5$ y el perímetro abdominal (PA) medio de $104,2 \pm 11,0$ cm; el 53,5% de los varones tenían un PA > 102 cm y el 92,6% de las mujeres tenían un PA > 88 cm. El 41,7% tenían sobrepeso y el 44,1% eran obesos. Cumplían el objetivo general de control de HbA1C $< 7\%$ el 66,3%, tenían un control óptimo (HbA1C $< 6\%$) el 21,5% y un mal control (HbA1c $\geq 8\%$) el 15,3%. El 13,8% de los pacientes no recibían ningún tratamiento antidiabético. Recibían insulina el 23,8%. El antidiabético oral más frecuentemente consumido fue metformina (63,9%), seguido de iDPP4 (37,3%), iSGLT2 (18,3%), sulfonilureas (7,6%), GLP1 (5,6%) y metiglinidas (repaglinida) (3,2%).

CONCLUSIONES

La DM y la prediabetes son trastornos muy prevalentes en la población con CI crónica y sólo 2/3 de los pacientes con DM cumplen el objetivo general de control de HbA1C $< 7\%$. La prevalencia de otros FRCV es muy alta en pacientes con DM y CI, por lo que el papel de la enfermería en la implementación de las medidas de prevención secundaria y la educación sanitaria es fundamental.

PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

Jueves, 17 de octubre, 12:00 - 13:30 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Gómez-Turégano P, Ortiz Cortés C, Kounka Z, Fernández Chamorro AI, Roque Rodríguez B, Pérez Espejo P, Chipayo Gonzales DA, Romero Castro MJ, Porras Ramos Y, Gómez-Barrado JJ.

Hospital Universitario San Pedro de Alcántara, Cáceres.

INTRODUCCIÓN

El exceso de peso es un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) muy prevalente y el que menos mejora en sujetos con enfermedad cardiovascular (ECV) establecida. La obesidad central está relacionada con el exceso de grasa visceral, que parece ser la grasa metabólicamente más activa y causa resistencia a la insulina, hipertrigliceridemia, partículas pequeñas y densas de LDL y baja concentración de HDL, todos ellos elementos considerados proaterogénicos. El objetivo es estudiar los parámetros antropométricos en pacientes con cardiopatía isquémica (CI) crónica y compararlos por sexos.

METODOLOGÍA

A 668 pacientes con CI crónica consecutivos vistos en consulta de cardiología durante un periodo de 24 meses (2017-2018) se les determinaron peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal y se compararon por sexos. Se relacionó la obesidad con otros FRCV.

RESULTADOS

La edad media fue de $65,51 \pm 11,09$ años: $64,21 \pm 11,94$ los varones y $70,96 \pm 11,20$ las mujeres ($p < 0,0001$). El 19,3% eran mujeres. Los parámetros antropométricos por sexos se recogen en la **tabla 1**. El ser obeso (IMC ≥ 30) se asocia con la hipertensión arterial (70,9% vs 59,3%; $p = 0,003$), la diabetes (49,1% vs 33,0%; $p < 0,0001$), la edad > 65 años (56,1% vs 45,5%; $p = 0,01$), y la fibrilación auricular (16,1% vs 10,9%; $p = 0,06$); pero no se asocia con la presencia de dislipemia (69,9% vs 64,3%; $p = 0,16$) ni de tabaquismo (16% vs 16%; $p = 0,9$).

CONCLUSIONES

Ocho de cada 10 pacientes con CI crónica presenta exceso de peso, sin diferencias entre hombres y mujeres; en los hombres es más prevalente el sobrepeso y en la mujer la obesidad. La obesidad es más prevalente en mayores de 65 años y se asocia con la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la fibrilación auricular, pero no con la dislipemia y el tabaquismo. El exceso de peso y los FRCV asociados justifican la educación sanitaria y el papel de la enfermería cardiológica en los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca.

Tabla 1. Parámetros antropométricos por sexos.

	Total	Hombres	Mujeres	p
Peso	78,27±14,75	80,52±14,27	68,88±12,94	<0,0001
Talla	165,03±9,31	167,75±7,40	153,60±7,65	<0,0001
IMC	28,69±4,30	28,48±4,18	29,11±4,74	0,1
Peso normal (IMC 18,5-24,9)	17,2%	16,5%	20,2%	0,4
Sobrepeso (IMC 25-29,9)	47,0%	49,2%	38,0%	0,02
Obesidad (IMC>30)	34,7%	33%	41,95	0,06
Perímetro abdominal	101,75±10,55	101,96±10,39	100,86±11,15	0,3
Mayor de 88 cm			89%	
Mayor de 102 cm		43%		

IMC: índice de masa corporal.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA FORMATIVO DIRIGIDO A ENFERMERÍA DE Atención Primaria EN CAPACITACIÓN INTEGRAL EN CUIDADOS CARDIOVASCULARES DEL PACIENTE EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

Jueves, 17 de octubre, 12:00 - 13:30 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Lizcano Álvarez A¹, Alonso Blanco C¹, Lozano Hernández C¹, Talavera Sáez A¹, Villar Espejo MT², Gómez Menor C², López Koller L², Barbon Ortiz-Casado A³, Ledesma Rodríguez R³, Fernández Zarataín G³.
1 Universidad Rey Juan Carlos, Madrid; 2 Servicio Madrileño de Salud. SERMAS, Madrid; 3 Departamento Médico, Merck Sharp and Dohme de España (MSD), Madrid.

INTRODUCCIÓN

Las últimas guías clínicas y diversos estudios recomiendan que los programas de prevención secundaria cardiovascular sean coordinados por enfermería, preferentemente la Fase III desde la Atención Primaria (AP). El objetivo de nuestro programa fue evaluar el efecto de un programa formativo a enfermeras de AP sobre los cuidados cardiovasculares integrales (CCVI) en pacientes posinfartados (IM), valorar la continuidad asistencial con las Unidades de Rehabilitación Cardíaca (URhC) y el nivel de satisfacción del programa.

METODOLOGÍA

Diseño descriptivo comparativo antes y después de una intervención formativa. Constó de una encuesta basal, un programa formativo *online*, teórico-práctico, acreditado y una encuesta final. Ámbito y población: Multicéntrico nacional de enfermeras de AP. Periodo:

Nov/17 - Feb/19. Variables: a) Nivel de conocimientos, b) cambios reportados de aplicación de los CCVI, c) continuidad asistencial con las URhC, d) nivel de satisfacción del programa.

RESULTADOS

Un total de 216 enfermeras respondieron a la encuesta inicial (tasa respuesta 90%) y 126 completaron el curso y la encuesta final. Reportaron una mejora significativa ($p<0,05$) en: a) Conocimiento de los objetivos terapéuticos de HTA y colesterol. b) Valoración de los parámetros lipídicos y medición del perímetro abdominal. El 76,4% reportaron que el curso ha aumentado sus conocimientos en CCVI, el 73,2% ha mejorado el abordaje del paciente post-IM y un 92,1% recomendaría crear en el futuro un protocolo de seguimiento de estos pacientes. c) Aumento de la comunicación con las URhC y seguimiento de pacientes, aunque sigue siendo insatisfactoria la continuidad asistencial (4,3 sobre 10). d) Saldo neto de la satisfacción: 76,4 % reportó haber logrado sus expectativas con el programa, el 87,4% estaría dispuesto a participar en grupo de discusión sobre CCVI y un 87,4% recomendaría realizar el programa.

CONCLUSIONES

Un programa formativo para enfermería enfocado en los CCVI de pacientes posinfartados, mejoraría los conocimientos, el seguimiento de pacientes en prevención cardiovascular desde AP y estimularía la comunicación y la continuidad asistencial con las URhC. Sería oportuno realizar más estudios para evaluar el impacto sobre los resultados clínicos de los pacientes.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CARDIACA

Jueves, 17 de octubre, 12:00 - 13:30 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Jover Ruiz R, Pujalte Aznar MF.

Hospital General Universitario de Elche (Alicante).

INTRODUCCIÓN

En la consulta de enfermería se realiza un abordaje integral del paciente enfocado a modificar sus hábitos de vida. La participación activa en el programa de prevención y rehabilitación cardiaca (PRHBC) fomenta su autonomía, mejora sus factores de riesgo cardiovascular (FRCV), aumentando su calidad de vida y disminuye comorbilidad y recidivas. El objetivo de este estudio es realizar un análisis del Índice de Masa Corporal (IMC) y los METS (Índice utilizado para describir el esfuerzo físico como un Equivalente Metabólico) y la duración de la ergometría, según el protocolo de BRUCE al inicio y al final del programa.

METODOLOGÍA

Es un estudio retrospectivo y cuantitativo. La población diana es de 171 paciente, (1/02/2018 al 30 /09/2018). Se han excluido 116 pacientes, (92 cirugía cardiaca y 24 abandono). La muestra es de 54 pacientes, con angioplastia coronaria, que han completado el programa, 48 hombres y 7 mujeres, con edades entre 40 y 72 años, media de 56,7963 años ($\pm 8,53711$). El tratamiento de los datos se realiza con el programa SPSS 21, comparación de medias para la T de Student de muestras relacionadas.

RESULTADOS

De los 54 pacientes estudiados, la media del IMC al inicio fue de 28,265 ($\pm 3,6591$) y al final de 27,652 ($\pm 3,5436$), $p=0,009$. En los METS la media al

inicio fue de 11,143 ($\pm 2,7845$) y al final 12,63 ($\pm 3,013$), $p < 0,001$. La duración de la ergometría al inicio fue 8,9363 ($\pm 2,37225$) y al final 10,663 ($\pm 2,66075$), $p < 0,001$.

CONCLUSIONES

En los tres parámetros analizados la p es significativa. La disminución del IMC es un indicador de reducción de la obesidad y el aumento de los METS y la duración de la ergometría representa una mejora en la capacidad de esfuerzo físico, valores relacionados con las intervenciones de enfermería. Estos resultados reducen los FRCV y mejoran la calidad de vida de estos pacientes.

ESTUDIO DEL IMPACTO DE UN APLICATIVO MÓVIL EN EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Jueves, 17 de octubre, 12:00 - 13:30 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Consol Ivern Díaz C, Badosa Marcé N, Fornè Ramos MM, Crespo López EC, Ruiz Bustillo S, Farré López N.

Hospital del MAR. PSMAR, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Las nuevas tecnologías móviles se están posicionando como una herramienta clave para una mejor adherencia terapéutica y para adquirir hábitos de vida saludables, consiguiendo un mayor grado de salud a través del empoderamiento del paciente. El objetivo del estudio fue valorar la efectividad de una aplicación móvil *App* diseñada para pacientes de bajo riesgo que hayan sufrido un evento coronario en el control de los factores de riesgo y adherencia terapéutica.

METODOLOGÍA

Diseño cuasiexperimental de un solo grupo con pacientes que ingresaron por un síndrome coronario agudo y no podían realizar un seguimiento presencial de rehabilitación cardíaca. Se realizó seguimiento durante tres meses. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, cuestionario de actividad física, de ansiedad y un cuestionario *ad hoc* para valorar la aceptabilidad y satisfacción.

RESULTADOS

Se incluyeron y finalizaron el seguimiento un total de 26 pacientes. En relación a los FRCV hubo diferencias estadísticamente significativas en el número de pacientes que abandonó el hábito del tabaco ($p=0,008^*$) y en las cifras de Colesterol total ($p=0,002$). No ocurrió así en relación a la actividad física ($p=0,707$) o ansiedad ($p=0,009$). En cuanto a la aceptabilidad y la satisfacción, el 69,2% prefieren el dispositivo al seguimiento presencial, sin embargo, el 53,8% se muestra insatisfecho con el uso del dispositivo.

CONCLUSIONES

La existencia de *smartphones* ofrece numerosas posibilidades para el desarrollo y uso de *APPs* relacionadas con la salud, y puede desempeñar un papel muy importante en el empoderamiento del paciente con ECV, realizándolo desde su domicilio sin necesidad de desplazarse a su centro de referencia. Debemos destacar la importancia de la enfermera que, por su perfil y formación, es el profesional más adecuado para conseguir la adherencia a hábitos saludables.

PACIENTES CORONARIOS HABLANDO DE RIESGOS NUTRICIONALES: ETIQUETADO NUTRISCORE Y MÁQUINAS DE «VENDING» EN LOS HOSPITALES

Jueves, 17 de octubre, 12:00 - 13:30 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Ferreira Díaz MJ, Ortega Fernández L, Abad García MM, Cerecedo Fernández M, Imedio Granullaque MI, Pereira López EM.

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

INTRODUCCIÓN

Las guías europeas sobre prevención de enfermedad cardiovascular recomiendan intervenciones dirigidas a la población general para promover la salud y, desde un punto de vista individual, intervenciones multimodales en pacientes con riesgo cardiovascular. El objetivo de este estudio es determinar los conocimientos y opiniones de pacientes incluidos en un programa multidisciplinar de rehabilitación cardíaca sobre hábitos e intervenciones individuales y colectivas para mejorar la salud cardiovascular.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo de tipo fenomenológico descriptivo realizado con dos grupos focales de 7 y 6 participantes respectivamente. La estrategia utilizada para la recogida de datos fue la entrevista grupal grabada previa información y firma del consentimiento informado de cada uno de los componentes. Además se analizó el lenguaje no verbal, tomando notas de campo recogidas por las investigadoras. La entrevista se focalizó en 5 categorías (**tabla 1**). Una vez finalizada, se hizo una puesta en común de los datos obtenidos.

Tabla 1. Categorías en las que se focalizó la entrevista.

Categoría 1: Nivel de conocimientos acerca del etiquetado nutricional NutriScore.

Categoría 2: Análisis de las claves que persigue la nueva ley 17/ 2011, de 5 de julio.

Categoría 3: Consejos y sugerencias para fomentar alimentación saludable.

Categoría 4: Profesionales sanitarios referentes en materia de alimentación.

Categoría 5: Adherencia de la charla educativa dieta cardiosaludable incluida en el programa de rehabilitación cardíaca.

Categoría 6: Visión del «*vending*» en los hospitales.

RESULTADOS

Según las categorías: Acogida positiva del etiquetado NutriScore. Bajo conocimiento de la Ley 17/2011 y escepticismo acerca de su aplicación. Reivindicación de más educación sanitaria y realce de la figura del paciente experto. Demanda de la figura del nutricionista como profesional referente. En general adopción de hábitos de vida saludable. Coincidencia en la necesidad de cambiar el contenido de las máquinas de «*vending*».

CONCLUSIONES

A nivel individual los pacientes mejoraron sus hábitos de vida y valoraron muy positivamente la intervención multidisciplinar. A nivel colectivo, coinciden en la necesidad de la implantación del semáforo nutricional, de leyes que mejoren la trazabilidad de los productos y de un cambio en las máquinas de «*vending*».

REPERCUSIÓN DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Jueves, 17 de octubre, 12:00 - 13:30 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Martín Sanz A, Bermejo Muñoz B.
Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiaca tiene gran impacto sobre las funciones de la actividad física, social y laboral. La percepción de la calidad de vida depende de la escala de valores que cada individuo y se modifica a lo largo del paso del tiempo. El cuestionario de salud percibida SF-36 desarrolla 2 resúmenes (físico y mental) a partir de sus 8 dimensiones originales. El desarrollo del tratamiento del paciente en la unidad de rehabilitación cardiaca asociado a su estilo de vida puede mejorar la autopercepción del estado de salud general, física y emocional. El objetivo del estudio fue relacionar la variación de los distintos dominios a lo largo del tratamiento, con los grados de ansiedad, depresión y tipo de personalidad y con grupos de pacientes según género, edad y diagnóstico.

METODOLOGÍA

Estudio cuasiexperimental de una cohorte de 66 pacientes incluidos en el programa de rehabilitación cardiaca. Determinación basal de variables demográficas y psicológicas mediante cuestionarios de salud mental STAI (ansiedad rasgo y estado), Beck (depresión) y tipo de personalidad A y D. Determinación de los niveles de autopercepción de salud en los distintos dominios a través del cuestionario de salud percibida SF-36 al inicio y al final del tratamiento rehabilitador. Análisis a través de métodos estadísticos con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

El programa de rehabilitación cardiaca ejerce una acción positiva sobre la autopercepción del estado de salud en todos sus dominios. La edad, el sexo, el diagnóstico y el tipo de personalidad no suponen factores influyentes. Los cuestionarios de salud mental si están relacionados con la percepción del estado de salud mejorando en todos los dominios relacionados con el resumen emocional/mental.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos nos confirman la hipótesis, el paciente mejora de manera significativa en todos los dominios analizados por el cuestionario de autopercepción de salud SF-36 independientemente del diagnóstico, edad, sexo y personalidad. Los pacientes con estados de ansiedad y depresión alterados perciben una mejoría en los dominios relacionados con el estado emocional. Por lo tanto, el programa rehabilitación cardiaca puede constituir un factor determinante útil para la mejora de la percepción del estado de salud y por ende de la calidad de vida.

Viernes, 18 de octubre de 08:30 a 09:30 horas.

Sala Vivaldi 1 (Hotel Crowne). COMUNICACIONES ORALES: ELECTROFISIOLOGÍA

Moderadora:
Carmen Altaba Rodríguez, Barcelona.

INFLUENCIA DE LA EDAD Y EL GÉNERO EN LA RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA AMBULATORIA (HOLTER) POR PALPITACIONES

Viernes 18 de octubre, 08:30 - 09:30 h. Sala Vivaldi 1 (Hotel Crowne).

Autores: Jiménez Candil BM¹, Ortega Bombín T¹, Naranjo Sánchez MA¹, Guimerá Ferrer-Sama MA¹, Tamará García R¹, Caballero Caballero C¹, Beltrán Herrera C¹, Suberviola Sánchez-Caballero V¹, Jiménez Candil J², Muñoz Aguilera R¹.

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

INTRODUCCIÓN

La monitorización ECG con holter de 24 h (H24) es un método útil para la correlación entre palpitations paroxísticas y alteraciones en el ECG. Se desconoce la influencia de la edad en la reproducción de los síntomas durante el H24 y su implicación clínica. Nuestro objetivo es describir en una población no seleccionada de pacientes (P) sometidos a H24, por palpitations los predictores de presentar el sintoma índice y su correlación con un trastorno del ritmo (TrR).

METODOLOGÍA

Estudio observacional de incidentes prospectivos en el que analizamos 141 sujetos [edad=51±18; género femenino: 103 (73%), diabetes: 14 (10%), hipertensión: 55 (39%), dislipemia: 44 (31%), fumador activo: 33 (23%) que fueron sometidos de forma consecutiva en nuestro centro a H24 por palpitations entre el 1 octubre de 2018 y el 28 febrero de 2019.

RESULTADOS

Un total de 46 P (32%) percibieron palpitations durante la monitorización. Los P con palpitations presentaban menor edad (43±16 vs. 56±18; p<0,001) y menor prevalencia de dislipemia (14% vs. 41%; p=0,001), diabetes (7% vs. 36%; p=0,03) e hipertensión (16% vs. 43%; p=0,001). Las frecuencias de género femenino (39% vs. 30%; p=0,3) y tabaquismo activo (30% vs. 35%; p=0,5) fueron similares. En un análisis multivariante, la edad apareció como el único predictor independiente de presentar palpitations durante un H24: OR ajustado=0,97 (Intervalo de confianza del 95%: 0,94-0,99); p=0,045. Únicamente en 23 P (16%) las palpitations se correlacionaron con al menos un TrR: taquicardia auricular (2 P), ESV (9P), EV (8P), taquicardia sinusal (15 P). Los P en los que hubo correspondencia entre palpitations y TrR fueron con más frecuencia varones (29% vs. 12%; p=0,01), con una tendencia a presentar menor edad (43±16 vs. 53±19; p=0,08). En un análisis multivariante, sólo el género masculino resultó ser un predictor independiente de objetivar un TrR durante la percepción de palpitations: OR ajustado=3,5 (IC del 95%:1,3-9,2; p=0,01).

CONCLUSIONES

En pacientes sometidos a H24 por palpitations, la probabilidad de

percibir el síntoma durante la monitorización se incrementa en los más jóvenes (3% por cada año menos). Sin embargo, sólo el género masculino incrementa la probabilidad (3,5 veces) de que el síntoma se correlacione con el registro de un TrR. Estos datos pueden ser útiles para seleccionar a los P candidatos a H24 por palpitaciones.

COMPARACIÓN DE DOS SISTEMAS DE REGISTRO DE ECG (HOLTER)

Viernes 18 de octubre, 08:30 - 09:30 h. Sala Vivaldi 1 (Hotel Crowne).

Autores: Anastasio Ruz A, López Baro P, García Fernández B, Muriel D, Blanco Maestro T, Zurita Mohedano F, Martínez Gómez E, Mahía Casado P, Moyano Muñoz-Reja JA, Capote Toledo ML, Gacimartín García R, Bas Villalobos M, Pérez Villacastín J.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La creciente demanda de pruebas del holter ECG plantea la necesidad de aumentar la oferta con nuevos dispositivos. En este contexto, se plantea un estudio para comparar el consumo de recursos del Sistema *Cardioscan* y *Qardiacore*.

METODOLOGÍA

Se utilizaron 20 dispositivos de cada tipo alternativamente durante 3 semanas en pacientes consecutivos. Al finalizar cada jornada, el personal de enfermería completó un impreso para el registro de consumibles utilizados, tanto en la colocación como para el mantenimiento. Los precios medios de los consumibles se obtuvieron a partir de las estadísticas de consumos registradas en el sistema de información del hospital (GEHO).

RESULTADOS

Se incluyeron 418 pacientes consecutivos no hospitalizados, utilizando alternativamente *Cardioscan* o *Qardiacore* (209 en cada sistema). No hubo selección de pacientes de acuerdo a su situación basal. En la **tabla** se muestran los consumos de ambos sistemas. *Qardiacore* resulta ser 1,72€ por paciente más económico que *CardioScan*.

CONCLUSIONES

Con relación al consumo de recursos, *Qardiacore* ha probado ser superior al sistema *Cardioscan*, siendo un sistema más sencillo, sin utilización de cables ni electrodos, aprovechando el desarrollo tecnológico inalámbrico y de comunicación a través de internet.

Tabla. Comparación de los consumos de ambos sistemas.

	Precio Medio	QardioCore (209p)		CardioScan (209p)	
	€	n	gasto	n	gasto
Pilas AA	0,6006	0	0	131	78,68
Pilas AAA	0,2553	0	0	125	31,91
Electrodos	0,1573	0	0	1,622	255,14
Gel Hidroalcohólico (1 envase/semana)	3,14	0	0	3	9,42
Clorhexidina (1 envase/semana)	7,68	3	23,04	0	0,00
Cuchillas (se estima que la distribución de hombres y mujeres en las citas es del 50%, y que la mitad de los varones vienen sin rasurar)	0,0744	0	0	52	3,89
Esparadrappo (1 envase/semana)	0,865	0	0	3	2,60
GASTO TOTAL (€)			23,04		381,63
GASTO / PACIENTE (€)			0,11		1,83

IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS DE LOS RESULTADOS DE UN HOLTER ECG DE 24 HORAS: ¿EXISTEN DIFERENCIAS DEPENDIENDO DE LA INDICACIÓN?

Viernes 18 de octubre, 08:30 - 09:30 h. Sala Vivaldi 1 (Hotel Crowne).

Autores: Jiménez Candil BM¹, Ortega Bombín T¹, Naranjo Sánchez MA¹, Guimerá Ferrer-Sama MA¹, Tamará García R¹, Caballero Caballero C¹, Jiménez Candil J², Beltrán Herrera C¹, Suberviola Sánchez-Caballero V¹, Sarrión Catalá MM¹, Muñoz Aguilera R¹.

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

INTRODUCCIÓN

El estudio holter ECG de 24 horas (H24) es ampliamente utilizado para establecer el diagnóstico o el estado clínico de diferentes situaciones clínicas asociadas a arritmias. Nuestro objetivo es determinar las consecuencias clínicas derivadas de los resultados del H24 y sus predictores.

METODOLOGÍA

Análisis prospectivo de 760 pacientes (edad: 69±18; varones: 49%) remitidos para H24 entre y. Las indicaciones fueron: FA (20%), palpitaciones (21%), síncope (9%), presíncope-mareo (5%), extrasístolia (11%), estudio de ictus de origen indeterminado (3%), miocardiopatía hipertrófica (5%), bloqueo AV de primer y segundo grado (4%), taquicardia atrial (3%), disfunción sinusal (2%), flutter atrial (2%), otros (15%). Se analizó la correlación de los hallazgos en el H24 con los síntomas comunicados por los pacientes, en base a lo cual se analizó si se tradujo en un cambio concreto en su manejo (*Camb*).

RESULTADOS

En 226 sujetos (29%) el H24 se tradujo en un Camb, que fue: cambio en el tratamiento médico (19%), implante de MP (2%), alta (6%), otros (DAI, holter sc, cardioversión o estudio electrofisiológico): 2%. Se realizó un análisis multivariante (método de regresión logística binaria), que incluyó las variables epidemiológicas básicas, factores de riesgo y la indicación del H24, resultando que sólo la indicación del H24 se relacionó de forma estadísticamente significativa con la probabilidad de que el resultado del H24 se tradujera en un Camb ($p=0,04$). La frecuencia de Camb en función de la indicación del H24 fue la siguiente: FA 36%, PÁLPITOS 37%, SÍNCOPE 15%, MAREOS 27%, ESV/EV 37%, ICTUS 24%, MCH 28%, BAV1º 7%, BAV2º 33%, FLUTTER A 35%, DISF SINUS 17%, TAQUI AUR 11%.

CONCLUSIONES

Casi en un tercio de los pacientes sometidos a monitorización de H24 se producen cambios significativos en su manejo clínico. La indicación del H24 es la única variable que se relaciona de forma independiente con esta posibilidad. Las indicaciones por síncope, bloqueo AV de primer grado y taquicardia auricular presentan una rentabilidad diagnóstica muy por debajo de la media.

¿ES ÚTIL LA MONITORIZACIÓN CON HOLTER DE 24H PARA EL CONTROL DE FC EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR?

Viernes 18 de octubre, 08:30 - 09:30 h. Sala Vivaldi 1 (Hotel Crowne).

Autores: Ortega Bombín T¹, Jiménez Candil BM¹, Naranjo Sánchez MA¹, Guimerá Ferrer-Sama MA¹, Tamará García R¹, Caballero Caballero C¹, Suberviola Sánchez-Caballero V¹, Beltrán Herrera C¹, Muñoz Aguilera R¹, Jiménez Candil J², Sarrión Catalá MM¹.

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

INTRODUCCIÓN

El estudio holter (H24) se utiliza frecuentemente para el control de frecuencia cardíaca en pacientes con fibrilación auricular y fibrilación auricular paroxística. Nuestro objetivo es determinar la utilidad de esta monitorización tras los resultados obtenidos en pacientes con esta arritmia.

METODOLOGÍA

Análisis prospectivo de 760 pacientes, el 49% son varones, 156 presentan FA ó FA paroxística (que supone el 20%) remitidos para H24. De edad 69±18. Se analizó el cambio en la actitud terapéutica según los hallazgos de este. Los pacientes fueron sometidos de forma consecutiva en nuestro centro a H24 entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2018.

RESULTADOS

De los 156 pacientes que presentan FA ó FA paroxística hubo un cambio en la actitud terapéutica en 147, lo que supone 94,2 % del total, se le indicó cambio de medicación al 28%, al 2% se le indicó implante de marcapasos, el 3% estudio electrofisiológico y al 2% cardioversión eléctrica.

CONCLUSIONES

Dados los resultados obtenidos y habiéndose producido un cambio en la actitud terapéutica en la mayoría de pacientes sometidos a H24, creemos probada la utilidad de esta prueba en el manejo de pacientes con Fa y Fa paroxística.

Viernes, 18 de octubre de 08:30 a 09:30 horas.

**Sala Rubí (Hotel Crowne).
COMUNICACIONES ORALES:
MISCELÁNEA I**

Moderador:

Francisco Alba Saá, Salamanca.

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PARA MEJORAR EL TRABAJO EN EQUIPO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Viernes 18 de octubre, 08:30 - 09:30 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Fernández Iriarte E, Mendiluce Greño N, Ibarrola Izura S, Vázquez Calatayud M, Beortegui Urdanoz E.

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra).

INTRODUCCIÓN

El trabajo en equipo entre los profesionales es relevante para garantizar la seguridad de los pacientes hospitalizados. La literatura revela que disminuye su estancia hospitalaria y los costes generados y aumenta la seguridad de los procesos y técnicas realizadas. También contribuye a mejorar la satisfacción de los profesionales, ayuda a manejar el estrés y mejora la comunicación entre ellos. A pesar de ello, no se han encontrado estudios que implementen una intervención para mejorar el trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares. El objetivo es diseñar y evaluar una intervención de enfermería para mejorar el trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares.

METODOLOGÍA

Estudio cuasiexperimental pre y pos intervención realizado entre noviembre de 2018 y abril de 2019 en una unidad de hospitalización de cardiología. La intervención consistió en la modificación de la organización del trabajo y la transmisión de información durante el

cambio de turno. La recogida de datos se realizó en dos tiempos: T0 (preintervención) y T1 (posintervención). Se recogieron las siguientes variables: datos sociodemográficos, la colaboración intraprofesional, mediante el cuestionario validado «Colaboración entre los profesionales de la salud» constituido por 4 dimensiones y la satisfacción del personal con la intervención.

RESULTADOS

La tasa de respuesta fue del 80% (N=23). Al comparar la coordinación del personal entre T0-T1 hubo un aumento de la puntuación global media del 3,43 a 3,71. En T0, el ítem peor valorado por el personal fue: «cómo se integran las actividades de colaboración entre enfermeras y auxiliares». Este ítem mejoró tras la intervención, al incrementarse la puntuación media de 3,12 a 3,73.

CONCLUSIONES

La intervención diseñada ha tenido un impacto positivo sobre el trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares. A pesar de la actitud positiva del personal de enfermería frente a los cambios implementados, es necesario continuar trabajando para unificar criterios, aunar esfuerzos y consolidar este nuevo sistema de trabajo.

COMUNICACIÓN INTRAPROFESIONAL DURANTE EL CAMBIO DE TURNO A PIE DE CAMA. PERCEPCIONES DEL PACIENTE

Viernes 18 de octubre, 08:30 - 09:30 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: García Sainz L, Guillén Chalézquer MA, Juandeaburre Pedroarena B, Urbiola García A, Arraztoa Alcasena MT, Goñi Viguria R.
Clínica Universidad de Navarra, Pamplona (Navarra).

INTRODUCCIÓN

La comunicación en el cambio de turno (CCT) implica una correcta transmisión de la información relativa a la condición y el plan de atención del paciente, a través de la cual se produce la transferencia de responsabilidad. Diversos estudios han descrito que la CCT a pie de cama (CCTPC) aumenta la satisfacción del paciente porque le permite tener acceso directo a la información sanitaria y a la toma de decisiones. En nuestra unidad se lleva a cabo la CCTPC. Por ello, se ha realizado este estudio de investigación con los objetivos de describir la percepción de los pacientes en relación con la CCTPC y de relacionar los datos sociodemográficos de los pacientes con sus percepciones.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo llevado a cabo en el área de hospitalización especial de un hospital universitario de nivel terciario. Se evaluó la percepción de los pacientes a través de una encuesta elaborada tras una revisión de la literatura.

RESULTADOS

Del análisis de las preguntas abiertas de las encuestas surgen 3 temas principales: sentimientos del paciente, fortalezas y limitaciones del proceso. Al relacionar los datos sociodemográficos con la percepción de los pacientes, no hay diferencias en los resultados.

CONCLUSIONES

Los pacientes perciben que la CCTPC es positiva y aumenta su seguridad

así como que facilita la comunicación entre enfermera y paciente. Sin embargo, el proceso no se lleva a cabo de manera estandarizada, lo que hace que el paciente no se sienta participe del mismo. Es necesario formar al personal implicado para conseguir unificarlo.

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN AL USO DE LA ARTETERAPIA

Viernes 18 de octubre, 08:30 - 09:30 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Rincón Regadera A, Martínez Paulet N, Fornè Ramos MM, Maüll Lafuente E, Ruiz Sánchez D, Garcimartín Cerezo P, Mateo Luque E.
Hospital del Mar, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La hospitalización supone para los/las pacientes una experiencia compleja, ya que altera su ritmo diario y provoca la aparición de sentimientos como la ansiedad, la soledad y el estrés. La terapia artística con pacientes ingresados puede ser una herramienta eficaz para controlar los sentimientos de ansiedad y soledad, y por tanto, reducir el estrés generado durante el ingreso. El objetivo es explorar la satisfacción de los/las pacientes hospitalizados en relación a su participación en una actividad de terapia artística.

METODOLOGÍA

Estudio piloto descriptivo a una muestra de pacientes ingresados en el área de Cardiología-Neumología con un ingreso superior a 5 días. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y se construyó un cuestionario *ad hoc* para recoger información sobre la satisfacción. El cuestionario estaba formado por 9 ítem, 3 con opción de respuesta sí/no, 5 con una escala tipo Likert de 4 puntos, y 1 con respuesta abierta. Se ha realizado un análisis descriptivo de la muestra total y de todos ítems del cuestionario, así como un análisis de contenido de la pregunta abierta.

RESULTADOS

De los 39 pacientes que se incluyeron en el estudio, 24 cumplimentaron el cuestionario tras la finalización de la actividad. El 58,3% fueron mujeres, la edad media de 69,5+10,3, el 54,2% de los pacientes pertenecían al área de cardiología. Más del 50% considero que la realización de la actividad le había ayudado entre mucho y bastante a sentirse mejor, más relajado y a olvidarse de sus problemas. En relación al análisis de contenido, las palabras que más se repitieron fueron tranquilidad, felicidad, distracción, entretenimiento, relajación, alegría y satisfacción.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta experiencia piloto sugieren que la inclusión de la arteterapia en los planes de cuidados puede resultar beneficiosa para mejorar el confort y el distrés emocionales en los pacientes ingresados.



Figura. Nube de palabras.

Tabla. Pregunta 5 del cuestionario.

Realizar esta actividad en el hospital le ha ayudado a sentirse mejor	
Mucho	8 (21)
Bastante	11 (28)
Poco	3 (8)
Nada	2 (5)

BARRERA IDIOMÁTICA EN PACIENTES INGRESADOS EN CARDIOLOGÍA. IMPORTANCIA Y FORMA DE ABORDARLA

Viernes 18 de octubre, 08:30 - 09:30 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Acosta Bethencourt A, González Rodríguez MV, Jorge García R, Tirado Trujillos MA, Farráis Villalba M, Grillo Pérez JJ.

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

INTRODUCCIÓN

La globalización y la movilidad de personas hacen que cada vez con mayor frecuencia ingresen en nuestros hospitales pacientes de otros países, generando conflictos de comunicación y de relación entre el personal sanitario y los pacientes así como con los familiares.

METODOLOGÍA

Hemos realizado un análisis retrospectivo de las nacionalidades de los pacientes ingresados en una planta de cardiología de un hospital de tercer nivel, para analizar las dificultades de comunicación que se plantean en aquellos no hispanoparlantes.

RESULTADOS

Desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2018 ingresaron en la planta de cardiología de nuestro hospital 5996 pacientes, siendo hispanoparlantes (españoles o latinoamericanos) 5740 (95,73%). Con dificultad idiomática ingresaron 260 pacientes (4,34%), distribuyéndose entre 124 de las islas británicas (2,07%), 110 de Europa central (1,83%) y 22 de países del este de Europa (0,37%). Esto significa que de media 5 pacientes a la semana ingresaban en nuestra planta de hospitalización con dificultades de comunicación. Desde el punto de vista de los cuidados de enfermería, se han generado los siguientes diagnósticos de enfermería: (00052) Desarrollo de la interacción social; (00053) Aislamiento social; (00054) Riesgo de soledad; (00125) Impotencia; (00153) Riesgo de baja autoestima situacional; (00174) Riesgo de compromiso de dignidad humana.

CONCLUSIONES

Hasta un 4,26% de los pacientes que ingresan en la planta de cardiología de un hospital de tercer nivel presentan dificultades de comunicación. La ansiedad que esto conlleva para los usuarios durante el ingreso puede dificultar y retrasar la recuperación de su enfermedad. Debería considerarse como una prioridad la puesta a disposición del personal de enfermería por parte de las administraciones de herramientas de traducción para resolver este problema de comunicación cada vez más frecuente.

Viernes, 18 de octubre de 09:45 a 11:15 horas.

**Sala Rubí (Hotel Crowne).
COMUNICACIONES ORALES:
INSUFICIENCIA CARDIACA III**

Moderadora:

Judit Ruiz Gabalda, Barberá Del Vallés, Barcelona.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PACIENTE CON DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA (DAVI) DE LARGA DURACIÓN

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:15 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Cordeiro Rodríguez M¹, Cao Torija MJ², Merino Romero M³, Bermejo Ruiz S⁴, De Miguel Gutiérrez L⁵, Girón Barrenengoa H⁶, Dobarro Pérez D⁷.

1 Hospital do Meixoeiro (Vigo) e Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur; 2 Universidad de Valladolid, 3 Hospital Clínico Universitario (Valladolid); 4 Centro de Salud Eras del Bosque (Palencia), 5 Ambuibérica, 6 Centro de Salud Valladolid Rural I; 7 Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo).

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca es una entidad patológica cuyos signos y síntomas son muy incapacitantes para quienes la padecen. El trasplante de corazón continúa siendo la terapia final para los pacientes que continúan muy sintomáticos. Sin embargo, dado que el tiempo de espera en lista de trasplante se ha incrementado, el implante de dispositivos de asistencia ventricular izquierda (DAVI) de larga duración son una alternativa de tratamiento para pacientes cuya situación clínica no permite esperar o que tienen contraindicaciones para el trasplante. Tras el implante, los pacientes mejoran en general su situación clínica y pueden hacer una vida prácticamente normal con el entrenamiento y las herramientas adecuadas. El objetivo de este trabajo es la creación de un programa de educación para la salud (EpS) para pacientes con DAVI de larga duración.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del programa de EpS para pacientes con DAVI se realizó una búsqueda documental en los principales motores de búsqueda de publicaciones académicas (Cochrane, PubMed, Google Académico...), usando las palabras clave solas o combinadas: LVAD, DAVI, *education*, *heart failure*, educación para la salud. Se incluyeron 96 publicaciones con fecha posterior a 2010. También se incluyeron páginas web de hospitales, asociaciones de pacientes y fabricantes de dispositivo en las que se trataba la EpS de estos pacientes.

RESULTADOS

Se elaboró un programa de EpS que consta de 5 talleres impartidos íntegramente por una enfermera especialista en insuficiencia cardiaca y portadores de dispositivo. Estos incluían los puntos clave a ser abordados y manejados por el paciente para llevar un estilo de vida saludable y adaptarse a la nueva situación: manejo

del dispositivo, alimentación, vida cotidiana con un DAVI, cura del orificio de salida del cable y salud mental positiva. Se creó un manual orientado a las sesiones formativas que incluía todos los puntos a tratar con paciente y cuidador principal y unos formularios de evaluación para poder controlar el buen desarrollo del programa.

CONCLUSIONES

La educación de los pacientes y de sus cuidadores es esencial para conseguir una buena calidad de vida. Esta educación se debe realizar durante el ingreso hospitalario cuando el paciente esté en una condición clínica adecuada. Esto le permitirá tener un estilo de vida saludable que garantice su bienestar en la medida de lo posible tras el alta. Por eso, se hace necesario el desarrollo y la posterior implementación de un programa de educación para la salud (EpS) en los centros hospitalarios que realicen este tipo de intervenciones con la finalidad de conseguir el éxito de la terapia, que es en definitiva conseguir una buena situación clínica y que los pacientes tengan las herramientas necesarias para adaptarse al DAVI.

ECMO POST-TRASPLANTE CARDIACO INMEDIATO: EVALUACIÓN DE LAS COMPLICACIONES

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:15 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Rojas García A, Nebot Margalef M, Fernández Tomás I, Rosenfeld Vilalta L.

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que entran en *shock* cardiogénico por insuficiencia cardíaca aguda o fallo del corazón por circulación extracorpórea, en el trasplante cardíaco (TC), el tratamiento más eficaz es la implantación de una asistencia ventricular de corta duración. Las complicaciones más frecuentes son hemorragias y más tarde las infecciones y las isquemias. En pacientes con TC, además, se puede agravar por estar inmunodeprimidos. El objetivo del estudio fue evaluar las complicaciones de la implantación de la ECMO en postoperatorio inmediato del TC.

METODOLOGÍA

Es un estudio retrospectivo y observacional con pacientes a los que se implantó una ECMO postrasplante por fallo del injerto de forma consecutiva. Muestra de la revisión de 125 implantes de ECMO en nuestro hospital desde 2009 hasta 2018. Variables: edad, sexo, isquemia/trombosis, hemorragia, linforragia, infección, agentes infecciosos, tiempo de soporte, número de curas. Los datos se recogieron en un excel y fueron procesados en medias y porcentajes.

RESULTADOS

De los 125 implantes, 19 (15%) fueron post TC, con una edad media de 50 años, siendo hombres 13 (66%). La media de soporte fue de 12 días. Ocurrió isquemia/trombosis en miembro de inserción cánula en 3 pacientes (16%), hemorragia salida cánulas en 7 pacientes (36%), linforragia en 12 pacientes (63%), infección en 11 pacientes (57%). Agentes de infección fueron: klebsiella 5 (45,4%), pseudomona 5 (45,4%), E. Coli 3 (27,7%), terapia VAC 9 (75%). La media de días de soporte con infección

fueron 11,9 frente a 12,1 sin infección. La media de curas con infección fue de 36 frente a 15,7 sin infección. Curas con fisiológico+betadine® 8 (42,2%), con clorhexidina+plata 11 (57,8).

CONCLUSIONES

Alto porcentaje de linforragia. Todos los pacientes que la presentaron hicieron infección. Alto porcentaje de infecciones, la mitad más de dos agentes y necesidad de terapia VAC. La media de curas de las infecciones fueron más del doble con las no infectadas. Más de la mitad recibieron curas con clorhexidina+plata.

VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR REALIZADA POR ENFERMERÍA PARA LA DETECCIÓN DE LA CONGESTIÓN PULMONAR

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:15 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Larumbe Rodríguez A, Vicedo López A, Seller Moya J, Morillas Climent H, Galcerá Jornet E, Rodríguez Pichardo YM, Valdivia Pérez A, Hernández Peinado L, Valle Muñoz A.

Hospital Marina Salud, Dénia (Alicante).

INTRODUCCIÓN

La detección de la congestión en la insuficiencia cardíaca (IC) es clave para un adecuado manejo terapéutico. En los últimos años, la ecografía pulmonar (EP) ha emergido como una herramienta útil y efectiva, para la valoración la congestión pulmonar (CP) de nuestros pacientes. Nuestro objetivo es analizar la correlación entre los resultados de la EP realizada por enfermería especializada en IC frente al cardiólogo.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio experimental y transversal con inclusión prospectiva de pacientes. Se efectuó una ecografía pulmonar de manera paralela y ciega por parte de enfermería y cardiología, a pacientes consecutivos que acudieron a control ambulatorio en la consulta específica de IC en los meses de febrero y marzo de 2019. Se aplicó el protocolo Blue y se definió como presencia de congestión pulmonar si existían más de 3 líneas B en más de 2 segmentos en ambos campos pulmonares. Previamente al comienzo del estudio, se realizó una formación en EP a enfermería especializada en IC por parte de Cardiología durante 3 semanas.

RESULTADOS

Durante los 2 meses de estudio, se incluyeron 36 pacientes. El tiempo medio empleado por EP fue de 5 minutos. La sensibilidad de la enfermera para detectar congestión pulmonar respecto a la prueba de referencia (valoración por cardiólogo) fue del 100% (IC95%: 96,7%-100,0%); la especificidad fue del 91,3% (IC95%: 77,6%-100,0%). En los 2 falsos positivos del estudio, se identificaron líneas B no confirmadas por parte de Cardiología en los campos pulmonares basales izquierdos. Para una prevalencia de positivos del 39,5%, el valor predictivo positivo (VPP) fue del 88,2% (IC95%: 70,0%-100,0%); y el valor predictivo negativo (VPN) del 100,0% (IC 95%: 97,6-100,0%). El índice Kappa de concordancia entre cardiólogo y enfermera es de 0,8924 (intervalo de confianza 95%: 0,7480-1,0000). La concordancia entre ambos observadores es estadísticamente significativa (Estadístico Z, p<0,0001).

CONCLUSIONES

La EP presenta una concordancia muy elevada para la detección de CP entre enfermería y cardiología tras un corto periodo de entrenamiento, con una sensibilidad del 100%. Por tanto, debe formar parte del arsenal diagnóstico habitual para la detección de congestión por parte de enfermería especializada en IC.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PREDOMINANTES EN EL PACIENTE ANCIANO CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:15 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Cordeiro Rodríguez M¹, Torrente Carballido M¹, Vilar Fernández S², Rodríguez Pascual C³.

1 Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra) e Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur; 2 Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo (Pontevedra); 3 Hospital do Meixoeiro. Vigo (Pontevedra).

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad muy prevalente en la población anciana. Sus signos y síntomas son muy incapacitantes, además de ser agravados por diversa y amplia patología concomitante. La valoración de enfermería usando taxonomías oficiales y reconocidas es tremendamente útil para definir e identificar problemas de salud reales y potenciales de los pacientes, que no siempre están relacionados con el diagnóstico médico central del paciente. El objetivo de este estudio es determinar y analizar los diagnósticos de enfermería predominantes de los pacientes seguidos en las consultas de cardiogeriatría usando la taxonomía NANDA.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional. Fueron incluidos 21 pacientes pertenecientes a la unidad de cardiogeriatría del servicio de geriatría. Mediante la entrevista clínica se identificaron los problemas de salud reales y potenciales de los pacientes que posteriormente fueron traducidos a 3 diagnósticos de enfermería predominantes (Taxonomía NANDA) usando la herramienta informática NNNConsult.

RESULTADOS

La edad promedio de los pacientes fue de 84,3 años, 13 mujeres y 8 hombres. Todos los pacientes tenían el diagnóstico médico de insuficiencia cardiaca por diversas etiologías, de las cuales la cardiopatía isquémica fue la más habitual. Las comorbilidades más importantes fueron la diabetes mellitus y la insuficiencia renal crónica. Casi la mitad de los pacientes presentaba el diagnóstico de enfermería (00093) Fatiga, íntimamente relacionado con la IC. Sin embargo, el diagnóstico más extendido en los pacientes, ya que aplicaba a la práctica totalidad, fue el de (00257) Síndrome de fragilidad del anciano relacionado con la avanzada edad de los sujetos. Otros diagnósticos de enfermería relevantes fueron: (00078) Gestión ineficaz de la propia salud y (00155) Riesgo de caídas.

CONCLUSIONES

La metodología enfermera en la valoración del paciente de insuficiencia cardiaca anciano es una herramienta útil a la hora

de identificar diagnósticos de enfermería que no tienen por qué coincidir con los diagnósticos médicos. Sin duda, el usar este tipo de taxonomías puede contribuir, además, a la hora de establecer un cuidado de enfermería centrado en los problemas reales y potenciales del paciente y hacer parte de una atención multidisciplinaria eficaz.

ALGORITMO DE INTERVENCIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA CON EL ALGORITMO HEARTLOGIC™

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:15 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Pérez Serrano M, Goirigolzarri Artaza J, Enríquez Vázquez D, Nicolás Pérez C, Ramírez Ramos C, García Méndez N, Bover Freire R, Ferrández Escarbajal M, Vilacosta I, Macaya Miguel C.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

INTRODUCCIÓN

HeartLogic™ es un algoritmo desarrollado por Boston Scientific que se implanta en los desfibriladores-resincronizadores. A través de los datos recogidos por el dispositivo de varios sensores, ha demostrado que para un umbral >16 permite anticipar una descompensación de insuficiencia cardiaca (IC) con una especificidad del 85,7% y una sensibilidad del 70% hasta 34 días. El objetivo es demostrar la utilidad de la intervención telefónica estructurada por enfermería especializada en los pacientes con alertas del dispositivo a través de un algoritmo de manejo y, potencialmente, disminuir los ingresos por IC.

METODOLOGÍA

Se incluyen de forma prospectiva a todos los pacientes portadores de este algoritmo HeartLogic™ en un centro terciario. Se diseñó un algoritmo de intervención telefónica precoz con el objetivo de la detección de detectar precozmente signos de descompensación y la aplicación temprana del régimen flexible de diuréticos. El umbral definido por HeartLogic™ para la activación del protocolo es ≥ 16 , saliendo de alerta con valores <6. Se catalogaron posteriormente las alarmas como descompensación por IC, relacionado con IC (en casos en los que no fuera la causa predominante) o no relacionado con IC.

RESULTADOS

Desde enero de 2018, 17 pacientes se inscribieron en el seguimiento de las alertas, de las cuales 3 eran mujeres y 14 eran hombres. La edad promedio fue de 65,72 años. Durante el período de seguimiento, hubo 12 alertas con un umbral ≥ 16 , a las que se realizó una intervención telefónica de acuerdo con el algoritmo. En 4 casos se catalogaron relacionados con IC, de los cuales dos, pese a ajuste diurético, requirieron ingreso. En 4 pacientes tuvieron alguna relación por IC y en 4 casos no se consideró relacionado con la misma.

CONCLUSIONES

El uso de este algoritmo permitió una intervención temprana en la mayoría de los casos, con dos ingresos relacionados con IC. Este algoritmo puede permitir un mayor seguimiento de los pacientes y una intervención temprana en caso de descompensación.

ADMINISTRACIÓN DE LEVOSIMENDÁN A TRAVÉS DEL HOSPITAL DE DÍA DE CARDIOLOGÍA

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:15 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Seoane Blanco AM¹, Moure González M¹, Gómez Otero I², Vidal Pérez RC², Otero Agra M¹, Varela Román A².

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

INTRODUCCIÓN

La reducción de los ingresos hospitalarios está relacionada con menor riesgo a sobreinfecciones y a una mejora en la calidad de vida de los pacientes. El hospital de día es una estructura que se utiliza para el manejo de procedimientos intrahospitalarios sin necesidad de ingresos. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes que han participado en el programa de administración intravenosa (IV) ambulatoria de levosimendán en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

METODOLOGÍA

Un total de 16 pacientes han recibido tratamiento de levosimendán IV. Se ha realizado un análisis descriptivo del seguimiento y características de estos pacientes. Las variables categóricas han sido expresadas en frecuencias absolutas y relativas. Las variables continuas han sido expresadas en medidas de tendencia central y de dispersión.

RESULTADOS

La mitad de los pacientes que han recibido tratamiento con levosimendán continúa con infusiones programadas. Dichos pacientes no han sufrido efectos adversos importantes durante las infusiones. A tres pacientes (37,5%) se le suspendieron el tratamiento, ya fuera por estabilidad (1 paciente) o por efectos adversos (2 pacientes). El 69% de los pacientes que ha participado en el programa ha precisado ingreso hospitalario alguna vez (1,25±1,28 en tratamiento activo y 1,00±1,54 en tratamiento suspendido). El 31% de los pacientes que ha participado en el programa ha precisado visita a urgencias alguna vez (0,50±0,93 en tratamiento activo y 0,75±1,04 en tratamiento suspendido).

CONCLUSIONES

El levosimendán es un tratamiento susceptible de ser utilizado a través de una estrategia ambulatoria. El hospital de día es una herramienta útil para evitar el ingreso hospitalario en pacientes que requieran la administración programada de este tratamiento.

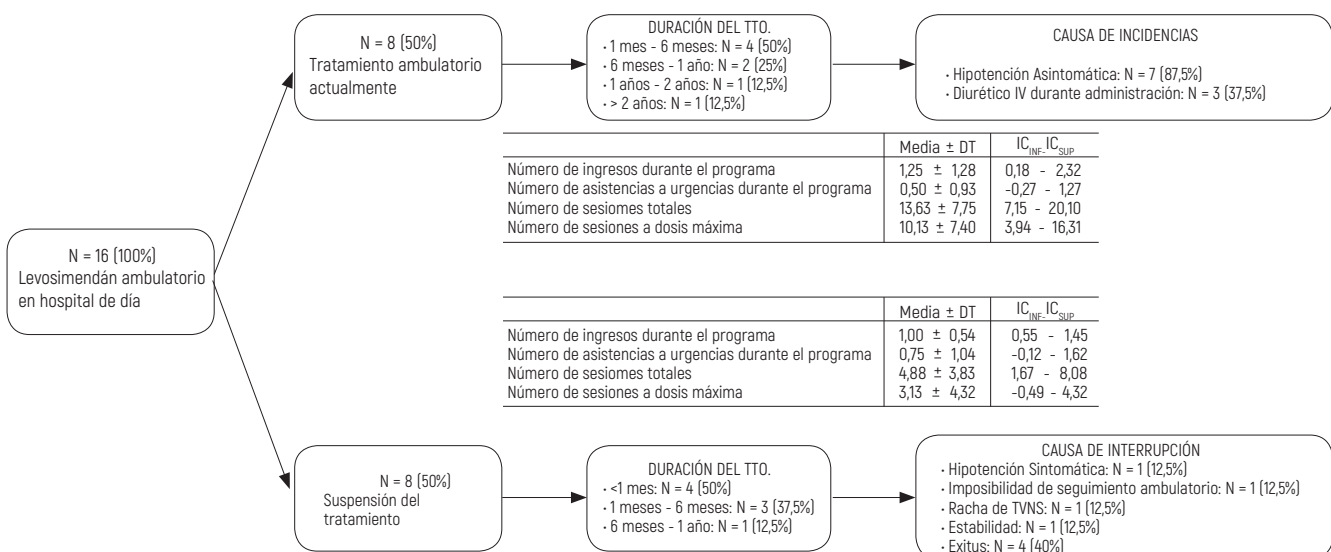


Figura. Diagrama descriptivo de los pacientes con levosimendán.

MANEJO AMBULATORIO DE HIERRO Y DIURÉTICOS INTRAVENOSOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA A TRAVÉS DEL HOSPITAL DE DÍA DE CARDIOLOGÍA

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:15 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Moure González M¹, Seoane Blanco AM¹, Gómez Otero I², Vidal Pérez RC², Otero Agra M¹, Varela Román A².

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

INTRODUCCIÓN

El hospital de día es una estructura que se utiliza para el manejo de procedimientos intrahospitalarios sin necesidad de ingresos. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes que han recibido alguna administración intravenosa ambulatoria de hierro y/o furosemida en el hospital de día del servicio de cardiología del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

METODOLOGÍA

Un total de 85 pacientes han recibido tratamiento ambulatorio de hierro (Carboximaltosa de hierro y hierro-sacarosa) y de furosemida IV en el hospital de día. Se ha realizado un análisis descriptivo del seguimiento y características de estos pacientes. Las variables categóricas han sido expresadas en frecuencias absolutas y relativas. Las variables continuas han sido expresadas en medidas de tendencia central y de dispersión.

RESULTADOS

Un 67% de los pacientes (57) que recibieron tratamiento en el hospital de día, fueron tratados con Carboximaltosa de hierro, mientras que solo un 7% recibieron hierro-sacarosa. El 3,5% de los pacientes de Carboximaltosa de hierro comenzaron la administración de hierro en la planta de cardiología y un 1,8% no completaron la administración. Uno de los pacientes con tratamiento de hierro-sacarosa (16,7%) sufrió vómitos durante su administración. El 26% de los pacientes restantes recibió un tratamiento con furosemida IV, a los que hay que sumarles 7 pacientes a los que se les administraron furosemida durante el tratamiento del hierro (Carboximaltosa de hierro 6 y hierro-sacarosa 1). No se observaron incidencias durante la administración de diurético IV.

CONCLUSIONES

El hospital de día es una unidad útil, ya que evita los ingresos hospitalarios en pacientes que requieran la administración programada de hierro y diuréticos intravenosos y no produce incidencias de importancia.

Viernes, 18 de octubre de 09:45 a 11:15 horas.

**Sala Diamante (Hotel Crowne).
COMUNICACIONES ORALES:
MISCELÁNEA II**

Moderadora:

María Ramón Carbonell, Churra, Murcia.

**INR POR PUNCIÓN CAPILAR:
MÁS COSTE-EFECTIVO QUE EL INR POR
PUNCIÓN VENOSA**

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:15 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Gómez Barriga MD, Olmos Blanco C.
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La determinación del INR es una prueba ampliamente utilizada en las unidades de hospitalización para monitorizar la adecuada

anticoagulación de los pacientes con fibrilación auricular, embolia de pulmón o portadores de prótesis valvulares. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el coste-efectividad del uso de INR obtenido por punción capilar respecto al INR mediante punción venosa en una unidad de cardiología clínica de un hospital terciario.

METODOLOGÍA

Estudio transversal realizado en una unidad de cardiología clínica de un hospital terciario español durante 2018. Se analizaron los costes directos (reactivos y materiales) y tiempos (tiempo de extracción de la muestra, traslado, medición y validación) derivados de la determinación del INR por punción venosa, así como aquellos empleados para la realización del INR por punción capilar. Además, se evaluó el número de muestras de coagulación solicitadas semanalmente en dicha unidad, como también la necesidad de repetir las determinaciones por problemas técnicos mediante ambos métodos. Finalmente, se realizó una comparación del coste-efectividad de ambas técnicas de INR.

RESULTADOS

La media de análisis de INR realizados al día fue de 20,3 (3,1) determinaciones, y 122 (2,8) análisis de coagulación semanales. En el caso del INR obtenido mediante punción venosa, fue necesario repetir la determinación en el 8,9% de los casos semanales debido a problemas técnicos (hemolización de la muestra, enrasamiento inadecuado del tubo), mientras que en el INR por punción capilar sólo fue necesario en 0,83% de los análisis semanales (casos con valor de INR superior a 4). El tiempo total necesario para obtener un resultado validado del INR mediante punción venosa fue significativamente mayor que el necesario para conseguir una determinación de INR por punción capilar (1,17 minutos vs 190 minuto; $p < 0,001$). Además, la determinación de INR por punción capilar resultó más coste-efectiva que el método venoso (0,83 minutos/euro vs 95,63 minutos/euro; $p < 0,001$).

CONCLUSIONES

El análisis del INR por punción capilar constituye una alternativa válida y coste-efectiva respecto al INR por punción venosa, permitiendo un ahorro de costes y tiempo para el sistema sanitario por la simplicidad en su determinación, y celeridad en la obtención de los resultados.

**ANÁLISIS DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL
INGRESO EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA TRAS
LA APLICACIÓN DE ALGORITMOS**

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:15 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autor: Rivas González N.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares han cobrado una gran importancia a nivel mundial. La valoración enfermera es la primera etapa del proceso enfermero para poder ofrecer cuidados de calidad. En un servicio de cardiología se planteó la posible carencia de registros adecuados. Otros investigadores diseñaron diferentes instrumentos para facilitar esta etapa. Hasta el momento, los creados no abarcaron

al paciente cardiológico en todos los aspectos que podían presentar en el ingreso hospitalario. Otras disciplinas utilizaron algoritmos como guía para las actividades diarias o situaciones específicas. La aplicación de los algoritmos de valoración enfermera facilita el registro de los datos obtenidos y favorece la continuidad asistencial de la enfermería. El objetivo del estudio fue comparar la valoración enfermera al ingreso en cardiología tras la aplicación de algoritmos con la práctica habitual en la unidad de hospitalización.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio piloto no aleatorizado postest con grupo control no equivalente de enfoque cuantitativo. La muestra la formaron 8 enfermeras de cardiología tras firmar el consentimiento informado. Se estableció un grupo de control y dos grupos de intervención en los que se aplicaron los algoritmos, añadiendo en el segundo formación específica sobre ellos a las enfermeras para, posteriormente, comparar los datos registrados en el aplicativo informático. Se realizó un análisis descriptivo para las variables cuantitativas, de frecuencias para las cualitativas y se aplicó la prueba de Chi-Cuadrado para la asociación de los grupos.

RESULTADOS

Tras comparar los 3 grupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en tres de las variables analizadas respecto a los registros. Se observó un mayor registro de los apartados en la cumplimentación en papel de los algoritmos. La formación específica dada a las enfermeras no arrojó diferencias entre los grupos de intervención en el aplicativo pero sí ofreció un mayor registro en dos de las variables en papel.

CONCLUSIONES

Los algoritmos de valoración por sí solos pueden ayudar a mejorar los registros enfermeros. Se hace necesaria la formación reglada de las enfermeras para aumentar los registros y determinar las causas que impiden la anotación de datos en la aplicación informática tras su recogida en formato papel.

INDICADORES DE CALIDAD: HERRAMIENTAS PARA MEDIR LA SEGURIDAD DE LOS CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA CARDIACA Y CARDIOLOGÍA

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:15 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Arévalo Rubert MJ, Torresquesana Castro S, Juan Benestar M. Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears).

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial y un elemento básico para mejorar la práctica asistencial. Los sistemas de monitorización mediante el uso de indicadores son un método esencial en la implantación de un modelo de calidad de cuidados. El objetivo de las unidades de hospitalización es ofrecer a los pacientes una asistencia centrada en sus necesidades, de calidad y lo más segura posible, para ello el rol de enfermería es fundamental. Los objetivos del estudio fueron monitorizar indicadores asistenciales clave en la atención del paciente hospitalizado, evaluar el cumplimiento de los indicadores, comparar los resultados con los estándares e

identificar puntos fuertes y debilidades en la seguridad del paciente en los cuidados enfermeros.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo observacional realizado en una unidad de hospitalización de Cirugía Cardíaca y Cardiología. La muestra de estudio fueron pacientes ingresados más de 24 horas del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018. Diseño del sistema de monitorización en 4 fases: Selección de 8 indicadores. Diseño de los indicadores y establecimiento de estándares. Medición sistemática. Comparación con los estándares. La recogida específica siguiendo la metodología y frecuencia descrita para cada indicador: soporte electrónico Millenium® para los datos de la historia clínica informatizada o auditoría/observación directa. Recogida de datos tabulación de los resultados en Hoja de cálculo MS Excel®.

RESULTADOS

El sistema de monitorización ha realizado un total de 24 mediciones de las cuales el 87,5% cumplen con los estándares preestablecidos. La mayoría de los indicadores de seguridad monitorizados eran de proceso, seguidos de los de resultado. La fuente de datos del 62,5% de ellos es la historia clínica del paciente, frente al 37,5% que se obtienen mediante auditoría. Las valoraciones del riesgo de UPP y del riesgo de caídas, junto con la revisión del carro de RCP son los indicadores con una tasa de cumplimiento mayor y más estable durante todo el estudio.

CONCLUSIONES

Los indicadores han monitorizado aspectos concretos de la seguridad de los cuidados. Aportan información objetiva para analizar la calidad y seguridad de los procesos evaluados. Su medición en el tiempo facilita el conocimiento sobre el grado de progreso en la seguridad del paciente.

DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES SOMETIDOS A RECAMBIO VALVULAR AÓRTICO QUIRÚRGICO O PERCUTÁNEO MANEJADOS EN UN PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO CON REHABILITACIÓN RESPIRATORIA PREINTERVENCIÓN

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:15 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Neiro Rey C, Álvarez Álvarez B, Peña Gil C, González Martínez R, González Salvado V, Trillo Nouche R, López Otero D, Bastos Fernández M, González Juanatey JR.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).

INTRODUCCIÓN

El manejo de los pacientes con estenosis aórtica severa sintomática con indicación de intervención dentro de un Proceso de Atención Integrado (PAI) facilita la protocolización de las pruebas, la disminución de la variabilidad en la atención y el seguimiento posterior a la intervención. El objetivo de este trabajo es evaluar las características entre los pacientes sometidos a cirugía convencional o implante de endoprótesis aórtica manejados bajo un PAI.

METODOLOGÍA

Se han incluido un total de 166 pacientes entre mayo de 2018 y abril de 2019 remitidos al PAI tras sesión *Heart Team*. Un total de 118 pacientes fueron sometidos a intervencionismo valvular aórtico (percutáneo: TAVI

o SVA quirúrgica), realizándose estudio de fragilidad previo y posterior a la intervención. A los pacientes se les ofrecía la participación en un programa de rehabilitación previa a la intervención.

RESULTADOS

De los 118 pacientes, 70 (60,9%) fueron sometidos a recambio valvular aórtico quirúrgico. Los pacientes sometidos a TAVI presentaban mayor edad, mayor grado de anemia, mayor insuficiencia renal e insuficiencia cardíaca que los pacientes sometidos a SVA. En la valoración de la fragilidad, tras el tratamiento, se observó que los pacientes sometidos a TAVI no modifican su puntuación Barthel, lo que sí se observa en los pacientes sometidos a SVA. En los pacientes sometidos a TAVI se observa una mejoría en el test de levantarse y sentarse y ligera mejoría en la valoración del rendimiento físico.

CONCLUSIONES

Bajo un manejo protocolizado dentro de un PAI, los pacientes sometidos a TAVI presentan un peor perfil clínico y una mayor fragilidad que los remitidos a SVA. Tras el intervencionismo se objetiva una mejoría en algunos parámetros de fragilidad.

PRUEBA DE ESFUERZO SUPERVISADA POR ENFERMERÍA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:15 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: López Roldán AM, Mora Pérez JG, Iriarte Plasencia A, Álvarez Acosta L, Quijada Fumero A, Lorenzo González J, Adel Amad Shihadeh Musa L, Torres González N, Trugeda Padilla A, Hernández Afonso JS.

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

INTRODUCCIÓN

Desde febrero de 2018 se implementó en nuestro centro un programa de prueba de esfuerzo supervisada por enfermería, con distintos grados de supervisión dependiendo de la indicación de la misma. Nuestro objetivo es analizar nuestra experiencia en este primer año y comprobar si, como reflejan diversos estudios, esta práctica es segura y efectiva.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes que entre febrero de 2018 y enero de 2019 se sometieron a una prueba de esfuerzo. En nuestro programa, cada mañana un cardiólogo asignado revisa las peticiones del día estableciendo el grado de supervisión en función de la indicación: supervisión personal, lo que requiere la presencia de un cardiólogo en sala durante la realización de la prueba, o supervisión directa con la presencia de un cardiólogo en las inmediaciones, en cuyo caso, el enfermero redacta un informe provisional que es validado posteriormente por el cardiólogo.

RESULTADOS

En el periodo citado, se realizaron 1220 pruebas de esfuerzo. La mediana de edad fue de 57 años (44-57). El 57,3% de los pacientes fueron varones. La principal indicación para la realización de la prueba de esfuerzo fue el diagnóstico de cardiopatía isquémica en 702 pacientes (57,5%). El 99,2% se realizó bajo supervisión directa de enfermería, requiriendo la presencia de un cardiólogo en sala solo en el 0,8% restante. Existieron 6

casos de contraindicaciones relativas, siendo tres casos de obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo, dos de estenosis aórticas moderadas y una con un bloqueo AV 2:1. El grado de concordancia entre el informe provisional y el definitivo fue del 96%. No hubo muertes ni complicaciones graves. Como incidencias únicamente constatamos 9 episodios de mareos (6 de ellos asociados a hipotensión), dos episodios de broncoespasmo y un episodio de fibrilación auricular en la recuperación. Todas estas incidencias se resolvieron sin necesidad de intervención médica.

CONCLUSIONES

Con los datos obtenidos, podemos concluir que la prueba de esfuerzo supervisada por enfermería, con la presencia de un cardiólogo en las inmediaciones, el cual antes ha revisado las indicaciones y establecido el grado de supervisión en función de las mismas, es una práctica segura y efectiva.

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA AL ALTA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA EN UN HOSPITAL SIN CONSULTAS EXTERNAS

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:15 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Carvajal Ramírez AP, Perelló Ferreiro D, Sanz Cardoso S, Cuevas Ortega FJ.

Hospital de Barcelona - SCIAS, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La educación sanitaria de enfermería en la hospitalización es la pieza clave para fomentar el autocuidado del paciente en el momento del alta. El objetivo del estudio es identificar los aspectos educativos sobre el autocuidado del paciente que debería reforzarse en el momento del alta tras cirugía cardíaca.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo realizado mediante una encuesta telefónica a los pacientes intervenidos de bypass coronario, recambio valvular o ambos, entre abril de 2018 y marzo de 2019. Se diseñó una encuesta con 13 preguntas cerradas y 1 abierta realizada de forma voluntaria y confidencial. Se incluyeron en el estudio 42 pacientes (100%). El análisis de los datos se realizó mediante el programa SPSS Statistics (SPSS 10.0).

RESULTADOS

Respondieron el 90,47%. El 73,68% eran hombres y 26,32% mujeres, (edad media 71,07 +/- SD 10,18). El 89,47% tenían claro cómo cuidar su herida y un 55,88% conocían los signos de alarma. Un 65,79% tenían bastante claro (BC) o totalmente claro (TC) cómo reiniciar la actividad física. El 78,95 % conocían cómo movilizarse para evitar el dolor. El 92,11% refirieron un buen control del dolor. Un 76,32% consumían proteínas de forma habitual. El 55,27% tenían BC o TC la dieta hipolípida. El 76,32% no tuvo problemas en su ritmo deposicional. El 57,90% tenían un sueño reparador. El 50% controla la frecuencia cardíaca y de estos el 100% utilizan el tensiómetro. El 84,21% no sabían detectar anomalías en el pulso. El 28,95% le faltaba reforzar algún aspecto en la educación recibida. Destacar la valoración sobre la calidad percibida en cuanto a la educación recibida, obtenemos el 55% en la escala NPS.

CONCLUSIONES

Según los resultados, un porcentaje elevado de la muestra necesita más educación en la identificación de anomalías en el pulso y en aspectos relación a la dieta hipolipídica. A pesar de conocer cómo curar la herida, no todos conocen los signos de alarma. Un porcentaje de pacientes no tenía un sueño reparador al alta. En cuanto a la satisfacción, pudo más la calidad percibida del paciente durante el ingreso que la educación facilitada, siendo en general de gran satisfacción todos los cuidados recibidos. Se cree conveniente establecer estrategias educativas durante la hospitalización y realizar un seguimiento postoperatorio telefónico que ayude al paciente en su autocuidado.

GUÍA RÁPIDA VISUAL PARA EL MANEJO DEL MARCAPASOS EPICÁRDICO

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:15 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Jiménez Mateo A, Cano García S.

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

INTRODUCCIÓN

El uso de marcapasos epicárdico es frecuente en el postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía cardíaca. La enfermera juega un papel primordial en el control de una adecuada estimulación-respuesta, así como otros parámetros que repercuten directamente sobre la seguridad del paciente. Nuestro objetivo fue que el personal de nueva incorporación a la unidad recibiera formación de forma rápida y segura, para poder proporcionar cuidados de calidad a nuestros pacientes, e intentar minimizar el estrés de dicho personal.

METODOLOGÍA

Durante el último año, más del 50% de la plantilla de enfermería de nuestra unidad ha llegado a estar constituida por personal de nueva incorporación sin experiencia en postoperatorios de cirugía cardíaca. Dicho personal nuevo, recibió una sesión formativa a cargo de enfermeras experimentadas de la unidad, que diseñaron también una guía visual, con cuidados basados en la evidencia, donde se explica de forma fácil y sencilla la atención y cuidados que debe recibir un paciente portador de marcapasos epicárdico, así como los parámetros e incidencias importantes que hay que vigilar para evitar eventos adversos.

RESULTADOS

Durante este último año, no se ha registrado ningún evento adverso relacionado con el uso del marcapasos epicárdico.

CONCLUSIONES

Según estudios publicados, la atención proporcionada por enfermería adecuadamente formada, incide de forma positiva reduciendo la morbimortalidad hospitalaria. La formación realizada en la unidad se evaluó de forma satisfactoria, ya que se ha logrado administrar cuidados de enfermería de forma segura en poco tiempo.

Sábado, 19 de octubre de 09:00 a 10:00 horas.

Sala Rubí (Hotel Crowne). COMUNICACIONES ORALES: HEMODINÁMICA Y ELECTROFISIOLOGÍA

Moderadora:

María Lacueva Abad, Barcelona.

INTERVENCIONISMO CARDIACO POR VÍA RADIAL O CUBITAL CON ACCESO Y CUIDADOS POST-PROCEDIMIENTO REALIZADOS POR PERSONAL DE ENFERMERÍA

Sábado 19 de octubre, 09:00 - 10:00 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: García Morales A, Jiménez Gómez N, Melado Corral S, Unzué Vallejo L, García Fernández E, Teijeiro-Mestre R, Parra Jiménez FJ, Rodríguez Rodrigo FJ, Betancur Gutiérrez A, Zorita Gil B, Fuertes Suárez B, Medina Peralta J.

Hospital Universitario HM Madrid Montepríncipe, Madrid.

INTRODUCCIÓN

El acceso radial (AR) se ha impuesto al femoral en todos los escenarios clínicos, con una indicación IA en las últimas guías europeas de intervencionismo. Desde 2017, nuestro centro diseñó un plan de cuidados de enfermería, con realización del acceso arterial (radial o cubital) por parte del personal de enfermería de hemodinámica. El objetivo del estudio es comprobar la eficacia y seguridad de la canalización de accesos arteriales por enfermeras de hemodinámica.

METODOLOGÍA

Se recogieron retrospectivamente procedimientos de intervencionismo coronario y estructural durante 4 años consecutivos (2015-2018), comparando los resultados y complicaciones vasculares en el primer grupo (2015-2016, canalización del AR por hemodinamistas) y el segundo (2017-2018, canalización de AR por parte de enfermería). Se utilizó introductor hidrofílico de 6 French Glidesheath Slender de Terumo y cocktail espasmolítico con 2 mg de verapamilo, 200 microgramos de nitroglicerina y 5000 UI de Heparina sódica intraarterial. La hemostasia se realizó con pulsera TR Band que se mantuvo 2 horas en caso de diagnóstico y 3 horas en angioplastia.

RESULTADOS

Se realizaron 4491 procedimientos por AR, en los últimos 2460 la canalización del acceso la realizó el personal de enfermería. 2757 fueron angioplastias, 226 a tronco no protegido y 8 casos de aterectomía rotacional. La tasa de AR en los procedimientos coronarios fue del 97,9%, con crossover a femoral del 2,2%. Se realizaron 314 procedimientos de intervencionismo estructural (132 TAVIS y 52 cierres de orejuela). No existieron complicaciones graves relacionadas con el acceso (6 pacientes presentaron hematoma antecubital que se resolvió con vendaje compresivo). En la comparación entre ambos grupos, no existieron diferencias en la tasa de canalización del acceso ni en las complicaciones.

CONCLUSIONES

La canalización del AR por personal de enfermería experimentado es eficaz y segura, permitiendo una optimización de la sala y mejorando el manejo integral del paciente.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PUNCIÓN DE RADIAL IZQUIERDA DISTAL: HEMOSTASIA EN ANGIOGRAFÍA Y ANGIOPLASTIA

Sábado 19 de octubre, 09:00 - 10:00 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: García Serrano MC, Arroyo Úcar E, Torres Saura F, Romero Vazquiánez M, Martínez Crespo J, Benito Agüera I, Belda Cutillas JA, González Ródenas L, Costa Victorio FJ, Amores González N.

Hospital General Universitario de Vinalopó, Elche (Alicante).

INTRODUCCIÓN

El acceso radial se ha impuesto en los últimos años como primera elección por sus ventajas inherentes a la hora de la realización de una coronariografía. Recientemente la punción distal, a nivel de la tabaquera anatómica, se ha planteado como una alternativa a la punción en el canal de la radial. Sus principales ventajas son el menor tiempo de hemostasia, la posibilidad de la preservación radial y la mayor comodidad del procedimiento, siendo más compleja su canalización. Hasta el día de hoy no existen dispositivos dirigidos para la realización de la hemostasia ni una estandarización de los cuidados de enfermería en dicho contexto.

METODOLOGÍA

Serie de casos consecutivos en los que el acceso radial distal fue de elección. La punción se realizó con la técnica de Seldinger directa, introductor hidrofílico de 5-6 French. Una vez finalizado el procedimiento, la hemostasia se realizó a criterio del operador.

RESULTADOS

De los 10 procedimientos, 7 fueron diagnósticos, utilizando una banda radial de implantación más distal de lo habitual durante 2-3 horas. De las 3 angioplastias, la compresión fue manual y se aplicó vendaje compresivo durante 5-6 horas. En las otras 2 angioplastias, se utilizó la banda radial de implantación distal durante 3-4 horas. Ninguno de los accesos presentó complicaciones después del procedimiento.

CONCLUSIONES

La radial izquierda distal puede ser un acceso alternativo a la punción en el canal radial. En nuestra experiencia no hemos presentado complicaciones asociadas a su hemostasia utilizando banda radial y compresión manual, dejando el brazo puncionado en cabestrillo 24 horas y 48-72 horas sin realizar esfuerzos con dicho brazo. Invitamos a llevar a cabo investigaciones que sigan nuestra línea de cuidados en el acceso radial izquierda distal para así realizar un protocolo en la utilización de éste acceso con nuestras conclusiones y las averiguadas en siguientes investigaciones.

COMPARACIÓN DE LA CARGA ASISTENCIAL PRESENCIAL Y REMOTA DE LA CONSULTA DE SEGUIMIENTO REMOTO DE DISPOSITIVOS (SRD) TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE SEGUIMIENTO REMOTO

Sábado 19 de octubre, 09:00 - 10:00 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Bello Hernández R, Álvarez Acosta L, Martín-Fernández Martín L, San Blas Díaz M, García Rodríguez MJ, Valdivia Miranda D, Pimienta González R, Fariña Ruíz AP, Barreto Cáceres V, Iriarte Plasencia A, Ramos Reyes V, Hernández Castellano S, Hernández García C, Hernández Afonso JS.

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

INTRODUCCIÓN

El seguimiento remoto de dispositivos (SRD) es especialmente atractivo para regiones como Canarias por evitar desplazamiento a pacientes. Nos proponemos valorar la carga asistencial de este tipo de seguimiento tras 5 años de implementación de un protocolo específico de SRD en el que se entrega sistema de monitorización a todos los pacientes a los que se les implanta un dispositivo.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo y descriptivo de la tasa de éxito de funcionamiento y carga de trabajo tanto remota como presencial para pacientes con marcapasos, DAI y Holter basadas en un protocolo específico de MRD que se instaura el 1 de enero de 2014 en nuestro centro, comparándolo con el año 2018.

RESULTADOS

El porcentaje de éxito de la activación del seguimiento remoto fue 64,6 vs 95,4 % ($p=0,0001$) comparando 2014 con 2018 respectivamente. La carga de trabajo presencial en el año 2014 fue de 3352 visitas y de 3070 en 2018. Con respecto a la remota, en el año 2014 se vieron 721 visitas remotas y 4937 en 2018. Todo esto a pesar de haber aumentado el número de pacientes en seguimiento (2170 implantes en el periodo estudiado) y de incluir a los pacientes previos que no se seguían con el nuevo protocolo (Tabla).

Tabla. Comparativa de carga de trabajo Remoto vs. Presencial de 2014 a 2018.

	2014	2015	2016	2017	2018
Número de implantes	439	412	426	399	400
% Monitorización remota de los implantados	64,7	98,8	95,3	97,5	95,5
Consultas Presenciales	3352	3415	3235	3224	3070
Consultas Remotas	721	1631	2668	3728	4937

CONCLUSIONES

Tras 5 años de utilización de un protocolo específico basado en monitorización remota, se consiguió que la mayoría de los pacientes implantados fueran seguidos según el protocolo, aumentando la carga de trabajo remota y disminuyendo la presencial. Este nuevo protocolo implica adaptarse a una nueva forma de trabajo, evidente en menos de 5 años.

CAUSAS DE ANULACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS EN LA SALA DE ELECTROFISIOLOGÍA

Sábado 19 de octubre, 09:00 - 10:00 h. Sala Rubí (Hotel Crowne).

Autores: Pérez Ortega S, Diago Crisol C, Cano Valls A, Domingo Criado R, Matas Avellà M, Venturas Nieto M, Tolosana Viu JM, Mont Girbau JL, Niebla Bellido M.

Hospital Clínic, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Los procedimientos que se realizan de forma programada en la sala de electrofisiología precisan que el paciente cumpla unos requisitos previos como anticoagulación adecuada y la estabilidad hemodinámica y clínica. No siempre tienen las condiciones adecuadas para someterse a la intervención, lo que provoca que tengan que ser anulados conllevando un aumento en las listas de espera, así como del gasto sanitario. El objetivo del estudio ha sido analizar las diferentes causas por las que son anulados los pacientes que vienen a realizarse un procedimiento invasivo en el laboratorio de electrofisiología.

METODOLOGÍA

Desde mayo de 2018 a febrero de 2019 se han recogido prospectivamente los datos de todos los pacientes que estando programados para realizar un procedimiento en la sala de electrofisiología, se ha anulado ese mismo día.

RESULTADOS

En los 10 meses de estudio se han anulado 41 casos, que representan un 3,8% del total de 1073 procedimientos realizados en ese periodo. Un 68% son hombres y con edad media de 67 desviación estándar 10 años. Los procedimientos que más se han anulado son: Implante resincronizador cardiaco 20%, implante marcapasos o desfibrilador 17%, ablación radiofrecuencia 17% y ablación fibrilación auricular 15%. Las causas de anulación principales han sido condiciones de anticoagulación / antiagregación no óptima 16 pacientes (39,1%), mayoritariamente por valor elevado de ratio normalizado internacional (INR), y revaloración del procedimiento 13 pacientes (31,7%). De éstos, 9 pacientes se reprograman a otro procedimiento, y en 4 se decidió no realizar ninguna intervención. Un 22% de pacientes estaban ingresados, de éstos el 33% se han anulado por fiebre y otro 33% se ha revalorado el procedimiento. La mediana de tiempo de espera global para realizar el procedimiento ha sido de 7 días [RIQ 6-14], siendo para dispositivos una mediana 7 días [RIQ 6-8] y para ablaciones mediana 25 días [RIQ 8,5-43,5].

CONCLUSIONES

La anulación de un procedimiento supone una alteración para el paciente y para el equipo sanitario no beneficiosa sea cual sea la causa. Identificar las causas más prevalentes nos ayuda a establecer medidas de mejora en términos de eficacia y eficiencia. La utilización de nuevos anticoagulantes y la mejoría de la comprensión de la información por parte del paciente podría limitar las anulaciones.

Sábado, 19 de octubre de 09:00 a 10:00 horas.

**Sala Diamante (Hotel Crowne).
COMUNICACIONES ORALES:
MISCELÁNEA III**

Moderadora:

Nuria Tarrela Redonda, Barcelona.

ANÁLISIS DE LAS CARGAS DE TRABAJO DE LAS ENFERMERAS EN LA UNIDAD DE CRÍTICOS CARDIOLÓGICOS GRACIAS A LA ESCALA NURSING ACTIVITIES SCORE

Sábado 19 de octubre, 09:00 - 10:00 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Habbab Mohamed S, Martín Girón I, Rovira Vilamala I, Simón Llorente S, Cruz Díaz R, Faixeda Calero M.

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona.

INTRODUCCIÓN

En un hospital de tercer nivel encontramos UCI especializadas como la unidad de críticos cardiológicos (UCC). El incremento de las terapias intensivas afecta directamente en los recursos materiales y humanos, así como en la carga asistencial. La evidencia recientemente publicada dictamina que la escala validada NAS es la más adecuada para cuantificar las cargas de trabajo de enfermería en las unidades de críticos, a diferencia de la escala NEMS, que es más médica. Por eso, se ha agregado a nuestras tareas habituales pasar la escala NAS, con el objetivo de conocer cuál es la carga asistencial que sufre enfermería y, en consecuencia, comprobar si la ratio enfermera-paciente es adecuada (actualmente es 3:1).

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y longitudinal desde noviembre de 2018 (momento en el que se incluye la escala NAS en las tareas de enfermería en la UCC) hasta mayo de 2019. Se calculó la muestra representativa y se reclutaron un total de 263 pacientes. En la escala se contemplan todas las intervenciones que enfermería puede llevar a cabo en una unidad de críticos y, de forma manual, se han registrado en cada turno durante el periodo de recogida de datos. Con la información recopilada se ha generado una base de datos y gracias al programa Excel, se han podido analizar.

RESULTADOS

Prácticamente la mitad de los pacientes ingresan en la UCC con diagnóstico de SCAEST (47,9%), seguido de SCASEST (28,1%) y arritmias (8%). La duración del ingreso es de 4,54 días, la media de edad supera los 60 años (65,03) y la gran mayoría son hombres (88%). En cuanto a los resultados obtenidos de la escala NAS, se ha podido extraer que la media por paciente durante la estancia en la UCC es de 45,92 puntos sobre 100. Y la media de NEMS es 17,9 sobre 56 puntos. Además, destacar que dentro de la muestra representativa calculada, sólo 41 de los 263 pacientes tenían un NAS inferior a 33 puntos. Y que en 36 ocasiones el NAS del paciente superaba los 100 puntos, lo que significa que la

enfermera únicamente debía atender 1 paciente.

CONCLUSIONES

Si la evidencia recomienda que, en una unidad de críticos una enfermera puede asumir una carga asistencial máxima de 100 puntos en la escala NAS, gracias a nuestro estudio concluimos que la ratio en nuestra UCC debe ser 2:1. Por lo tanto, debe cambiar, ya que normalmente es de 3:1.

POLIMEDICACIÓN EN EL ANCIANO POSTINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Sábado 19 de octubre, 09:00 - 10:00 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Calvo Barriuso E, Ariza Solé A, César Escobar E, Guerrero Morales C, Castillo Poyo R, Izquierdo Bernal S.

Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La adherencia terapéutica es un concepto multifactorial, imprescindible para la buena evolución en el infarto agudo de miocardio (IAM), patología donde el tratamiento medicamentoso es básico para evitar el reinfarcto, complicaciones, y control de otras enfermedades que pueden afectar como hipertensión arterial y diabetes. El porcentaje de adherencia terapéutica es bajo, principalmente en pacientes ancianos, sobre todo aquellos que viven solos o tienen algún síndrome geriátrico. La población anciana es un grupo de pacientes vulnerable a los que la Organización Mundial de la Salud, juntamente con la adherencia terapéutica dedica esfuerzos para mejorar en sanidad.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, no probabilístico consecutivo de pacientes ingresados por IAM mayores de 75 años. Se analizan variables de la historia clínica con entrevista con escalas de síndromes geriátricos como fragilidad, dependencia, demencia y riesgo de malnutrición. Análisis descriptivo con SPSS 18.0.

RESULTADOS

Se analiza una muestra 33 pacientes de una edad media de 81,91 años, 53,1% mujeres y 46,9% hombres. Previo al ingreso toman una media de 5,86 fármacos, siendo al alta de 9,31. El 36,4% eran diabéticos, 63,6% hipertensos y el 12,1% habían sufrido un infarto previo. Síndromes geriátricos: el 26,7% presentan una dependencia moderada y un 3,3% severa, deterioro cognitivo moderado un 12,5% y 6,3% severo y un 12,1% del total presentan fragilidad.

CONCLUSIONES

El anciano que ha sufrido un infarto agudo de miocardio es un paciente polimedcado, en un porcentaje considerable de casos, con deterioro cognitivo o dependencia. Pese a que la calidad de vida ha aumentado los últimos años, continúa siendo un paciente que puede cumplir parte de los factores de riesgo para no ser adherente respecto a la medicación, ya que tiene mayores necesidades que otros pacientes: dificultades para leer, falta de ayuda, dependencia,... y el gran número de medicamentos al alta dificulta el proceso de aprendizaje. Conocer los pacientes de riesgo de mala adherencia nos puede ayudar a establecer programas focalizados, con educación sanitaria enfermero para poder mejorar los

resultados en adherencia terapéutica y, por tanto, en disminución de complicaciones.

¿CÓMO VALORAN LOS PACIENTES LA TELECONSULTA DE ENFERMERÍA EN EL SEGUIMIENTO DE UN DISPOSITIVO CARDIACO IMPLANTADO?

Sábado 19 de octubre, 09:00 - 10:00 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Bombín González S, Rubio Sanz J, Sandín Fuentes MG, Gómez Salvador I, García Granja PE.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

INTRODUCCIÓN

La teleconsulta en estimulación cardíaca ofrece ventajas respecto a la visita presencial, cabe destacar la detección precoz de alteraciones en el dispositivo o arritmias cardíacas que el paciente pueda presentar sin que él se encuentre presente en la consulta, el mayor inconveniente que presenta es la pérdida de relación enfermera-paciente importante para la calidad asistencial. El objetivo principal del estudio es valorar la satisfacción que los pacientes tienen hacia este tipo de seguimiento.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. De los 509 pacientes nuevos incluidos en el programa de televigilancia en los últimos tres años, se ha extraído una muestra aleatoria simple de 100 pacientes. De manera telefónica se ha encuestado a los pacientes para conocer el grado de satisfacción que tienen hacia esta consulta.

RESULTADOS

De los 100 pacientes encuestados hubo un paciente que declinó contestar a la encuesta. El dispositivo que mayoritariamente tienen implantado es un Holter (51%) seguido del DAI (19%). La edad media es de 69±13 años, en su mayoría hombres (59%). El 100% manifestó haber recibido informes en el último año y el 88% refirió haber recibido por escrito documentación explicativa sobre el seguimiento remoto. El 99% observan beneficios con este tipo de seguimiento no presencial, además un 89% de los encuestados conocen a la persona de referencia en caso de necesidad. Los principales beneficios que mencionan son: desplazamiento (63%), tiempo ahorrado (36%), detección precoz y comodidad (ambos un 34%). En el 46% de los pacientes se ha detectado alguna alteración importante en el dispositivo y el 78% de ellos precisaron revisión. Los pacientes encuestados puntuaron el programa de televigilancia con una media de 9,4±0,6. El 100% de los pacientes no coordinarían seguimiento remoto+presencial.

CONCLUSIONES

Los pacientes encuestados están satisfechos con este tipo de seguimiento y no la complementarían con una revisión presencial, además sigue existiendo un vínculo entre enfermera-paciente aunque la forma de revisión sea diferente.

DELEGACIÓN DE FUNCIONES EN ENFERMERÍA: UNA REALIDAD POSIBLE, EFICAZ Y EFICIENTE

Sábado 19 de octubre, 09:00 - 10:00 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Díaz de Ávila Díaz JP, Curcio Ruigómez A, Del Barco Periañez C, García Huete ME, Calso Pardo A.

Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

INTRODUCCIÓN

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003) representa un marco normativo singular para el desarrollo de un ejercicio profesional colaborativo en un entorno de trabajo interdisciplinar con competencias y actuaciones compartidas. El servicio de cardiología de nuestro hospital ha delegado en el personal de enfermería la realización de la técnica de ecocardiografía, colocación e interpretación de los holter cardiacos, revisión de los marcapasos y DAI y la realización de los ECG de 12 derivaciones (en las TCAE's), a través de un proceso de formación, capacitación y evaluación de las competencias de estos profesionales.

METODOLOGÍA

Mediante un protocolo, aprobado en comisión de dirección, en el que se establecen los requisitos formativos, evaluación tras la formación y la delegación formal de la actividad. En ecocardiografía, las enfermeras realizaron un Máster de Técnico en Ecocardiografía. Esto permite poder realizar en el mismo acto la consulta médica y el ecocardiograma por enfermería. Se han planteado varias formaciones internas, acreditadas, para el resto de las actividades delegadas. En el protocolo se definen cada una de los requisitos formativos, de evaluación y de seguimiento de los resultados.

RESULTADOS

En octubre de 2016 se implementó la delegación en el servicio, implantándose progresivamente ECG por TCAE's, ecocardiografía por enfermería, revisión de marcapasos y lectura e interpretación de holter de forma autónoma. Comparando los datos de 2017 con 2018, se observa aumento de 6% número total de pacientes, aumento de alta resolución del 92% al 95% y disminución de índice de suc/prim de 3,09 a 3,07. En el centro donde enfermería realiza los ecos, en AR pasamos de un 89% al 96%, disminución de índice de suc/prim de 3,27 a 2,28, disminuyendo sucesivas sobre el total de 77% a 70%. Además se realizan 8.042 ECG en 2017 y 8.644 en 2018, 909 revisiones de marcapasos en 2018 y 1.209 holter en 2017 y 1.233 holter en 2018.

CONCLUSIONES

La nueva actividad no compromete la seguridad de pacientes y resulta eficaz, muy eficiente y permite el desarrollo profesional de la enfermería amparada en un marco legal. El personal médico, puede ser destinado a tareas de mayor complejidad. La actividad aumenta, los costes se mantienen, y la calidad percibida se aumenta por la mayor disponibilidad de los recursos. Se aumenta el grado de satisfacción de los profesionales implicados.

CASOS CLÍNICOS

Jueves, 17 de octubre de 10:45 a 11:45 horas.

Sala Diamante (Hotel Crowne). CASOS CLÍNICOS I

Moderadora:

Elena Escanciano Rodríguez. Carbajal de la Legua, León.

CASO CLÍNICO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA (EVP) PRECOZ POSTOPERATORIA

Jueves, 17 de octubre, 10:45 - 11:45 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Rúa Pérez MC, Papín Rivas MP, Amor Cambón J, Sabater Sánchez M.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN

La endocarditis aguda es una infección del endocardio producida por bacterias y caracterizada por la presencia de vegetaciones o verrugas sobre las válvulas nativas o protésicas. Provoca un gran deterioro funcional y puede resultar mortal. Objetivo: definir el proceso de una endocarditis infecciosa precoz sobre válvula protésica mitral en paciente con múltiples complicaciones quirúrgicas y elaborar un plan de cuidados utilizando el modelo de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 45 años con valvulopatía mitral reumática y recambio valvular mitral por prótesis mecánica y cierre de comunicación interauricular que en el postoperatorio precisó ventilación mecánica no invasiva y marcapasos provisional epicárdico como puente al definitivo; *leak* periprotésico con insuficiencia mitral moderada; neumonía nosocomial; endocarditis precoz sobre válvula protésica; anemia que precisó transfusión y fibrilación auricular paroxística anticoagulada con sintrom. Una vez estabilizada fue trasladada a la unidad de infecciosas para completar tratamiento antibiótico.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Aplicando la taxonomía de la NANDA-NOC-NIC identificamos como principales diagnósticos: ansiedad, intolerancia a la actividad, hipertermia, dolor agudo y deterioro del patrón del sueño. Indicadores: manifestará las dudas que le produce el proceso y pronóstico de la enfermedad, realización de actividades de la vida diaria (AVD) referidas, temperatura corporal dentro de los límites normales, utiliza signos de alerta para pedir ayuda y descansar físicamente. Intervenciones: disminución de la ansiedad, manejo de la energía, tratamiento de la fiebre, manejo del dolor y fomentar el sueño.

REFLEXIÓN

Las infecciones nosocomiales postquirúrgicas y, en particular, la endocarditis precoz sobre válvula protésica son complicaciones que pueden resultar mortales. La taxonomía NANDA-NOC-NIC nos permitió un correcto manejo enfermero. La paciente fue trasladada a la unidad de infecciosas para completar el tratamiento antibiótico sin datos de congestión, con energía para las AVD, afebril, con un patrón de sueño satisfactorio y el dolor bien controlado.

PACIENTE CON SÍNDROME DE AUSTRIAN. Y AHORA, ¿QUÉ HACEMOS?

Jueves, 17 de octubre, 10:45 – 11:45 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Ceballos Gandarillas E¹, Pérez Loza I¹, Losa García L¹, Alconero Camarero AR².

**1 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria);
2 Escuela Universitaria de Enfermería «Casa de Salud Valdecilla»,
Santander (Cantabria).**

INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa es una enfermedad poco frecuente, pese a los progresos en el tratamiento médico-quirúrgico, la mortalidad hospitalaria es alta. Un tipo de endocarditis, es el síndrome de Austrian (neumonía, endocarditis y meningitis neumocócica). Establecer un plan de cuidados para resolver las necesidades de salud reales y potenciales en un paciente diagnosticado de Síndrome de Austrian, siguiendo los pasos del método científico y apoyándonos en la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), así como en la Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC) para delimitar objetivos e intervenciones enfermeras.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 68 años diagnosticada de síndrome de Austrian, con lesiones cutáneas en los miembros inferiores de mala evolución. Ingresó en una unidad de cuidados de críticos cardiológicos con gran inestabilidad hemodinámica, sedoanalgesia y con ventilación mecánica por insuficiencia respiratoria y disminución del nivel de conciencia.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realizó una valoración por sistemas. Destacamos la presencia de las lesiones cutáneas tratadas de forma local por el equipo de enfermería. Diagnósticos enfermeros en la familia: (00146) Ansiedad r/c conocimientos deficientes m/p incertidumbre y confusión en la familia, NOC 0906 Toma de decisiones. NIC 5606 Enseñanza individual, 5230 Mejorar el afrontamiento. (00136) Duelo r/c la anticipación de la pérdida de una persona significativa m/p búsqueda del significado de la pérdida y sufrimiento. NOC 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia. NIC 7140 Apoyo a la familia. 5240 Asesoramiento. 4920 Escucha activa.

REFLEXIÓN

La paciente es sometida a recambio de válvula mitral tras 10 días de tratamiento antibiótico. La evolución de las lesiones cutáneas fue favorable tras los cuidados por parte del equipo de enfermería siguiendo el protocolo de la unidad. La enseñanza individual y mejorar el afrontamiento en la familia obtuvieron los siguientes PDR: Identifica información relevante de 1 a 4 en la escala Likert; Escoger entre varias alternativas 2 a 4. La escucha activa, el asesoramiento y el apoyo por parte de los profesionales consiguieron los siguientes PDR: controla los problemas familiares de 1 a 3, implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones de 2 a 3, y expresan abiertamente sentimientos y emociones de 2 a 4.

«VALVE IN VALVE» MITRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jueves, 17 de octubre, 10:45 – 11:45 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Parellada Vendrell M, Prat Masana M, Pérez Ortega S.
Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El implante de válvula mitral transcatóter ha surgido como una de las nuevas herramientas terapéuticas en el intervencionismo estructural. Es una alternativa para los pacientes con insuficiencia mitral primaria severa con riesgo quirúrgico alto. El objetivo es elaborar un plan de cuidados enfermero destinado a una paciente que se somete a este tipo de procedimiento siendo el primer caso en nuestro centro.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 75 años independiente para actividades básicas de la vida diaria. Antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, recambio valvular mitral biológico por cardiopatía valvular reumática en 2016. Ausencia de sintomatología clínica hasta inicio de 2019. Ingresó en la unidad de cuidados cardiológicos agudos derivada de consulta externa por disnea moderada, tos seca nocturna, ortopnea, edemas bimaolares, sin dolor torácico ni fiebre pero con antecedentes de extracción dentaria reciente. La ecocardiografía muestra insuficiencia mitral masiva. Una vez descartada etiología infecciosa, no siendo tributaria a cirugía por alto riesgo quirúrgico, se realiza «valve in valve» mitral percutáneo con buen resultado final. En el post-procedimiento se detecta descenso de hemoglobina con hipotensión bien tolerada precisando transfusión (hematoma profundo en muslo derecho) y deterioro función renal manteniendo diuresis.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

La valoración enfermera se realiza mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon. Siguiendo la taxonomía NANDA-NIC-NOC, los diagnósticos, resultados e intervenciones más relevantes son: NANDA 00026 Exceso de volumen de líquidos. NOC 0601 Equilibrio hídrico. NIC 4120 Manejo de líquidos. NANDA 00032 Patrón respiratorio ineficaz. NOC 0403 Estado respiratorio: ventilación. NIC 3350 Monitorización respiratoria. NANDA 00205 Riesgo de Shock. NOC 0802 Signos vitales. NIC 4044 Cuidados Cardíacos Agudos.

REFLEXIÓN

La restricción de líquidos consiguió un balance hídrico negativo que contribuyó a la depleción, mejorando los síntomas respiratorios y permitiendo llegar al implante en mejores condiciones. La monitorización de los signos vitales (previo y posterior al procedimiento) colaboró en la detección precoz y resolución de complicaciones. La paciente fue dada de alta a domicilio a los 7 días del implante.

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS PREVIOS A LA RETIRADA DE SOPORTE CIRCULATORIO EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO TERMINAL

Jueves, 17 de octubre, 10:45 – 11:45 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Moreno Tena AI, Sánchez Martín C, Lajara Giménez MA, López Iglesias N.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años cada vez se realza más el valor del cuidado humanizado por parte de los profesionales de enfermería, sobre todo en las áreas de cuidados intensivos, donde está constantemente aumentando la complejidad por terapias innovadoras e invasivas. Los avances científicos y tecnológicos han permitido una mayor esperanza de vida en los pacientes, pero esto secuestra una parte del tiempo dedicado al paciente y, a veces, podemos olvidar la parte humana de los cuidados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 64 años que ingresa en *shock* cardiogénico, al que se realiza coronariografía urgente e implantación de balón de contrapulsación intraaórtico. Persiste con disfunción ventricular severa, por lo que se coloca dispositivo de oxigenación por membrana extracorpórea y se inicia estudio pre-trasplante, el cual se desestima por hallazgo de carcinoma pulmonar y hepático. Tras comunicárselo al paciente y la familia, se decide realizar limitación del esfuerzo terapéutico. El paciente verbaliza la voluntad de contraer matrimonio con su pareja actual antes retirar el dispositivo.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se ha realizado la valoración de enfermería según las necesidades de Virginia Henderson con un plan de cuidados siguiendo la taxonomía de la NANDA, así como los NIC y NOC, destacando: 00214 Disconfort r/c síntomas relacionados con la enfermedad m/p incapacidad para relajarse. 1605 Control del dolor: Administración analgesia y sedación prescrita; Evaluación efectividad sedación/analgesia. 00066 Sufrimiento espiritual r/c muerte propia m/p ausencia de esperanza: 1606 Participación decisiones sobre asistencia sanitaria: Apoyo en la toma de decisiones; Facilitar cumplimiento voluntades (unirse en matrimonio con pareja actual). 00205 Riesgo de *shock* r/c bajo gasto e hipotensión. 0802 Signos vitales: Monitorización de signos vitales; Identificación de riesgos.

REFLEXIÓN

En los primeros momentos los cuidados enfermeros han estado destinados a la recuperación del paciente. Debido a la evolución del caso, se centran en la atención psicológica, espiritual, social del paciente y la familia, buscando los recursos necesarios para que se realice la boda en la UCI, y cumplir sus últimas voluntades, así como proporcionar la máxima calidad de vida hasta el final.

SHABÚ Y SU IMPACTO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Jueves, 17 de octubre, 10:45 – 11:45 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Saura Araguas J, Serrano Cabañero A, Sosa Tirado M, Roldán Grao I, Yus Mondejar L, Venturas Nieto M, Ajenjo Reyero P, Risco Patiño L, Villanueva Soto S.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El clorhidrato de metanfetamina, conocida como *shabú* o cristal, es una droga emergente en Europa asociada principalmente a la comunidad filipina. Su principal vía de consumo es fumada. Actúa a nivel del sistema nervioso central provocando un incremento de energía y del estado de alerta y euforia. El abuso crónico se relaciona con complicaciones cardiovasculares (hipertensión maligna, disección de aorta, infarto de

miocardio, hipertensión pulmonar, arritmias malignas por prolongación del intervalo QT y miocardiopatía), que son con frecuencia la segunda causa de muerte. El objetivo es realizar un plan de cuidados dirigido al paciente consumidor de *shabú*.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente natural de Filipinas residente en España con problemática social. Antecedentes patológicos de fumador, consumidor de *shabú* desde hace 10 años, enolismo, diabetes mellitus tipo II, insuficiencia renal crónica, miocardiopatía dilatada no isquémica, trastorno delirante persistente en seguimiento por Centro de Salud Mental de Adultos. Acude a urgencias por cuadro de disnea, ortopnea y empeoramiento de la clase funcional (II-III) de dos días de evolución, además presenta edemas en extremidades inferiores y distensión abdominal. No refiere dolor torácico, ni palpitaciones, ni mareo o síncope. Se orienta como insuficiencia cardíaca descompensada en contexto de miocardiopatía dilatada.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

0078 Gestión ineficaz de la propia salud. Prevención del consumo de sustancias tóxicas. Facilitar la autorresponsabilidad. 00146 Ansiedad. Disminución de la ansiedad. Aumentar el afrontamiento. 00126 Conocimientos deficientes. Prevención del consumo de sustancias nocivas. Enseñanza: proceso de enfermedad, precauciones cardíacas. 00079 Incumplimiento del tratamiento. Asesoramiento. Modificación de la conducta.

REFLEXIÓN

Hoy en día, las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las causas de muerte más frecuente en los países desarrollados. Por este motivo, se considera imprescindible el conocimiento de las manifestaciones clínicas y el impacto social que provoca. Como profesionales de enfermería, tenemos una visión holística de la persona, que nos debe mantener alerta, para detectar este tipo de situaciones y planificar los cuidados para promover la salud, realizando prevención primaria o secundaria.

CASO CLÍNICO: HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE UN TUMOR CARDIACO EN ADOLESCENTE

Jueves, 17 de octubre, 10:45 – 11:45 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Alba Saá F, Pacios Pacios MA.

Hospital Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

Acudir a una consulta médica programada, y en ella recibir la información de que requiere ingreso hospitalario para la realización de pruebas complementarias ante la sospecha diagnóstica de una patología cardíaca grave, puede suponer un estado de ansiedad e impotencia. Nuestro objetivo es establecer un plan de cuidados de enfermería para disminuir la ansiedad e impotencia de una paciente y de su entorno familiar tras el diagnóstico de una patología cardíaca grave.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 15 años con palpitaciones y disnea de mínimos esfuerzos que es remitida por su médico de Atención Primaria para su valoración por el servicio de cardiología. Tras realización de ecografía cardíaca

transtorácica se observa la presencia de una masa intraventricular, debiendo ingresar para tratamiento. El diagnóstico anatomopatológico es sarcoma pleomórfico, por lo que la paciente es derivada de forma urgente a un centro de referencia nacional para cirugía cardíaca. Posteriormente a la intervención presenta bloqueo auriculoventricular completo, y se le implanta un marcapasos definitivo. Las complicaciones persisten y debe ser trasladada de nuevo al centro de referencia en espera de trasplante cardíaco.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se realizó una valoración de enfermería según el modelo conceptual de Virginia Henderson, y se utilizó la taxonomía NANDA, NOC Y NIC para resolución del caso clínico. El diagnóstico principal fue ansiedad e impotencia, y las intervenciones de enfermería se basaron en la humanización de los cuidados.

REFLEXIÓN

Los continuos cambios en el estado físico de la paciente, y la aparición de nuevos diagnósticos y complicaciones cada vez más comprometedoras de su salud, obligaron a modificar continuamente sus líneas de tratamiento, ocasionándole a ella y a su entorno familiar ansiedad e impotencia. Podemos poner al alcance de los pacientes todos los medios técnicos y científicos disponibles, pero si no somos capaces de humanizar los cuidados que ofrecemos, habrá una parte de nuestra labor asistencial que no se desarrollará plenamente, y unas necesidades de los pacientes que no estarán cubiertas.

de este trabajo es presentar las intervenciones enfermeras realizadas para mejorar la adherencia al tratamiento en un paciente con IC.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 71 años, derivado tras ingreso hospitalario. Miocardiopatía dilatada, HTA, DM, EPOC. Se realizó valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, EHFScBS 53. Consciente, orientado, independiente para las AVD. CF II de la NYHA. Se realiza conciliación de la medicación y se detectan errores en la toma de medicación. Mala adherencia al régimen terapéutico: no hace dieta hiposódica ni realiza ejercicio. Vive solo.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Intervenciones enfermeras. Enseñanza medicamentos prescritos: mediante un calendario de adherencia personalizado. Reunión multidisciplinar sobre cuidados: se incluye al paciente en vía clínica de paciente complejo. Enseñanza proceso de la enfermedad: se realiza educación sanitaria sobre dieta y actividad física a la que acude la hija. Seguimiento telefónico: consulta por 2 episodios de descompensación. El paciente decide ir a vivir con hija, conoce la medicación y toma correctamente el tratamiento. Durante el periodo de seguimiento, no precisa atención en urgencias ni reingreso hospitalario.

REFLEXIÓN

La no adherencia al régimen terapéutico es una de las principales causas de reingreso hospitalario. Para mejorar la adherencia terapéutica el paciente debe adquirir un papel activo en el proceso de gestión de su enfermedad.

Viernes, 18 de octubre de 8:30 a 09:30 horas.

Sala Diamante (Hotel Crowne). CASOS CLÍNICOS II

Moderador:

José Miguel Rivera Caravaca. Murcia.

EVITAR LA HOSPITALIZACIÓN RECURRENTE TRABAJANDO LA DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Viernes, 18 de octubre, 08:30 – 09:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Cruzado Álvarez C, Benítez Ruíz F, Mezcua Robles M.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN

La falta de la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) es un problema frecuente que compromete la efectividad del mismo y se traduce en peores resultados en salud. La OMS define la adherencia terapéutica como «el grado en que la conducta de un paciente, en relación a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario». El objetivo

INSUFICIENCIA CARDIACA TRAS UN LINFOMA. CASO CLÍNICO

Viernes, 18 de octubre, 08:30 – 09:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Ramos González-Serna A, Mateos García MD, Martín Barrera R, Luque Mazuelos R.

Hospital Universitario Valme, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La cardiotoxicidad es la afección miocárdica provocada por la medicación antineoplásica. Constituye un efecto secundario muy importante del tratamiento contra el cáncer y es junto con las segundas neoplasias, la causa más frecuente de mortalidad en los largos supervivientes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 56 que ingresa en Cardiología desde consulta de hematología. Juicio clínico 1.º episodio de insuficiencia cardíaca 2.º a cardiotoxicidad con antraciclina. Antecedentes: Hipertensión arterial, dislipemia mixta, ateromatosis aortailíaca asintomática, linfoma difuso diagnosticado en 2018.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Tras valoración enfermera, de calidad de vida con el test de Minnessota, autocuidados y adherencia a fármacos, se elaboró plan de cuidados. Las intervenciones enfermeras aplicadas fueron adecuadas para la resolución de los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración surgidos. La paciente fue dada de alta y siguió revisiones por la unidad de insuficiencia cardíaca.

REFLEXIÓN

Es necesario intervenir antes, durante y después del tratamiento oncológico para prevenir o disminuir el impacto de la cardiotoxicidad. Las enfermeras dentro del equipo multidisciplinar del proyecto cardio-onco-hematología colaboran en la identificación y control de factores de riesgo cardiovascular, revisión de potenciales interacciones medicamentosas, educación sanitaria sobre hábitos de vida cardiosaludables y en mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN INTERVENCIONISMO ESTRUCTURAL COMPLEJO: TRATAMIENTO COMBINADO VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTÁNEA (VMP) Y CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA (CPOI) CON TROMBO EN SU INTERIOR

Viernes, 18 de octubre, 08:30 – 09:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Martínez Crespo J, Torres Saura F, Benito Agüera I, Costa Victorio FJ, Romero Vazquién M, Belda Cutillas JA, Arroyo Úcar E, González Ródenas L, Amores González N, García Serrano MC.

Hospital General Universitario de Vinalopó, Elche (Alicante).

INTRODUCCIÓN

La indicación de VMP para el tratamiento de la estenosis mitral sintomática (EMS) se mantiene en pacientes con trombo en el interior de la OI, cuando el paciente rechaza el tratamiento quirúrgico. Presentamos un caso donde realizamos un abordaje integral por vía percutánea: protección carotídea, VPM y CPOI para disminuir el riesgo embólico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente hipertenso, con fibrilación auricular permanente, exfumador desde 2016, con EMS y VMP hace 8 años. Recientemente reaparece clínica derivada de su valvulopatía y se plantea nueva VMP, pero en el estudio de imagen aparece trombo en OI. Tras 3 meses de ACO en rango alto (INR>3) este persiste. Se recomienda cirugía que el paciente rechaza. Por lo que se plantea abordaje percutáneo en tres etapas: 1) colocación de dispositivo de protección carotídea (SENTINEL®) por vía radial derecha; 2) VMP con balón INOUE de 28; y 3) implante de dispositivo LAMBRE® por permitir la liberación de este fuera de la OI, y de esta forma evitar remover el trombo presente.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Los cuidados van dirigidos a la preparación previa al procedimiento (consentimiento informado, ayuno, alergias, anticoagulación y función renal), a la preparación anestésica (administración de medicación ansiolítica y anestésica, intubación orotraqueal y sondaje vesical) y a la vigilancia hemodinámica durante el procedimiento (monitorización cardíaca, saturación de oxígeno, presión arterial invasiva, control del tiempo de coagulación activada, diuresis horaria) y vigilancia neurológica mediante índice biespectral (BIS), así como a preservar la asepsia del campo y material quirúrgico. El indicador de resultado principal será la estabilidad hemodinámica del paciente durante el procedimiento, especialmente en los momentos críticos del mismo, tales como en la punción transeptal, y en el posicionamiento y liberación del dispositivo.

REFLEXIÓN

Se cierra con éxito la OI, preservando la estabilidad hemodinámica del paciente durante todo el procedimiento y logrando evitar la migración del trombo en el momento del implante. El paciente es extubado en la sala de hemodinámica sin presentar focalidad neurológica (responde órdenes, moviliza extremidades y habla sin dificultad), y evoluciona favorablemente en la unidad de recuperación post-anestésica.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA A UN PACIENTE CON DISECCIÓN AÓRTICA

Viernes, 18 de octubre, 08:30 – 09:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Casadella Almar I, Ruiz Sierra M, Palau Durán M, Estébanez Montoya E, Sánchez Zálvez P.

Hospital Universitario Mútua de Terrassa (Barcelona).

INTRODUCCIÓN

La Disección Aórtica (DA) consiste en la creación de una falsa luz en la capa media de la pared de la aorta. La clínica más frecuente es dolor torácico severo súbito, desgarrante, pulsátil e irradiado hacia el cuello y la mandíbula junto con los cambios en el electrocardiograma. El objetivo es reflejar un plan de cuidados de enfermería personalizado al paciente que presenta una DA diagnosticada en hemodinámica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, insuficiencia renal crónica, neoplasia vesical, cardiopatía isquémica con stents convencionales, insuficiencia aórtica degenerativa moderada y portador de marcapasos. El paciente llega a la unidad de hemodinámica derivado del centro de salud primaria orientado como código Infarto Agudo de Miocardio (IAM). Durante el intervencionismo, se visualiza una falsa luz en aorta ascendente al intentar inyectar contraste en la coronaria izquierda. Hemodinámicamente el usuario se encuentra inestable con fluctuaciones de tensión arterial, sin llegar a precisar drogas vasoactivas. Se realiza ecocardiograma y tomografía computarizada urgente que evidencian DA tipo A y *flap intimal*. En consecuencia, se decide traslado inminente al hospital de referencia para cirugía cardíaca emergente.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se elabora la valoración del paciente según el modelo de Virginia Henderson. Se diseña un plan de cuidados individualizado con la taxonomía NANDA-NIC-NOC. El diagnóstico principal es ansiedad r/c la gravedad de la enfermedad m/p la verbalización de la preocupación de la situación. Siendo el resultado esperado (NOC) autocontrol de la ansiedad con las intervenciones (NIC) de escucha activa, apoyo emocional y disminución de la ansiedad.

REFLEXIÓN

Destacamos la importancia de las intervenciones de enfermería para favorecer la buena evolución clínica del paciente. La planificación de cuidados y la coordinación multidisciplinar, permitieron anticiparse a las posibles complicaciones y empeoramiento del estado del usuario.

ABORDAJE INTERDISCIPLINAR -ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA- DE UN PACIENTE JOVEN CON ANEURISMA DE AORTA Y MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA. CASO CLÍNICO

Viernes, 18 de octubre, 08:30 – 09:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Talavera Sáez A, Lizcano Álvarez A, Alonso Blanco C, Martínez Piédrola R, Velasco Furlong L, Peñacoba Puente C, Sánchez Herrera P, Gómez Gómez L, García Bravo C, Saleh El Kabar M.

Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón (Madrid).

INTRODUCCIÓN

El abordaje del paciente cardiovascular debe enmarcarse en un modelo proactivo y centrado en la persona; la intervención interdisciplinaria resulta interesante para la consecución de los autocuidados y la adherencia al plan. Este trabajo tiene por objetivo describir como la actuación conjunta de la Enfermería y la Fisioterapia mejora la calidad de vida del paciente, además de resaltar la importancia de las indicaciones precisas y holísticas del plan terapéutico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta a un varón de 52 años diagnosticado de miocardiopatía hipertrófica y aneurisma de aorta con FEVI normal, sin más antecedentes de interés.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Durante 8 semanas, se aborda el diagnóstico de Estilo de vida sedentario r/c carencia de recursos (información, destreza), obtenido a través de la valoración de los patrones de M. Gordon y aplicando el modelo área a los problemas hallados: sobrepeso, ansiedad, déficit de actividades recreativas. Se plantea la etiqueta NOC «Conocimiento: actividad prescrita» con los indicadores: restricciones prescritas de actividad, estrategias para el aumento gradual de la actividad prescrita, métodos para controlar la frecuencia cardíaca, realización adecuada de la actividad prescrita. Se traduce bajo la etiqueta NIC «Fomento del ejercicio» el entrenamiento quincenal, en el que participa fisioterapia. El trabajo aeróbico se realiza a intervalos regulares modificando intensidad, se comprueba la tolerancia al mismo mediante puntuación de Borg, frecuencia cardíaca y tensión arterial. De manera paralela, se realizan consultas individuales de enfermería para abordar diferentes temas. Las intervenciones se realizaron sin incidencias, destaca la motivación del paciente que favoreció la adherencia al plan. Los indicadores NOC alcanzaron su puntuación esperada (5), además el IMC disminuyó en 2,7 puntos y la frecuencia cardíaca descendió a valores cercanos a 50 lpm.

REFLEXIÓN

Es importante la indicación adecuada y precisa de las actividades que el paciente puede realizar tras un diagnóstico médico; la prohibición absoluta de ocupaciones satisfactorias, sin el ofrecimiento de alternativas, puede perjudicar su calidad de vida. Las intervenciones integrales para la adquisición de conocimientos y habilidades dirigidas al autocuidado y empoderamiento son importantes, siendo idóneo aunar competencias con las de otros profesionales para conseguir los objetivos de una manera efectiva.

PARO CARDIORRESPIRATORIO REFRACTARIO EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN: COLOCACIÓN *IN SITU* DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA CENTRAL

Viernes, 18 de octubre, 08:30 – 09:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Querol Vallés E, Venturas Nieto M, Prats Barrera J.
Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

En los pacientes sometidos a cirugía cardíaca que presentan parada cardiorrespiratoria (PCR) refractaria a reanimación avanzada, la colocación de un dispositivo de membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) mejora la supervivencia y disminuye los daños neurológicos. El objetivo es crear un plan de cuidados para resolver las necesidades y complicaciones a lo largo del proceso asistencial de un paciente postoperado complejo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón de 48 años con valvulopatía aórtica congénita que ingresa para sustitución de válvula aórtica electiva. A las 48 horas se traslada a la sala de cirugía cardiovascular. Al 4.º día presenta, de forma súbita, una PCR refractaria a soporte vital avanzado requiriendo la colocación de ECMO. Tras 7 días con ECMO es trasplantado con éxito.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

La valoración enfermera se realiza siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon en diferentes fases del proceso asistencial. Se elabora un plan de cuidados en cada fase siguiendo la metodología NANDA-NIC-NOC. La valoración realizada al tercer día muestra como diagnósticos enfermeros más relevantes el dolor agudo, estreñimiento y náuseas. Durante la inserción de ECMO en la sala cardiovascular se resuelven los problemas de colaboración derivados de la colocación del dispositivo en un espacio no habitual, gracias al equipo multidisciplinar de cirugía, anestesia, enfermería y perfusionistas. Mientras se mantiene con ECMO, una nueva valoración destaca los diagnósticos enfermeros de disminución del gasto cardíaco, riesgo de *shock* y deterioro de la movilidad física. Las actividades planificadas permiten un control del estado clínico del paciente, del dispositivo de ECMO y el mantenimiento íntegro de piel y mucosas. El día 40, en la sala de cardiología, la valoración enfermera muestra los diagnósticos de intolerancia a la actividad relacionada con la miopatía del paciente crítico e insomnio.

REFLEXIÓN

Mediante la rehabilitación y gracias al esfuerzo y a la actitud positiva del paciente, éste fue progresando satisfactoriamente. La valoración enfermera debe realizarse de forma continua y, siempre que exista un cambio brusco en el estado de paciente, para poder adecuar las actividades a sus necesidades y ofrecer unos cuidados continuados de calidad durante su proceso asistencial.

COMUNICACIONES MINI ORALES

Jueves, 17 de octubre de 12:00 a 13:30 horas.

Sala Diamante (Hotel Crowne). COMUNICACIONES MINI ORALES

Moderadora:

Sandra Isabel García Mora. Santa Cruz de Tenerife.

LA HIPOTERMIA TERAPÉUTICA TRAS PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA

Jueves, 17 de octubre, 12:00-13:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Miguel Gómez P¹, Alfageme Sastre E², García Casares M², González Cebrián M¹, Miguel Gómez C³, Pérez Monzálviz M³.

1 Hospital Universitario de Salamanca; 2 Hospital Universitario de Salamanca; 3 Hospital Virgen de la Concha, Zamora.

INTRODUCCIÓN

En España se producen al año más de 24.500 paradas cardíacas extrahospitalarias, en la actualidad y a pesar de varios ensayos que lo ponen en evidencia, diferentes sociedades científicas como la AHA (American Heart Association), ERC (European Heart Association) o ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) recomiendan la utilización de Hipotermia Terapéutica (HT) en pacientes con Glasgow <9 para evitar complicaciones neurológicas y mejorar la supervivencia tras una parada cardíaca extrahospitalaria secundaria a ritmo desfibrilable. El objetivo es elaborar un protocolo de HT para unificar cuidados y controlar posibles complicaciones. Mejorar la actuación del personal de enfermería y con ello la calidad de los cuidados, proporcionando una atención más segura.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en las bases de datos: Cochrane, PubMed, MEDLINE, CUIDEN y SciELO. Utilizando como palabras clave: hipotermia, parada cardiorrespiratoria, extrahospitalaria. Y delimitando la búsqueda a los últimos 10 años.

RESULTADOS

Con la HT se debe alcanzar una temperatura entre 32-34°, mantenida durante 12-24 horas y evitar fluctuaciones. Enfriamiento: Comenzar lo antes posible. Descenso de 1-1,3° C/hora hasta alcanzar la temperatura objetivo. Rewarming o calentamiento: Se recomienda un ritmo de 0,25-0,5°C/hora. Nunca superar los 0,5°C/hora. Normotermia durante al menos 24 horas. Registrar hora de inicio, ritmo, hora en la que se alcanza la temperatura objetivo, hora en la que comienza normotermia. Método empleado para enfriamiento. Monitorización continua de FC, PA, PVC, FR, SpO2 y Temperatura. Control de diuresis horaria. Evitar y controlar las complicaciones de la HT: Cardiovasculares. Hidroelectrolíticas. Coagulopatías. Escalofríos. Hipertermia de rebote. UPP.

CONCLUSIONES

Numerosos estudios apoyan la evidencia científica de la HT, el personal de enfermería debe estar preparado para ello, por lo que es importante la elaboración de un protocolo unificado. Todas las complicaciones que citan los diversos autores son previsibles y el papel de enfermería es clave. Es importante conocer los efectos adversos para poder evitarlos.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CORONARIAS EN PACIENTES PORTADORES DE DAVI TIPO IMPELLA®

Jueves, 17 de octubre, 12:00-13:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Burguillo López MI, López Sánchez MM, Carreño Sánchez RS, Wallia Marcos MC, Núñez López JC.

Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de bajo gasto cardíaco como complicación tras el procedimiento de ACTP en pacientes con SCACEST, se caracteriza por una mala contractilidad de ventrículo izquierdo, requiriendo el apoyo de altas dosis de fármacos vasoactivos y el uso de BCIA. La asistencia circulatoria mediante dispositivo miniaturizado tipo Impella®, que se utiliza como apoyo hemodinámico, sirve para completar el vacío existente entre el BCIA y los dispositivos de asistencia extracorpóreos. Teniendo en cuenta la complejidad del dispositivo, los cuidados en la integridad de la piel, el riesgo de infección, el riesgo de hemorragia, las complicaciones vasculares y neurológicas, son necesarios los cuidados de enfermería para conseguir la recuperación del paciente. Desarrollamos un plan de cuidados en pacientes portadores de DAVI, según taxonomía NANDA, NIC, NOC. Así mismo definimos las intervenciones de enfermería en las probables complicaciones.

METODOLOGÍA

Revisión de los casos surgidos en los años 2018 y 2019 en nuestra unidad, valorando las complicaciones surgidas como hemorragias, afectación vascular, infecciones etc. Así como las principales intervenciones.

RESULTADOS

Con la aplicación de un plan de cuidados protocolizado, se valoró las principales intervenciones de enfermería: evaluación de circulación periférica, vigilancia neurológica, monitorización hemodinámica, presencia de hemólisis, cuidado aséptico del catéter e integridad de la piel. Los indicadores de resultados valorados respecto a la efectividad de la bomba cardíaca son: estado circulatorio, coagulación sanguínea, riesgo de infección y vigilancia circulatoria: perfusión tisular de las extremidades inferiores.

CONCLUSIONES

Es incuestionable la importancia de un plan de cuidados estandarizado para el manejo de forma segura y eficaz en el uso del DAVI, ofreciendo confianza y seguridad al paciente. Y así poder detectar y solucionar las posibles complicaciones que puedan surgir.

UNIFICACIÓN DE CRITERIOS EN LA CURA DEL DRIVELINE

Jueves, 17 de octubre, 12:00-13:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: González Cebrián M, Álvarez Castello MS, García Casares M, Miguel Gómez P, Toro Maldonado J, Torrecilla Jiménez M.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) es un problema de salud a nivel mundial. En

España, la prevalencia es del 7-8% en mayores de 45 años aumentando a un 10-20% a partir de los 75 años. Es la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años y la cuarta causa de mortalidad, aumentando las cargas de trabajo y el gasto sanitario. Ante la IC avanzada, refractaria a tratamiento convencional, una alternativa terapéutica son los dispositivos de asistencia ventricular izquierda (DAVI). Nos planteamos como objetivo unificar los criterios en la cura del *driveline* en los pacientes portadores de DAVI en la unidad coronaria (UC) para evitar las infecciones del mismo, ya que son una de las principales complicaciones de este dispositivo.

METODOLOGÍA

Creación del grupo de trabajo *driveline* en nuestro centro. Revisión bibliográfica de las principales bases de datos, protocolos de la unidad y centros de referencia.

RESULTADOS

Desde finales del 2014 hemos tenido 7 pacientes portadores de DAVI, por lo que decidimos elaborar un procedimiento de cura específico en el *driveline*. Durante el post-operatorio precoz se realizará cada 24 horas si el apósito está limpio. Pasada la primera semana se alargará la frecuencia cada 3-4 días. Procedimiento: Técnica estéril (uso de gorro, bata, mascarilla, guantes, pinzas y tijeras). Clorhexidina acuosa al 2% como antiséptico de elección en punto de inserción y *driveline*. No emplear pomadas antibióticas. Evitar tirones del cable conductor y de la piel durante la cura. Vigilancia de la integridad de la piel. Registro fotográfico diario. Sujeción a piel del *driveline* con apósito de inmovilización.

CONCLUSIONES

La formación del personal de enfermería y la unificación de los criterios a la hora de realizar la cura disminuyen el riesgo de infección en los pacientes portadores de DAVI. El registro fotográfico de la cura favorece el seguimiento y la evolución de la herida por todo el personal de la unidad. La elaboración de un procedimiento de cura en la UC y compartido con la unidad de hospitalización, favorece la comunicación entre todo el equipo, la seguridad del paciente y una mayor calidad en los cuidados del *driveline* reduciendo al mínimo el riesgo de infecciones.

GUÍA DE ACOGIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS CARDIACOS

Jueves, 17 de octubre, 12:00-13:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Calvo Haro E¹, Paniagua Roncero F¹, Arroyo Rodríguez G¹, Sánchez Fernández LM², Sánchez Alonso MT¹, Cabañas Patiño MA¹.

1 Hospital Virgen de la Salud, Toledo; 2 Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

INTRODUCCIÓN

El ingreso en un centro hospitalario y la espera de un proceso quirúrgico puede suponer en el paciente y en la familia sentimientos de miedo, ansiedad e incertidumbre que podrían reducirse con la información adecuada acerca del proceso. La instauración de la guía de acogida ofrece oportunidades para desarrollar la relación de confianza profesional-paciente, facilitando la comunicación entre ambos, así como

la participación del paciente en sus propios cuidados. Nuestro objetivo es promover que el paciente/familia reciba información completa y comprensible sobre su enfermedad, el proceso asistencial, los riesgos que conlleva y como prevenirlos, reduciendo los sentimientos negativos derivados del desconocimiento de la situación postoperatoria inmediata.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica y desarrollo de guía de acogida en forma de tríptico con información clara, completa y fácilmente comprensible sobre su proceso asistencial y los riesgos que conlleva, favoreciendo su participación activa en el mismo. La guía se entrega el día previo a la cirugía por el personal de enfermería procedente de la unidad, pudiendo resolver las dudas que surjan.

RESULTADOS

Nuestras intervenciones van encaminadas a mejorar el nivel de información del paciente y la familia de todo el proceso postoperatorio inmediato, por lo que el indicador de resultados utilizado es una encuesta de satisfacción con escalas Likert.

CONCLUSIONES

La Guía de Acogida resulta una herramienta útil y de bajo coste que produce satisfacción en el paciente y la familia, ya que le permite conocer su enfermedad, los procedimientos que se llevarán a cabo y el funcionamiento de la unidad, así como hacerle participe en sus propios cuidados desde el primer momento. No obstante, exige una dedicación de tiempo y esfuerzo por parte del personal, muchas veces superada por la sobrecarga de trabajo de la Unidad.

MANEJO ENFERMERO DE LOS SISTEMAS DE CANULACIÓN DE ECMO EN LA UNIDAD CORONARIA

Jueves, 17 de octubre, 12:00-13:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: García Casares M, Miguel Gómez P, Alfageme Sastre E, González Cebrián M.

Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

La oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) es una asistencia de corta duración, la cual es utilizada como soporte vital en patologías de origen cardíaco o respiratorio graves potencialmente reversibles y refractarias al tratamiento convencional durante un periodo corto de tiempo (días o semanas). Dicha terapia puede ser utilizada como puente a la recuperación o como mantenimiento de la estabilidad hemodinámica del paciente hasta el trasplante o la implantación de otra asistencia a largo plazo. Esta asistencia necesita para su implantación un sistema de canulación que precisa de unos cuidados de enfermería específicos. Como objetivo nos planteamos unificar los cuidados de enfermería de las cánulas del dispositivo ECMO.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica exhaustiva y análisis de los distintos protocolos.

RESULTADOS

Debido al incremento de la utilización de estos dispositivos en los últimos años en la Unidad Coronaria (UC) se pretende unificar los criterios de los cuidados de enfermería de la siguiente forma: Se realizará una cura estéril cada 24h. En presencia de signos de infección se aumentará

cada 12 h y en presencia de sangrado activo o apósito manchado se realizará tantas veces como precise. Limpieza de piel con clorhexidina al 2% sin alcohol. Se vigilará el sangrado y los signos de infección. Se medirá y se controlará el posible desplazamiento de las cánulas. Se utilizará siempre un dispositivo de inmovilización. Vigilancia en cada turno de la aparición de coágulos en las cánulas.

CONCLUSIONES

La unificación de los criterios a la hora de valorar los riesgos y los cuidados de enfermería de las cánulas de los dispositivos ECMO ayudará a mejorar la práctica clínica enfermera, aumentando la seguridad de los pacientes y de los propios profesionales al poder prevenir las posibles complicaciones.

MÉTODO LEAN: UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA ORGANIZACIÓN DE LOS PROCESOS

Jueves, 17 de octubre, 12:00-13:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Poyatos Manrubia S, Bernadó Prats C, Sanchís Ruiz L, Calle Gascón X, Díaz García MT, Sánchez M, Vidal Hagemeyer B.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El método *Lean Healthcare* es una metodología de mejora continua de los procesos y en el que participan todos los profesionales implicados en dichos procesos. En nuestro gabinete de ecocardiografía detectamos largas esperas de los pacientes y distribución irregular del trabajo con picos durante la jornada laboral. Objetivos: identificar las causas que interrumpen el flujo de trabajo con el objetivo final de mejorar el proceso «hacer una ecocardiografía» y reducir las esperas de los pacientes, mejorando así la satisfacción de los mismos como también de los profesionales.

METODOLOGÍA

Siguiendo la metodología Lean formamos un grupo de trabajo con profesionales de todas las categorías (administrativos, enfermeros, médicos, técnicos, camilleros), hicimos el registro de la actividad de cada uno de ellos, y la descripción del proceso (mapa del flujo de valor o «*value stream mapping*») para detectar los puntos de mejora.

RESULTADOS

Se identificaron tres grandes grupos de problemas: las interrupciones, problemas de gestión visual y esperas demasiado largas de los pacientes. Modificando las pautas de trabajo se minimizaron las interrupciones, se mejoró la señalización en el gabinete de ecocardiografías y mejoramos la comunicación interdisciplinar. Con todo ello se consiguió mejorar el flujo de trabajo.

CONCLUSIONES

La aplicación de la metodología Lean en la reorganización de procesos sanitarios ha sido útil en el gabinete de ecocardiografías, reduciendo los tiempos de espera y aumentando la satisfacción de los pacientes y de los profesionales.

ALGORITMO DIFERENCIAL DEL SÍNCOPE CARDIOGÉNICO FRENTE AL SÍNCOPE NEUROMEDIADO O REFLEJO Y SÍNCOPE DE HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA

Jueves, 17 de octubre, 12:00-13:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autos: Adán Lledín D.

Hospital Quirón, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo pretende establecer un algoritmo diferencial que permita realizar un correcto triaje en el servicio de urgencias por parte del personal de enfermería respecto a los síncope cardiogénicos. Dado que hay riesgo de sobrereactuar con los pacientes cuando la causa es benigna aumentando el coste o, por el contrario, infravalorar la gravedad del paciente omitiendo el diagnóstico de causa grave y frecuentemente tratables. Como objetivo principal a llevar a cabo es la creación de un algoritmo para descartar un posible síncope cardiogénico. Como objetivo secundario poder aplicar este algoritmo en las urgencias, así como establecer que la enfermera de triaje sea capaz de diferenciar el síncope cardiogénico de manera rápida por su alta gravedad.

METODOLOGÍA

Para la realización de este estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos encontrados en PubMed, LILACS, CINAHL, SciELO, Dialnet y Elsevier. A parte se han utilizado recursos procedentes de la Sociedad Europea de Cardiología, Sociedad Española de Cardiología, la Fundación Española del Corazón y la OMS.

RESULTADOS

Las preguntas buscan diferenciar un síncope de un pseudosíncope. Una vez comprobado que estamos frente a un síncope, un segundo paso es establecer si la causa es conocida y no es cardíaca o si, por el contrario, es conocida y si es cardíaca o no se conoce pero hay riesgos cardiovasculares asociados. Esta parte es importante, ya que según el riesgo que el paciente pueda tener, la morbimortalidad aumenta o disminuye notablemente. Todo esto debe ir acompañado por la toma de unas constantes básicas como son la SatO₂, FC y TA.

CONCLUSIONES

Se pretende guiar al personal de enfermería en base a los signos y síntomas que ha presentado y/o presenta el paciente en ese momento, para que se le realice una evaluación médica. Agilizamos el peticorio de pruebas, sus resultados y su tratamiento; agilizamos la monitorización de constantes y un ECG constante donde quedan registradas todas las alteraciones electrocardiográficas; conseguimos que el paciente no sea retriado y evitamos la utilización de recursos de manera errónea y por duplicado, reduciendo los costes.

NUEVO CIERRE DEL ACCESO FEMORAL PERCUTÁNEO EN LA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA: DISPOSITIVO MANTA

Jueves, 17 de octubre, 12:00-13:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Fuentes Martínez M¹, Fradejas Sastre V¹, Benito Alfonso M¹, Sáinz González M¹, García López G¹, Veiga Fernández G¹, García Camarero T¹, De la Torre Hernández JM¹, Uslé Gómez AM², Saiz Fernández G¹.

**1 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria);
2 Centro de Salud Camargo Costa, Maliaño (Cantabria).**

INTRODUCCIÓN

En los últimos años existe un aumento del número de implantes transcáteter de prótesis valvular aórtica que ha permitido una mayor experiencia, mejora de diseño y reducción de calibre de los introductores. El dispositivo MANTA es un cierre de acceso femoral percutáneo que consiste en una unidad de ácido poliláctico (intraarterial), un «pad» de colágeno bovino (extraarterial), sutura de poliéster que conecta ambos y una fijación de acero inoxidable. Dos medidas de 14F y 18F permiten cerrar diámetros externos máximos de hasta 18F y 25F respectivamente. El objetivo es valorar la idoneidad, seguridad y eficacia del dispositivo MANTA como solución al desafío del cierre de grandes arteriotomías.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en bases de datos especializadas.

RESULTADOS

En los cinco estudios revisados se objetiva una hemostasia rápida y tasas de complicaciones bajas. El gráfico refleja los resultados del estudio más significativo. Para su éxito debemos asegurar una tensión sistólica <180mmHg y una leve presión en el punto de punción durante aproximadamente 20 m. Asegurar mediante angiografía en planos ortogonales la óptima colocación y sellado. Reabsorción de materiales a los seis meses, a excepción de sutura metálica que fija y marca el punto de punción. Los cuidados de enfermería incluyen: Valorar constantes. Signos y síntomas de sangrado. Presencia de hematoma y pulsos distales. Coloración y temperatura de la extremidad. Signos y síntomas de sangrado retroperitoneal.

CONCLUSIONES

El sistema de cierre MANTA es una opción sencilla, segura y eficaz para el cierre vascular de arteriotomías de gran calibre con hemostasia rápida y bajos índices de complicaciones. Unos óptimos cuidados de enfermería son necesarios para la detección precoz de eventuales complicaciones.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS NO INVASIVAS DE CARDIOLOGÍA REALIZADAS FUERA DEL AMBIENTE HOSPITALARIO POR ENFERMERÍA ESPECIALIZADA. VIABILIDAD Y SEGURIDAD

Jueves, 17 de octubre, 12:00-13:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: López Roldán AM, Mora Pérez JG, González Guillén I, Jacinto del Castillo Espinosa B, Pelegrí Ferrer F, Moreno Sanfiel JR, Quijada Fumero

A, Dorta Macía C, Hernández Afonso JS.

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

INTRODUCCIÓN

La lista de espera de pruebas complementarias no invasivas de cardiología es un problema fundamental en gestión sanitaria. La posibilidad de que enfermería especializada lidere la deslocalización de las pruebas para la realización de éstas fuera del hospital, en un edificio de Consultas de Atención Especializada (CAE), no ha sido explorado en muchos centros de nuestro entorno. Presentamos los resultados preliminares del proyecto.

METODOLOGÍA

Una enfermera con experiencia en hemodinámica y electrofisiología recibe durante tres meses una formación específica en Prueba de Esfuerzo (PE), Ecocardiografía de Estrés (EE) y análisis de Holter EKG de 24 horas (H). Posteriormente comienza en una consulta específica en CAE autogestionada (las citas y gestión de pacientes de lista de espera las realiza enfermería). Las EE se citan en función de disponibilidad de cardiólogo, de lunes a jueves se citan H, realizándose la lectura en el mismo día y los días sin EE se citan PE realizadas por enfermería y con validación simultánea del informe por un cardiólogo en una consulta contigua a la sala de pruebas complementarias. Se ha creado un protocolo de supervisión y derivación a urgencias hospitalarias en caso de complicaciones.

RESULTADOS

Desde el 1 de febrero al 30 de abril de 2019 se ha registrado la actividad. Se han realizado 98 EE, 92 PE y colocado y analizado 304 H. Todas las EE se han realizado con cardiólogo, todas han sido de ejercicio y solo se han completado con atropina en 13 pacientes, siendo positivas 19 del total. La realización e informe de H dependía exclusivamente de enfermería y en caso de detección de bradi o taquiarritmias significativas se contacta con el cardiólogo peticionario (5 pacientes se decidió cambio en la actitud terapéutica en el mismo acto). Todas las E las ha realizado enfermería, siendo positivas 6, sin complicaciones destacables y con una única derivación al hospital por cuadro presincopal con hipotensión, que fue dado de alta el mismo día de su llegada a urgencias.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería con entrenamiento específico en atención cardiovascular puede autogestionar pruebas complementarias no invasivas fuera del ambiente hospitalario de forma viable y segura. Si se confirman estos datos preliminares, este es un modelo de atención cardiológica que puede ser exportado a otros centros de nuestro entorno.

EDUCAR AL PACIENTE Y FAMILIA EN ESPERA DE TRASPLANTE CARDIACO: UN RETO DESPUÉS DEL TRASPLANTE

Jueves, 17 de octubre, 12:00-13:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Naya Leira C, Riveiro Rodríguez MC.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN

El trasplante cardiaco (TC) es la consecuencia de una enfermedad

cardiaca terminal. La progresión de la insuficiencia cardiaca frecuentemente produce en el paciente limitaciones para el autocuidado. Paciente y familia se encuentran ante una situación de vulnerabilidad y necesitan soporte, por lo que es importante saber qué factores pueden inhibir el proceso, por ese motivo la educación para la salud es una herramienta que debe ir más allá de dar información para el manejo de los pacientes antes y después del TC. La enfermería, como parte integrante de un equipo multidisciplinar, juega un papel importante en la etapa pretrasplante para conseguir, a través de un programa educativo estructurado, cambios para un nuevo estilo de vida. El objetivo es empoderar a paciente/familia en proceso de espera de TC.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en bases de datos especializadas, revista de enfermería en cardiología. Desarrollar un plan de cuidados siguiendo el modelo de necesidades de V. Henderson y taxonomía NANDA-NIC-NOC.

RESULTADOS

Realizar una valoración integral del paciente y cuidador para detectar necesidades educacionales. Previo al TC pasan una consulta con psicólogo y otra con trabajo social (cuestionario DUKE-UNC, MOS). Valorar grado de adherencia (cuestionario Morisky green) y calidad de vida (SF-36). Sistemas de apoyo y entorno (Índice de Barthel, Test de Pfeiffer, Zarit) para conocer la capacidad del paciente y familia, el grado de dependencia y motivación. Charlas informativas individuales, corta duración, a través de folletos y manuales sobre la espera y guía para pacientes sobre el TC.

Evaluar los conocimientos y capacidades del paciente después de recibir la información a través de un cuestionario *ad hoc*. En el caso de los pacientes que van a recibir un TC en situación urgente, el cuestionario se puede realizar al cuidador principal.

CONCLUSIONES

La intervención educativa de enfermería en espera de TC es necesaria para lograr que el paciente aprenda a autocuidarse con el apoyo de la familia, permitiendo gestionar la seguridad del paciente al disminuir su ansiedad y su miedo.

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LEVOSIMENDÁN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Jueves, 17 de octubre, 12:00-13:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Escanciano Rodríguez E, Sánchez Bustelo A, Díez Sierra M, Calleja Cuervo P.

Complejo Asistencial Universitario, León.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) constituye un problema de gran magnitud en nuestra sociedad. El levosimendán es diferente al resto de inotrópicos y aporta beneficios clínicos en pacientes con IC. No existe una uniformidad en los protocolos de infusión del levosimendán utilizándose de manera más habitual la administración de un ciclo durante 24h, precisando el ingreso del paciente.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la fisiopatología de la IC así

como de sus manifestaciones clínicas, los medios diagnósticos y los tratamientos que se utilizan.

RESULTADOS

El material necesario para la administración de levosimendán es el siguiente: bomba de perfusión, equipo de administración intravenosa, vía venosa periférica o vía central, fármaco.

Antes de iniciar la perfusión: confirmar prescripción del tratamiento y dosis en Hª clínica, informar al paciente y a la familia de la administración y posibles efectos adversos, registro de FC, TA y peso del paciente, control y evaluación de los síntomas de descompensación, canalización de VVP y extracción de analítica de sangre.

Inicio de perfusión: diluir la dosis de fármaco pautado en 500 cc de SG5%, una vez reconstituido utilizar en las siguientes 24h, controlar TA y FC cada 30' hasta alcanzar dosis máximas y después controles horarios, si TAS < 90 mmHg asintomático disminuir ritmo de infusión y reevaluar, si TAS < 90 mmHg en paciente sintomático avisar, suspender perfusión y reevaluar, monitorización cardiaca, control de diuresis y registro en evolutivo de enfermería del inicio de la perfusión.

Posteriormente al tratamiento: la duración de la perfusión de levosimendán recomendada en pacientes con descompensación aguda de IC crónica severa es de 24h, registro en evolutivo de enfermería de la finalización de la perfusión, tras la suspensión mantener al paciente en observación, los efectos hemodinámicos persisten durante al menos 24h y hasta 9 días después de suspender la perfusión, se recomienda un control de diuresis de al menos 3 días posteriores a la perfusión y en pacientes con Insuficiencia Renal o Insuficiencia Hepática leve o moderada, hasta 5 días.

CONCLUSIONES

El protocolo se presenta con el propósito de aportar una herramienta que contribuya a la mejora de la prestación de cuidados en la práctica asistencial y a la garantía de seguridad en la atención al paciente.

PLAN DE CUIDADOS INMEDIATOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE INTERVENIDO DE TRASPLANTE CARDIACO

Jueves, 17 de octubre, 12:00-13:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Fuenzalida Inostroza C, Morante M, Gil Lancharro B, Calderón S. Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El trasplante cardiaco es una cirugía compleja con una supervivencia del 95% el primer año. La situación crítica en el postoperatorio inmediato y la ausencia de un documento estandarizado de los cuidados de enfermería en nuestro hospital plantea la necesidad de confeccionar un protocolo de atención de enfermería, para garantizar cuidados integrales y de calidad. El objetivo es crear un programa normalizado de trabajo (PNT) con las fases del proceso de atención de enfermería en el paciente sometido a trasplante cardiaco en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de la evidencia científica en diferentes bases de

datos: PubMed, Cochrane, CINAHL, CUIDEN, Cuidatge, además de analizar los protocolos médicos del centro asistencial.

RESULTADOS

Se desarrolló un PNT con las diferentes etapas del proceso de atención en el postoperatorio inmediato en la UCI. El PNT se organizó en función de dos etapas: previa a la recepción del paciente y durante su estancia en UCI. Preparación previa a la recepción del paciente: Preparación del box (individual, aislado), equipos (ventilador mecánico, óxido nítrico, bombas de infusión) material de asilamiento y medicación específica para la recepción del paciente (isoproterenol).

Durante la estancia en UCI: Monitorización invasiva (hemodinámica, gasto cardíaco, presión arteria pulmonar, presión capilar pulmonar), control y cuidados de la ventilación mecánica, drenajes y catéteres, control de la diuresis y balance hídrico. Vigilancia y control de las posibles complicaciones (sangrado, infección, signos de rechazo agudo del injerto). Manejo y manipulación de la medicación específica del trasplantado (inmunosupresores, drogas vasoactivas).

CONCLUSIONES

El personal de enfermería dispondrá de un documento estandarizado para el manejo adecuado del paciente sometido a trasplante, y así poder detectar posibles complicaciones, consiguiendo unos cuidados integrales y de calidad. El paciente sometido a trasplante cardíaco requiere de personal de enfermería cualificado y preparado para asegurar un proceso asistencial de calidad. El PNT accesible, actualizado y estandarizado podría fomentar una atención segura y de calidad a los pacientes trasplantados de corazón.

PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE LEVOSIMENDÁN EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIACA

Jueves, 17 de octubre, 12:00-13:30 h. Sala Diamante (Hotel Crowne).

Autores: Soriano Rodríguez C, Betoret Muntalà L, Moliner Abós C.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El levosimendán es un fármaco inotrópico utilizado en hospitalización en diferentes contextos clínicos y servicios asistenciales. Presenta unos potenciales efectos adversos graves, que requieren una sistematización en la selección del paciente candidato, monitorización durante la administración y conocimiento de la conducta a seguir en caso de la aparición de los mismos. El objetivo es crear un protocolo con las consideraciones específicas que se deben tener presentes para conseguir una administración segura de este fármaco.

METODOLOGÍA

El protocolo ha sido desarrollado a partir de la revisión de la evidencia científica presente en guías de práctica clínica y artículos científicos de menos de 5 años. La información ha sido consensuada con el equipo de enfermería de hospitalización de cardiología, el equipo médico de cardiología y cirugía cardíaca y el servicio de farmacia. Se ha utilizado el formato institucional de nuestro centro. El documento consta de la descripción del fármaco, sus indicaciones y contraindicaciones, la posología, las consideraciones específicas durante la perfusión, el algoritmo práctico y los indicadores de evaluación.

RESULTADOS

Con las indicaciones del protocolo se espera conseguir una evaluación

clínica del paciente, estableciendo prioridades asistenciales con la finalidad de lograr intervenciones correctas, que garanticen la seguridad del paciente y una actuación sistematizada, eficaz y rápida.

CONCLUSIONES

Dadas las características específicas del fármaco mencionado, consideramos que la creación de un protocolo multidisciplinar unifica criterios y mejora la seguridad en la administración de levosimendán.

HUB PÓSTER

Pósters expuestos durante todo el congreso en los paneles indicados.

Viernes, 18 de octubre de 09:45 a 11:20 horas.

HUB PÓSTER - ZONA PÓSTER

Moderadores:

Ester Bertolí Inglés. Barcelona.

Francisco Javier Delgado Sánchez. Barcelona.

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIERRE DE LEAK PERIVALVULAR POR VÍA PERCUTÁNEA

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster

Panel 546.

Autores: Capote Toledo ML, Moyano Muñoz-Reja JA, Tena Chacón JJ, Barriga Gómez MD, San José MM, Gacimartín García R, Macaya Miguel C.
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La presencia de dehiscencias perivalvulares tras la cirugía de sustitución valvular es una complicación poco frecuente [2-10% prótesis en posición aórtica y 7-17% de las mitrales] que depende de la técnica de sutura, friabilidad de los tejidos, de la calcificación anular severa o tras endocarditis. La mayor parte de las veces, estas fugas periprotésicas son pequeñas y no tienen consecuencias clínicas, pero en algunas ocasiones producen hemólisis severas que requieren transfusiones repetidas o si son demasiado grandes, insuficiencia cardíaca no controlado con tratamiento médico. El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad, seguridad del procedimiento y la evolución a largo plazo.

METODOLOGÍA

Entre febrero de 2009 y enero de 2018, se incluyeron todos los pacientes que se programaron para el cierre de leak perivalvular tanto mitral como aórtico. Se analizaron la evolución clínica tanto hospitalaria como a largo plazo y las complicaciones del procedimiento de todos los pacientes sometidos a cierre de fugas perivalvulares.

RESULTADOS

Se realizaron 128 procedimientos (115 cierre leak mitral y 17 cierre leak aórtico) en 91 pacientes ya intervenidos quirúrgicamente y/o con muy alto riesgo quirúrgico. Se obtuvo éxito en el procedimiento en 106 pacientes con una marcada mejoría de la clase funcional y de los parámetros de laboratorio. En 22 casos el procedimiento resultó fallido.

CONCLUSIONES

Estos datos apoyan la reparación percutánea como parte de una estrategia terapéutica integral para el manejo de un grupo de

pacientes que generalmente tienen un riesgo quirúrgico elevado. Los procedimientos suelen ser prolongados y requieren conocimientos especializados en una variedad de técnicas complejas de catéteres.

SUTURA EN 8 MODIFICADA CON LLAVE DE 3 PASOS

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster

Panel 548.

Autores: González Cebrián M, Gómez García H, Calvo Rivas L, González Ferreiro R, Calvo Flores MJ, Cruz González I, Calvo Flores PA, Torrecilla Jiménez M, García Casares M, Miguel Gómez P.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

Cada vez son más frecuentes los procedimientos de intervencionismo estructural (IE). Esto provoca que también aumenten las complicaciones en accesos vasculares (CV), lo cual supone un aumento de la morbimortalidad y la estancia hospitalaria. El acceso por excelencia es el transfemoral. El cierre puede ser mediante compresión manual, dispositivos de cierre o de sutura. En el caso del acceso transfemoral venoso, se utiliza la sutura en 8 (S8). En nuestra unidad empleamos una S8 modificada. La S8 modificada consiste en añadir a la S8 tradicional una llave de 3 pasos. Solo precisa una seda del 1 curva y una llave de tres pasos. Esta permite aflojar o apretar la sutura de un modo sencillo adaptándose a la anatomía, imposible con la S8 tradicional.

La retirada se realiza en 3 horas, solo debemos abrir la llave de 3 pasos para dejar correr el hilo sin necesidad de usar bisturí.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo incluyendo a todos los pacientes de IE con acceso venoso femoral y cierre con S8 modificada. Se hizo un seguimiento durante su estancia hospitalaria y en las posteriores citas en la consulta de estructural. Búsqueda bibliográfica y revisión en CV.

RESULTADOS

Se incluyeron 55 pacientes de IE entre octubre de 2018 y abril de 2019. En el 91,2% de los pacientes no hubo ninguna CV. Las complicaciones encontradas fueron: hematomas en un 6,6% y fistula arterio-venosa en un 2,2%. Se realizó hemostasia inmediata en el 100% de los pacientes.

CONCLUSIONES

El uso de llave facilita que ningún paciente se pueda ir de alta con el punto. La sutura se retira en solo 3 horas con posibilidad de deambulación y alta temprana. La llave de 3 pasos permite ajustar y apretar la sutura en sustitución del nudo o punto tradicional. Es una modificación sencilla, económica y muy segura, que conlleva una gran mejoría de los resultados y una reducción de las complicaciones.

ARTERIOGRAFÍA PULMONAR. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster

Panel 543.

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Guzmán Carrasco R, Guerrero Trujillos M, Montero Álvarez M,

Gómez García C, Fronce de la Ossa N, Rodríguez García I, Fernández Herranz AI, Botana Arranz B, Rabadán Pérez MC, Aguado Sánchez MS.

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La arteriografía pulmonar es un procedimiento invasivo y diagnóstico que valora la vascularización pulmonar determinando presencia de obstrucción vascular, localización y extensión del trombo para definir la actitud terapéutica en la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC). Actualmente los nuevos equipos de angio-TAC multicorte han igualado con equivalente sensibilidad y especificidad a la arteriografía pulmonar, no obstante, se considera la prueba *gold standard* en casos dudosos en los que el angio-TAC podría infraestimar la enfermedad a nivel de arterias segmentarias distales y subsegmentarias y en los casos de secuelas de enfermedad tras cirugía de tromboendarterectomía. Es un procedimiento seguro y bien tolerado. El objetivo del estudio es describir la técnica estableciendo las medidas requeridas para realizar el procedimiento con la mayor calidad y seguridad para el paciente y reconocer precozmente posibles problemas o complicaciones.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos relacionados con el procedimiento y de la última evidencia científica para consensuar los cuidados de enfermería.

RESULTADOS

Los cuidados de enfermería se centran en lo siguiente: Antes del procedimiento son los propios de cualquier procedimiento en hemodinámica. Durante el procedimiento señalar la vigilancia exhaustiva del paciente mediante monitorización hemodinámica, medición meticulosa de las presiones en el momento adecuado, registro de presiones y adecuada determinación del cero. También importante colocar los brazos del paciente hacia la cabecera para facilitar visualización en proyecciones laterales asegurando el máximo confort. Tras el procedimiento destacar la información al paciente sobre cuidados para evitar sangrado. Mantener reposo hasta nueva indicación, no mover el miembro puncionado hasta próxima orden, vigilancia de las secreciones.

CONCLUSIONES

La arteriografía pulmonar permite definir la estrategia terapéutica a seguir en la HPTEC. Es una técnica con una excelente sensibilidad en la detección de lesiones segmentarias y subsegmentarias y en la evaluación de la perfusión selectiva. Los cuidados de enfermería en el procedimiento son fundamentales para asegurar el confort y seguridad del paciente durante todo el procedimiento. Minuciosidad en la adquisición de los datos. Educación sanitaria e información para evitar complicaciones tras el procedimiento.

PRIMER AÑO DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DE CTO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE HEMODINÁMICA

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster

Panel 555.

Autores: Gutiérrez Capdet M, Pardo González M, Dueñas Ramos I, Carro Fernández E, Matas Avellà M.

Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento percutáneo de las CTOs es un procedimiento complejo que puede presentar complicaciones graves para el paciente como nefropatía por contraste, radiodermitis y las complicaciones vasculares. El personal de enfermería con experiencia y formación en este tipo de procedimiento puede realizar el control y seguimiento de estos pacientes en la consulta enfermera, con el objetivo de prevenir y detectar de manera precoz alguna de las posibles complicaciones y si aparecen realizar el tratamiento y el seguimiento de ellas hasta su resolución. Para ello se ha diseñado el programa CTO, un programa específico para estos pacientes, siendo la primera experiencia a nivel nacional en este tipo de programa.

METODOLOGÍA

El programa CTO se puso en marcha en septiembre del 2018 y su diseño consta de de 4 fases: 1ª visita presencial 2-3 días preCTO, 2ª visita presencial 2-3 días posCTO, 3ª llamada telefónica 1 mes posCTO, 4ª visita Hemodinamista 6 meses posCTO. Si aparece alguna complicación, se realizarán visitas presenciales sucesivas hasta su total resolución. Contacto telefónico para resolución de dudas.

RESULTADOS

Desde el inicio del programa CTO en septiembre de 2018 hasta la actualidad, los indicadores de resultado son los siguientes: Número pacientes incluidos 43. Número de visitas de seguimiento 39 presenciales, 43 llamadas telefónicas al mes. Número de complicaciones vasculares: Accesos radiales: 15 hematomas < grado 3 en la escala EASY y 1 hematoma grado 4. Accesos femorales: 6 hematomas < 5cm. Nefropatía por contraste ninguna. Radiodermitis ninguna. Consultas telefónicas 10.

CONCLUSIONES

El programa CTO permite realizar de manera efectiva el control y seguimiento de los pacientes a los que se les ha realizado el tratamiento de una oclusión crónica, así como la prevención de algunas de las potenciales complicaciones que los pacientes pueden presentar relacionadas con este procedimiento, mediante el diseño de protocolos y planes del cuidado para el paciente. La consulta enfermera de hemodinámica ofrece un tiempo y un espacio donde realizar una educación sanitaria de calidad. En este proceso enfermería puede mejorar la calidad percibida por el paciente y su familia y sus intervenciones permiten ayudar a la disminución de costos en salud.

FUNCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE EL USO DE LA LITOTRICIA CORONARIA

*Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster
Panel 560.*

Autores: Ruiz Sierra M, Casadella Almar I, Palau Durán M.
Hospital Universitario Mútua de Terrassa (Barcelona).

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de nuevas técnicas en hemodinámica implica que enfermería debe superar nuevos retos. Entre los dispositivos que han aparecido recientemente, encontramos la Litotricia Coronaria (LC). Esta consiste en un método innovador para el tratamiento de las calcificaciones coronarias severas; mediante el uso de ondas de presión sónicas con el fin de fracturar las placas de forma menos traumática y facilitar la posterior implantación del stent. El objetivo del trabajo es conocer la técnica, funcionamiento y efectos adversos del dispositivo

con el fin de elaborar una guía rápida para enfermería.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de ésta guía se describe la indicación de la LC y las funciones que realiza cada enfermera con su correspondiente rol durante el manejo del mismo.

RESULTADOS

Durante el uso de la LC, la enfermera circulante proporciona el material necesario, enciende la consola y el botón de tratamiento, acopla las conexiones necesarias, vela por el bienestar del paciente y se anticipa a posibles complicaciones. El enfermero/a instrumentista prepara el balón de litotricia como en cualquier otra angioplastia. Posteriormente, coloca una funda estéril al cable conector, donde en la parte proximal se conecta el balón, con el fin de que el hemodinamista pueda manejarlo durante el tratamiento (1 ciclo de tratamiento: 10 pulsaciones). Con el balón en la zona diana, se sube a 4 atmósferas para disponer del medio óptimo para realizar un ciclo de tratamiento. A continuación, se sube la presión hasta el valor nominal (6 atmósferas) para expandir bien el balón y se valora la respuesta mediante angiografía. Se desinfla el balón y se espera 30 segundos para restablecer el flujo sanguíneo. Se puede repetir la maniobra hasta 80 pulsaciones (8 ciclos) si se precisa seguir tratando la lesión.

CONCLUSIÓN

A pesar de la simplicidad de la LC puede tener las mismas complicaciones que en cualquier otra angioplastia. Es muy importante que enfermería reciba formación sobre los nuevos dispositivos para poder utilizarlos correctamente y poder actuar ante cualquier complicación. Este trabajo ha permitido el diseño de una guía rápida para que el personal disponga de ella a la hora de usar la LC.

PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR HIPOPTASEMIA

*Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster
Panel 550.*

Autores: Suárez Fontaña EM, Varela Tomé MD, Domínguez Ceballos ML.
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de QT largo es una canalopatía arritmogénica caracterizada por una grave alteración en la repolarización ventricular, traducido electrocardiográficamente por una prolongación del intervalo QT. Este predispone a la muerte súbita por arritmias ventriculares malignas. El uso continuado y prolongado de infusiones diuréticas (cola de caballo) conjuntamente con la toma de ciertos fármacos (macrólidos) puede provocar hipopotasemia, siendo ésta una causa desencadenante de arritmias ventriculares. El objetivo es abordar un plan de cuidados de enfermería para una paciente joven que sufre una parada cardiorrespiratoria (PCR) extrahospitalaria por fibrilación ventricular (FV).

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años que ingresa por PCR extrahospitalaria por FV desencadenada por hipopotasemia. Se realiza estudio etiológico de la FV concluyendo en el diagnóstico de síndrome de QT largo congénito. Se inicia tratamiento con bisoprolol pero ante la persistencia de extrasístoles ventriculares (EV) se cambia finalmente por Nadolol consiguiéndose la desaparición total de las EV. Posteriormente se decide implante de DAI subcutáneo en prevención secundaria de muerte súbita.

Alta a domicilio con cita para consulta de cardiopatías familiares para continuar estudio genético de la familia.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

Se hace una valoración de la paciente y se elabora un plan de cuidados según el modelo conceptual de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA NIC NOC. Los principales diagnósticos: ansiedad, temor, riesgo de desequilibrio electrolítico y riesgo de infección.

REFLEXIÓN

Durante el ingreso la paciente presenta mucho miedo y ansiedad generados por la situación vivida (PCR, estancia en cuidados intensivos) y el diagnóstico de su enfermedad. Un plan de cuidados de enfermería adecuado le permite aceptar mejor su enfermedad, mejorando sus conocimientos sobre la misma y disminuyendo el miedo y la ansiedad.

PROCESO CARDIO-ONCO-HEMATOLOGÍA. PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA ESPECÍFICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster

Panel 558.

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Cordova Martínez C, Martínez Monzonis MA, Pedreira Pérez M, Mazón Ramos P, Mayo Bazarra N, López Sixto SM, Iglesias Rivas M, Bello López JL, González Juanatey JR, López López R.

Hospital Universitario de Santiago. CIBERCV, Santiago de Compostela (A Coruña).

INTRODUCCIÓN

La mayor supervivencia de cáncer y/o su curación se puede asociar a efectos adversos cardiovasculares (CV) secundarios al tratamiento antitumoral o cardiotoxicidad. El abordaje multidisciplinar que permite prevenirla y/o detectarla precozmente para implementar medidas preventivas y terapéuticas, exige una gestión compleja de los casos, siendo el personal de enfermería el idóneo para realizarla.

METODOLOGÍA

En un hospital terciario con una población de 460.000 habitantes y 2.800 casos nuevos de cáncer al año, desde abril de 2018 funciona una consulta de «Cardio-Onco-Hematología» que atiende pacientes con antecedentes y/o riesgo de cardiotoxicidad, que cumplen unos criterios definidos de derivación. La consulta es atendida por una enfermera en jornada completa y dos cardiólogas a tiempo parcial. En este resumen se expone la labor realizada por la enfermera gestora de casos.

RESULTADOS

La enfermera gestora ha recogido en una base de datos las principales características de los 439 pacientes que ha atendido en un total de 1078 visitas en un año: demográficas (69% mujeres, edad media 59,5 +/- 15 años), localización del tumor (cáncer de mama, 30% de tumores hematológicos, cáncer gastrointestinal 8%, de pulmón 3% y otros el resto), antecedente de enfermedad cardiovascular el 24% y factores de riesgo: 43% hipertensión arterial, 43% hiperlipemia, 14% diabetes, 14% tabaquismo activo y un 15% exfumadores, así como los valores analíticos y de función ventricular, cumplimentando un *check-list*. Se hace cargo de la educación sanitaria reforzando medidas de estilo de vida, promoviendo programas de ejercicio físico y consejos para cumplimentación terapéutica, entre otros. Es responsable de la

coordinación de las consultas de cardiología y de la realización de los estudios complementarios en función de los tratamientos que reciben.

CONCLUSIONES

En el proceso Cardio-Onco-Hematología es imprescindible la actividad del personal de enfermería en la gestión de la asistencia a los pacientes, siendo fundamental su contribución para facilitar la coordinación entre el paciente y los diferentes profesionales sanitarios responsables de su atención.

EDUCANDO DESDE LAS ONDAS

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster

Panel 554.

Autores: Suárez Fontaíña EM¹, Amor Cambón J¹, Sánchez Bardanca A¹, Caberta Lema MC¹, Balsa Canto M¹, Vicente Chao R².

1 Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; 2 Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

INTRODUCCIÓN

La radio supone a día de hoy uno de los medios de comunicación más utilizado en el que destaca su accesibilidad para diferentes tipos de públicos. Por este motivo nos aporta una herramienta de calidad para la educación para la salud. A través de un medio comunitario local y empleando lenguaje cotidiano se aportan elementos para la modificación de hábitos y el empoderamiento de los pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de nuestra labor en la radio en el que se mide la incidencia en la población a través de los datos que nos aportan las descargas de *podcast*.

RESULTADOS

Tras la emisión de 6 episodios, 3 meses de emisión, se evidencian los siguientes datos de incidencia sobre las descargas digitales: el tamaño descargado de cada episodio es de media 4,63 Gygabytes, lo que se corresponde con 3.438,24 minutos escuchados. Presumiendo que se escuche el programa completo habría un total de 60 oyentes.

CONCLUSIONES

A la vista de los datos obtenidos podemos concluir que, a pesar de no tener la capacidad de llegar a una amplia audiencia, el programa mantiene una expectación constante y fiel. La capacidad de ser un espacio atractivo para la divulgación nos hace creer que puede llegar a ser una herramienta útil para intervenciones concretas en grupos específicos de educación para la salud.

ABLACIÓN SEPTAL ALCOHÓLICA EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster

Panel 551.

Autores: Varela Tomé MD, Suárez Fontaíña EM, Domínguez Ceballos ML. **Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.**

INTRODUCCIÓN

La ablación septal con alcohol representa una de las alternativas terapéuticas no quirúrgicas disponibles para el tratamiento de pacientes

con miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MHO) sintomática, refractaria al tratamiento médico. La técnica consiste en producir un infarto de miocardio yatrogénico en la región septal mediante la inyección selectiva de alcohol, con lo que se consigue reducir el engrosamiento del tabique interventricular y disminuir el gradiente de salida del ventrículo izquierdo. El objetivo es elaborar un plan de cuidados adecuado para un paciente al que se le realiza una ablación septal con alcohol de manera programada.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 69 años diagnosticado de MHO sintomática por disnea. Fibrilación auricular anticoagulada con sintrom. El paciente permaneció 7 días ingresado, se mantuvo con marcapasos transitorio durante 4 días. Se realizaron analíticas seriadas cada 8 horas el primer día y luego a las 24 y 48 horas. También se realizó ecocardiograma de control.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se elabora un plan de cuidados según el modelo conceptual de Virginia Henderson con la taxonomía NANDA NIC NOC. Los diagnósticos encontrados son: (00029) Disminución del gasto cardíaco, (00004) Riesgo de infección, (00015) Riesgo de estreñimiento, (00200) Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca, (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

REFLEXIÓN

La ablación septal con alcohol es una técnica eficaz en el tratamiento de pacientes seleccionados de MHO, pero que requiere de una prolongada hospitalización (al menos 7 días) y del mantenimiento de un marcapasos provisional durante 4 ó 5 días. Es, por tanto, fundamental elaborar un plan de cuidados adecuado que permita minimizar los posibles riesgos.

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN RECICLAJE DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN UN HOSPITAL DE NIVEL 2

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster

Panel 556.

Autores: García Hernández M, González Sedeño N, García Trijueque E, Escrivá Bárcena A, Aparicio Zaldívar EG, Paniego Lorenzo Y, García Jiménez S, Luengo Alarcía MJ, Álvarez Rodríguez J.

Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria es la interrupción brusca e inesperada y potencialmente reversible de la respiración y de la circulación espontáneas. Un 1,5 - 3,3/1000 de los pacientes ingresados en un hospital requieren reanimación cardiopulmonar (RCP). El 50% de las paradas cardiorrespiratorias ocurren fuera de las áreas de cuidados intensivos. La mortalidad y las secuelas disminuyen significativamente con una respuesta asistencial correcta.

METODOLOGÍA

Desde la apertura del hospital en 2004, se han llevado a cabo diversos cursos de formación en RCP. Estos cursos iban dirigidos a las distintas categorías del hospital (residentes, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores, personal no sanitario...), con duración variable. Aunque tenían buena acogida, nos hemos dado cuenta de que se necesitaba un cambio en la estructura de estos. Además, a finales del

2017 se produjo una renovación del material para cursos que consiste en muñecos de simulación nuevos conectados vía *wifi* y *bluetooth* a *tablets*. Aprovechando este nuevo material y con la idea de cambio en la estructura de los cursos, desde 2018 venimos realizando cursos de 5 horas denominados: «Reciclaje en RCP». Son de modalidad más práctica que teórica y la mayor diferencia radica en que se realiza por unidades del hospital de manera que participan médicos y enfermeras conjuntamente de ese servicio. Se individualizan los casos clínicos y megacodes a los distintos servicios de manera que los alumnos encuentren similitudes con su lugar de trabajo y puedan reforzar y sentirse cómodos ante las distintas situaciones peri-parada o parada cardiorrespiratoria.

RESULTADOS

Se han realizado 6 cursos para el servicio de urgencias y están planificados 8 cursos más para Medicina Interna, otro más para Rehabilitación y otro para celadores. Prácticamente todo el servicio de urgencias (96 asistentes) ha pasado por estos cursos de reciclaje. En todos los cursos se entregaron encuestas de satisfacción.

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción de los asistentes a los cursos ha sido elevado, refiriendo lo útil y práctico de estos cursos. Al estar realizado conjuntamente con médicos y enfermeras de la misma unidad, han referido sentirse más cómodos y con mayor confianza al afrontar una situación de urgencia como es una parada.

ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA. IMPLICANDO AL PACIENTE EN SU PROPIA SEGURIDAD

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster

Panel 557.

Autores: Ortiz Blanco I, Benítez Laguna ML, Oller Veloso MC, Navarro Gor-do MB, Álvarez Pérez MC.

Hospital Universitario 12 de Octubre y Centro de Salud Goya, Madrid.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años han existido diferentes iniciativas como la denominada «pacientes por la seguridad de los pacientes» de la OMS y la Declaración de Londres. La implicación de los pacientes para su seguridad es una de las 6 áreas de actuación prioritaria de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Actualmente se está trabajando para que el paciente pase a ser el protagonista activo de su propia salud, implicándose en la toma de decisiones, por lo que ha de disponer de la información necesaria para decidir sobre una base de conocimiento. La participación del paciente en la mejora de la seguridad clínica es una prioridad de las organizaciones reguladoras y gubernamentales. Sin embargo, y a pesar de algunas iniciativas, su incorporación real sigue siendo una tarea pendiente. Se observa la falta de información de algunos pacientes sobre las pruebas que se les va a realizar, a pesar de haber firmado el consentimiento informado (ergometría, Holter, coronariografía...) y los cuidados posteriores. Como objetivo nos planteamos: fomentar la participación e implicación del paciente en su atención sanitaria a fin de que ésta sea más segura y de calidad, empoderando al paciente para garantizar su Seguridad Clínica.

METODOLOGÍA

Análisis de las causas. En muchos casos, tienen una actitud pasiva,

ni leen ni preguntan. No conocen el tratamiento que están tomando. Pacientes mayores, que acuden solos, con problemas visuales, auditivos. Falta de información sobre la prueba a realizar. A veces los profesionales dan por hecho que los pacientes conocen el procedimiento. Fallos en los circuitos de comunicación.

RESULTADOS

Acciones de mejora. Informarles adecuadamente sobre su enfermedad, tratamiento y prueba solicitada. Acudir siempre con la hoja de medicación impresa. Que, siempre que puedan, acudan acompañados a la consulta o realización de pruebas. Comunicación asertiva por parte de los profesionales. Educación para la salud. Entregar folleto informativo, para tratar de implicarles en su propia seguridad.

CONCLUSIÓN

El avance de la cultura de seguridad del paciente debe de hacerse extensiva a los pacientes, asumiendo éstos la responsabilidad y el protagonismo que les corresponden en la misma. Actuando sobre los posibles incidentes de seguridad se puede evitar que se conviertan en eventos adversos.

CHECK LIST: SEGURIDAD EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DEL PACIENTE CARDIACO

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster

Panel 545.

Autores: Arroyo Rodríguez G¹, Calvo Haro E¹, Sánchez Fernández LM², Paniagua Roncero F¹, Sánchez Alonso MT¹.

1 Hospital Virgen de la Salud, Toledo; 2 Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es algo imprescindible en la asistencia sanitaria de calidad, por ello diferentes organismos nacionales e internacionales han desarrollado estrategias para abordar esta dimensión y poder reducir de forma considerable el número de muertes fácilmente evitables. Por todo esto, nuestro objetivo es promover la comunicación estandarizada al ingreso del paciente a la unidad de cuidados críticos cardiacos (UCCC) y durante su estancia, para garantizar una atención continuada y segura.

METODOLOGÍA

Examinamos los procesos de nuestra práctica diaria al ingreso del paciente procedente de quirófano cuando mayor porcentaje de incidentes pueden suceder y, decidimos hacer una revisión bibliográfica sobre recomendaciones en seguridad para elaborar nuestro listado de verificación de seguridad (*check-list*).

RESULTADOS

El cual se distribuyó en los siguientes apartados: Preparación del box previo al ingreso del paciente. Ingreso del paciente. Implantación del *Check-list* en la UCCC y valoración de la disminución de la incidencia de errores y eventos críticos no deseados con la consiguiente mejora de seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

La estandarización del procedimiento de comunicación durante la transición asistencial minimiza la variabilidad de los mensajes y favorece la eficacia de la comunicación, contribuyendo a que todos los profesionales tomen conciencia del conjunto de la situación del paciente y se reduzcan los errores sobre todo en personal de nueva incorporación.

EXPERIENCIA EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS CARDIOVASCULARES

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster

Panel 559.

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: González Martín J, Luengo Mondéjar P, Barrio Rodríguez A, Martín Herrero F, Cruz Galbán A, Barreira de Sousa G, Alzola Martínez de Antoñana E, Castro Garay JC, Toranzo Nieto I, López Serna M, Rodríguez Estévez L, Fernández de Gatta MA, González Cebrián M, Sánchez Fernández PL.

Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

El fracaso renal agudo es una entidad que se presenta con una alta frecuencia en los pacientes cardiológicos agudos. En este contexto, las terapias de reemplazo renal continuo nos permiten manejar el fracaso renal agudo oligoanúrico con alteraciones electrolíticas y/o hipervolemia. En esta revisión se describirán aspectos derivados de la utilización de esta terapia en pacientes cardiológicos agudos.

METODOLOGÍA

Revisión retrospectiva de los pacientes a los que se les realizó terapia de reemplazo renal continuo (n=17) en la unidad de cuidados críticos cardiovasculares de un hospital terciario en un periodo de 16 meses (desde enero de 2018 hasta abril de 2019). Se revisaron las características basales, el soporte realizado y la mortalidad intrahospitalaria.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 17 pacientes, siendo el tipo de terapia en todos ellos la hemodiafiltración veno-venosa continua (HDFVVC). La edad media fue de 70,8 años, siendo el 70,6 % varones, y teniendo el diagnóstico de insuficiencia renal el 29,4% del total. En cuanto a las indicaciones la más frecuente fue el *shock* cardiogénico (47%) seguida de la Insuficiencia Cardíaca (23%). El tiempo medio de duración de la terapia fue 7,53 días. La supervivencia al alta fue del 17,6%, pudiendo realizarse desconexión de la HDFVVC en el 41% de los pacientes. Cabe destacar que, de la cohorte total de pacientes, el 35,3% asociaban soporte circulatorio mecánico con un dispositivo tipo ECMO y el 94,1% recibieron tratamiento con fármacos vasoactivos durante la terapia. En cuanto a la anticoagulación, se realizó en el 100% de los pacientes con Heparina no fraccionada, con periodos intermitentes de desconexión en el 64,7% de los pacientes por complicaciones hemorrágicas. No se objetivaron otros eventos clínicos relevantes asociados a esta terapia.

CONCLUSIONES

Está ampliamente demostrado que la aparición de fracaso renal agudo empeora marcadamente el pronóstico de nuestros pacientes. Las terapias de depuración extrarenal representan la herramienta de soporte orgánico para esta patología, y por ello su uso se está extendiendo. Nuestra cohorte de pacientes, aunque limitada, representa la utilidad de esta técnica en diferentes perfiles de pacientes, incluido en el *shock* cardiogénico con soporte mecánico circulatorio, con una baja tasa de complicaciones asociadas, aunque con la alta mortalidad asociada a este proceso.

ESTERNOTOMÍA URGENTE: GUÍA RÁPIDA PARA ENFERMERAS Y TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster
Panel 553.

Autores: López Domenech G, Martínez Font S.
Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El taponamiento cardiaco, el sangrado masivo o el paro cardiaco son algunos de las complicaciones más graves que pueden ocurrir durante el postoperatorio de cirugía cardiaca en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Estas complicaciones requieren de una acción inmediata, como es la revisión de tórax realizando una esternotomía urgente en la misma UCI. Aunque nuestro hospital cuenta con una UCI especializada para pacientes de cirugía cardiaca, a veces, estos pacientes se ubican en otras unidades de cuidados intensivos, por ejemplo UCI Coronaria o UCI general donde el personal está menos habituado a realizar este procedimiento.

A demás, aunque el mayor número de esternotomías urgentes fuera del bloque quirúrgico se realizan en postoperados de cirugía cardiaca, hay complicaciones graves en procedimientos de hemodinámica cardiaca o laboratorio de arritmias que precisan realizar una apertura esternal urgente en los mismos laboratorios. Por este motivo es importante mostrar el procedimiento a seguir en caso de esternotomía urgente a las enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) que no tienen experiencia en este procedimiento. El objetivo es enumerar las situaciones que puedan requerir de una esternotomía de urgencia fuera de quirófano y explicar cómo se realiza y que materiales son necesarios para la esternotomía de emergencia siguiendo las pautas de Cardiac Advance Life Support (CALS).

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de «Google Scholar», bases de datos como PubMed y CUIDEN. Se consultaron documentos y guías de práctica clínica publicadas, además del protocolo de nuestro hospital y del CALS.

RESULTADOS

Como resultado de la revisión, hemos elaborado una guía visual para las enfermeras y TCAE en caso de esternotomía de emergencia en la UCI general, UCI coronaria, sala de hemodinámica o laboratorio de arritmias de nuestro hospital.

CONCLUSIONES

La acción rápida del personal de enfermería es crucial para los pacientes con sangrado o taponamiento porque es una intervención donde el tiempo es crucial. Este póster muestra los principales pasos y el material requerido en caso de esternotomía de emergencia, y debe utilizarse como una guía para las enfermeras de nueva incorporación a la unidad.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PORTADOR DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA VENO-ARTERIAL DE INSERCIÓN CENTRAL

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster
Panel 544.

Autores: Prats Barrera J, Querol Vallés E, Venturas Nieto M, Pérez Ortega S.
Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La Membrana Oxigenación ExtraCorpórea (ECMO) permite garantizar la perfusión cerebral y tisular, durante un período de días o semanas, hasta la recuperación de la función de los órganos nativos o como puente a otro tipo de tratamiento o toma de decisión. Por su complejidad, estos pacientes son vulnerables a complicaciones evitables, por lo tanto, el personal implicado en sus cuidados requiere de altos niveles de preparación y apoyo multidisciplinar. En nuestro centro, se realizaron durante el 2018 unas 850 cirugías cardíacas, 19 trasplantes cardíacos y se colocaron un total de 22 ECMO veno-arterial (V-A) de las cuales 6 fueron de canulación central. La canulación central es un abordaje reciente y con escasa incidencia, por lo que no se han encontrado protocolos que describan las actividades. Los objetivos fueron presentar un plan de cuidados estandarizado para la atención de los pacientes portadores de ECMO V-A de inserción central y describir las diferencias entre ECMO V-A central en tórax abierto o cerrado, y los cuidados de enfermería en cada una de ellas.

METODOLOGÍA

Se realiza búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: Elsevier, MEDLINE, CUIDEN, Cochrane y se revisan de forma exhaustivas los protocolos y manuales de nuestro centro.

RESULTADOS

Se elabora un plan de cuidados donde se identifican los diagnósticos de enfermería más comunes, los resultados esperados e intervenciones en el paciente portador de ECMO V-A central según taxonomía NANDA, NIC, NOC. Los diagnósticos más frecuentes son el riesgo de sangrado, riesgo de infección, riesgo de hipotermia y riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

CONCLUSIONES

El paciente portador de ECMO V-A, por su complejidad, precisa de un personal cualificado y formado que garantice un proceso asistencial de calidad. Los cuidados serán diferentes en función de la localización de las cánulas. Los protocolos y procedimientos estandarizados promueven una atención segura y de calidad, convirtiéndose en una herramienta imprescindible en el manejo y cuidado de este tipo de pacientes.

«GRACIAS POR FUMAR»: EL CINE, ALGO MÁS QUE EL SÉPTIMO ARTE

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster
Panel 547.

Autores: Hernández Castelló MC, Ramón Carbonell M, Martínez Hernández MM, Hernández Hernández I, Ballester Martínez M, Carrión Tortosa F, Rabadán Anta MT.
Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia.

INTRODUCCIÓN

El tabaco es la segunda causa de enfermedades cardiovasculares. Consumo y exposición al humo contribuyen al 17% de las defunciones por cardiopatías. El Día mundial sin tabaco 2018 conmemorado por la OMS con el lema «El tabaco rompe corazones» busca enfoques innovadores en la intervención tabáquica. Enfermería de Rehabilitación Cardíaca promovió y organizó la actividad de dinamización social consistente en un cinefórum, película y coloquio para incidir en el problema del tabaquismo desde una perspectiva lejos de la mera información para suscitar debate y capacidad crítica del auditorio analizando los factores colaterales que influyen en el hábito tabáquico, servir de punto de encuentro a pacientes, asociaciones y usuarios del Área reflexionando sobre el tabaco como factor causante de multipatologías y difundir convocatoria mundial.

METODOLOGÍA

Proyección de película norteamericana del 2005, donde se aborda el discurso interesado de las tabacaleras frente a los derechos de información, protección de la ciudadanía y su manipulación dirigida al consumo. El evento celebrado en el salón de actos del hospital, estuvo dirigido a pacientes ingresados en situación estable y autónoma con acompañante y usuarios del Área. Fases organizativas: 1.º Presentación del proyecto, permisos y solicitudes. 2.º Programa y diseño gráfico informativo del evento. 3.º Coordinación con los enfermeros designados en las Unidades hospitalización, circuitos y elaboración de hoja de ruta para facilitar el acompañamiento por grupos con enfermeras en recorrido salón de actos-Planta. Método de inscripción de los pacientes ingresados. Estrategia idónea sobre reajuste de horario para administración de medicación prescrita que fuera necesaria en el caso de ingresados. 4.º Coordinación con Unidad Técnica Comunicación, Asociaciones de pacientes y usuarios del Área. 5.º Despliegue y difusión.

RESULTADOS

El foro reunió a 50 personas entre pacientes ingresados y acompañantes. Acudió una representación de las asociaciones de pacientes pro-rehabilitación cardíaca y asociaciones de vecinos de la comunidad.

CONCLUSIONES

El debate suscitó la reflexión y despertó la capacidad crítica del auditorio analizando los factores colaterales que influyen en el hábito tabáquico. Se consigue culminar el evento con una participación activa del auditorio.

SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE UN PACIENTE CON DISFUNCIÓN SISTÓLICA DE V.I. MODERADA

*Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster
Panel 549.*

Autores: Muñoz Villarreal AB, Cepas Sosa A, Luque López R, Luque Serrano ML.
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 74 años que acude a consulta de enfermería para educación sanitaria y titulación de fármacos. El paciente está en seguimiento por cardiología desde hace varios años, en la última revisión se encuentra en grado funcional II-III con limitación importante de la actividad por lo que se modifica tratamiento y se deriva a enfermería para titulación. Establecemos como objetivo el conseguir la máxima

dosis de fármacos para obtener el máximo beneficio y mejorar la calidad de vida del paciente a través del autocuidado.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El paciente acude por primera vez a la consulta y explicamos el seguimiento que vamos a realizar, realizamos la valoración inicial de Virginia Henderson y aplicamos el plan de Cuidados de Insuficiencia Cardíaca, y aplicamos los siguientes cuestionarios: Escala de Barthel. Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg. Escala Europea de Autocuidados. Test de Minnesota.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Llegamos a los siguientes Diagnósticos de Enfermería: Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078). Intolerancia a la actividad(00092). 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 tras varias consultas con nosotros consigue llegar a dosis bastante aceptables de Sacubitril/Valsartán, betabloqueantes y antialdosterónico. Mejora bastante en sus autocuidados gracias a las sesiones de educación sanitaria y al alta se va con los diagnósticos de: Manejo efectivo del régimen terapéutico (00082) y Disposición para mejorar los Conocimientos (00161). Los profesionales enfermeros son los responsables de trasladar todas las habilidades que necesita el paciente para el control de su enfermedad, así como de realizar un seguimiento activo de las personas con insuficiencia cardíaca.

AUTOCUIDADO Y ASISTENCIAS VENTRICULARES DE LARGA DURACIÓN

*Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster
Panel 552.*

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Gómez Martínez M, Rodríguez Cañas D, Roca Canzobre S, Seoane Pardo NM, Blanco Longueira MB.
Hospital Universitario A Coruña (HUAC), A Coruña.

INTRODUCCIÓN

El aumento de las asistencias ventriculares de larga duración es ya una realidad, va a existir un grupo de enfermos crónicos cuyo denominador común va a ser el hecho de ser portadores de una asistencia mecánica. Es de vital importancia el rol de la enfermería como educadora y consultora, que pueda capacitar a usuarios y familias para el autocuidado.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica, revisión de historias clínicas, así como análisis de los procedimientos y protocolos seguidos en las unidades del área de cardiología.

RESULTADOS

Se trata de crear una herramienta útil y simplificada que sirva de referencia para afrontar el cuidado diario, facilitando que el usuario siga las precauciones recomendadas y que adquiera conocimientos para identificar y prevenir las complicaciones, sirviendo como guía para el usuario, su soporte familiar y también para el personal de enfermería de Atención Primaria menos familiarizado en general con el manejo de estos dispositivos.

CONCLUSIONES

Es muy importante cubrir bien la necesidad de información que genera este tipo de tratamientos, y si además de educar, informar, atender a todas las dudas, dotamos a los usuarios con las herramientas adecuadas, potenciando la seguridad y autoconfianza, mejorando así la calidad de vida y los resultados a largo plazo.

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster
Panel 562.

SE PRESENTA A PREMIO

Autores: Roca Canzobre S, Gómez Martínez M, Rodríguez Cañas D, Blanco Longueira MB, Seoane Pardo MN.

Hospital Universitario A Coruña (HUAC), A Coruña.

INTRODUCCIÓN

El avance de la ciencia y de la tecnología permite que cada vez sean más los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada que puedan beneficiarse de los dispositivos de asistencia ventricular, como puente al trasplante o como terapia definitiva. Este hecho provoca que las unidades de cuidados intensivos cardíacos estén cada vez más tecnificadas, lo que en ocasiones puede llevar al personal sanitario a relegar a un segundo plano la esfera más humana de los cuidados. Por este motivo, el objetivo principal de los cuidados debe ser evitar la deshumanización y promover medidas que lleven al abordaje integral de la persona, sin descuidar ninguna de sus dimensiones.

MÉTODOS

Revisión bibliográfica, de protocolos y de procedimientos de distintos hospitales. Análisis de la evidencia basada en la experiencia. Discusión con la Comisión de Humanización de nuestro hospital de las medidas implantadas en la unidad de cuidados intensivos cardíacos y de otras medidas cuya implantación sería viable y beneficiosa para pacientes portadores de asistencias ventriculares.

RESULTADOS

Las intervenciones prioritarias en relación al tema que nos compete serían: apoyo emocional, mejorar el afrontamiento, facilitar la presencia de la familia, disminuir la ansiedad y establecer medidas de confort. Algunos de los indicadores de resultados más relevantes podrían ser el autocontrol del miedo, dar apoyo a la familia, establecer cuidados psicológicos y realizar un manejo ambiental que garantice el confort y la seguridad en el entorno.

CONCLUSIONES

La enfermería no sólo debe estar en constante actualización para poder llevar a cabo unos cuidados de calidad a los pacientes críticos cardíacos, cuidados cada vez más tecnificados, sino que además debe ejercer sus funciones con carácter holístico, teniendo en cuenta que el ser humano es un ente biopsicosocial. La humanización de los cuidados prioriza a la persona frente a la máquina, de tal manera que, sólo incluyendo la humanización directa o transversalmente, en los protocolos de cuidados de enfermería se puede garantizar la calidad asistencial y la ética profesional.

MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE ALTA DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA CARDIACA Y CARDIOLOGÍA

Viernes 18 de octubre, 09:45 - 11:20h. Zona póster
Panel 561.

Autores: Arévalo Rubert MJ, Juan Benestar M, Torresquesana Castro S, Trave Colorado C, Carbo García MB, Barragán Aragón MR.

Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears).

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de monitorización constituyen uno de los sistemas básicos de trabajo en evaluación y mejora de la calidad asistencial. Se interpretan como buscadores de oportunidades de mejora si los resultados no cumplen el estándar, entonces entramos en el ciclo de mejora continua PDCA o Círculo de Deming. El objetivo fue exponer una metodología de evaluación adoptada para impulsar la mejora continua de la calidad del proceso del alta en una unidad de hospitalización, evaluar el cumplimiento del indicador y analizar las causas de los problemas detectados y poner en marcha medidas correctoras, con la finalidad de cerrar el ciclo completo del sistema de monitorización.

METODOLOGÍA

Elaboración del plan de mejora en que se analicen las causas que han llevado a este mal resultado. Implantar las acciones de mejora. Medición del indicador. Elaborar una propuesta de intervención enfermera y el diseño un plan de mejora siguiendo en ciclo de PDCA.

RESULTADOS

Incrementar la cumplimentación del Informe enfermero al alta en la unidad. Análisis y evaluación de los puntos débiles en el cumplimiento del indicador. Revisión del procedimiento de Alta. Medidas de soporte a la cumplimentación de los registros enfermeros en historia clínica. Diseño e implementación de las recomendaciones de enfermería al alta para los procesos más prevalentes en la unidad. CHECK: Realizar el seguimiento y la medición del proceso. ACT: ejecutar acciones para mejorar continuamente el desempeño del proceso. Medición sistemática: recogida y tabulación de los resultados. Periodicidad trimestral. Evaluación de los resultados: Para analizar las áreas de mejora en el cumplimiento del indicador se mantiene una reunión de equipo en febrero de 2018 con los resultados expuestos en la imagen 1 y posteriormente se introducen diferentes mejoras en el registro. La medición del indicador nos reporta un resultado del 15% en abril del 2018. Micro equipos elaboran las recomendaciones al alta de los 6 procesos más prevalentes en la unidad.

CONCLUSIONES

Después de la inclusión informática de las recomendaciones como texto automático en las sesiones del equipo de enfermería, en diciembre del 2018 el cumplimiento del indicador se incrementa a un 52%, aunque continúa siendo una situación subestándar. La implantación del ciclo de mejora continua es una clave en la gestión de la calidad de los cuidados.

LISTADO DE AUTORES DE COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL 40.º CONGRESO NACIONAL DE LA AEEC

AUTOR/A	PÁGINA/S	AUTOR/A	PÁGINA/S	AUTOR/A	PÁGINA/S	AUTOR/A	PÁGINA/S
Abad García MM	30	Bombín González S	45	Dobarro Pérez D	35	Goirigolzarri Artaza J	27, 37
Aceña Navarro A	20	Botana Arranz B	58	Domingo Criado R	44	Gómez Barriga MD	39
Acosta Bethencourt A	35	Bover Freire R	37	Domínguez Ceballos ML	59, 60	Gómez García C	58
Adán Lledín D	54	Burguillo López MI	52	Dorta Macía C	55	Gómez García H	58
Adel Anmad Shihadeh Musa L	41	Caballero Caballero C	31, 32, 33	Dueñas Ramos I	58	Gómez García-Olías S	2, 26
Aguado Sánchez MS	58	Cabañas Patiño MA	53	Enríquez Vázquez D	27, 37	Gómez Gómez L	51
Ajenjo Reyeró P	48	Caberta Lema MC	60	Escanciano Rodríguez E	56	Gómez Martínez M	64, 65
Alba Saá F	33, 48	Calderón S	56	Escribá Bárcena A	61	Gómez Menor C	29
Alconero Camarero AR	47	Calle Gascón X	54	Espejo Garrido A	20	Gómez Otero I	38
Alfageme Sastre E	25, 53	Calleja Cuervo P	56	Estébanez Montoya E	50	Gómez Salvador I	45
Alonso Blanco C	24, 51	Calso Pardo A	46	Faixeda Calero M	44	Gómez-Barrado JJ	28
Álvarez Acosta L	41, 43	Calvo Barriuso E	45	Faraudo García M	24	Gómez-Turégano P	28
Álvarez Álvarez B	40	Calvo Flores MJ	58	Fariña Ruíz AP	43	González Cebrián M	52, 53, 58, 62
Álvarez Castello MS	52	Calvo Flores PA	58	Farráis Villalba M	35	González Ferreiro R	58
Álvarez Pérez MC	61	Calvo Haro E	53, 62	Farré López N	30	González Guillén I	55
Álvarez Rodríguez J	61	Calvo Rivas L	58	Fernández Chamorro AI	28	González Juanatey JR	40, 60
Álvarez Silveiro MG	24	Canca Sánchez JC	22, 26	Fernández de Gatta MA	62	González Martín J	62
Alzola Martínez de Antoñana E	62	Cano García S	42	Fernández Herranz AI	58	González Martínez R	40
Amor Cambón J	46, 60	Cano Valls A	44	Fernández Iriarte E	33	González Piña M	20
Amor Perino T	22	Cao Torija MJ	35	Fernández Lendinez S	22, 26	González Ródenas L	43, 50
Amores González N	43, 50	Capote Toledo ML	32, 57	Fernández Peregrina E	22	González Rodríguez MV	35
Anastasio Ruz A	32	Carbo García MB	65	Fernández Tomás I	36	González Salvado V	40
Aparicio Zaldívar EG	61	Cardoso Sánchez C	26	Fernández Zarataín G	29	González Sedeño N	61
Arévalo Rubert MJ	40, 65	Carrasco García B	26	Ferrández Escarbajal M	37	Goñi Viguria R	34
Argoitia L	20	Carreño Sánchez RS	52	Ferreira Díaz MJ	30	Grillo Pérez JJ	21, 35
Ariza Solé A	45	Carrión Tortosa F	63	Fornè Ramos MM	30, 34	Guerrero Morales C	45
Arraztoa Alcasena MT	34	Carro Fernández E	58	Fradejas Sastre V	55	Guerrero Trujillos M	58
Arroyo Rivera MB	20	Carvajal Ramírez AP	41	Fronce de la Ossa N	58	Guillén Chalézquer MA	34
Arroyo Rodríguez G	53, 62	Casadella Almar I	50, 59	Fuentes Martínez M	55	Guimerá Ferrer-Sama MA	31, 32, 33
Arroyo Úcar E	43, 50	Castañeda Ayllón ME	22, 26	Fuenzalida Inostroza C	56	Gutiérrez Capdet M	58
Badosa Marcè N	24, 30	Castelló Fosch N	22, 23	Fuertes Suárez B	42	Guzmán Carrasco R	58
Ballester Martínez M	63	Castillo Poyo R	45	Gacimartín García R	32, 57	Habbab Mohamed S	44
Balsa Canto M	60	Castro Garay JC	62	Galcerá Jornet E	36	Hernández Afonso JS	21, 41, 43, 55
Barbón Ortiz-Casado A	29	Ceballos Gandarillas E	47	Gallardo C	20	Hernández Carballo Z	21
Barragán Aragón MR	65	Cepas Sosa A	64	Gálvez Tugás E	27	Hernández Castellano S	43
Barreira de Sousa G	62	Cerecedo Fernández M	30	Gambra Michel C	21	Hernández Castelló MC	63
Barreto Cáceres V	21, 43	César Escobar E	45	Gámez Molina M	22, 26	Hernández García C	43
Barriga Gómez MD	57	Chipayo Gonzales DA	28	García Bravo C	51	Hernández Hernández R	63
Barrio Rodríguez A	62	Comín Colet J	24	García Camarero T	55	Hernández Hernández I	21
Bas Villalobos M	32	Consol Ivern Díaz C	30	García Casares M	52, 53, 58	Hernández Peinado L	36
Basanta Castro MJ	24	Cordeiro Rodríguez M	35, 37	García Fernández B	32	Herraiz Mancilla Y	25
Bastos Fernández M	40	Cordova Martínez C	60	García Fernández E	42	Ibarrola Izura S	33
Belda Cutillas JA	43, 50	Cortés García M	20	García González S	26	Iglesias Rivas M	60
Bello Hernández R	43	Costa Victorio FJ	43, 50	García Granja PE	45	Imedio Granullaque MI	30
Bello López JL	60	Crespo López EC	30	García Hernández M	61	Iriarte Plasencia A	41, 43
Beltrán Herrera C	31, 32, 33	Cruz Díaz R	44	García Huete ME	46	Izquierdo Bernal S	45
Benítez Laguna ML	61	Cruz Galbán A	62	García Jiménez S	61	Jacinto del Castillo Espinosa B	55
Benítez Ruíz F	26, 49	Cruz González I	58	García López G	55	Jerónimo Baza A	27
Benito Agüera I	43, 50	Cruzado Álvarez C	22, 26, 49	García Méndez N	27, 37	Jiménez Candil BM	31, 32, 33
Benito Alfonso M	55	Cuevas Ortega FJ	41	García Morales A	42	Jiménez Candil J	31, 32, 33
Beortegui Urdániz E	33	Curcio Ruigómez A	46	García Rodríguez MJ	43	Jiménez Gómez A	25
Berga Congost G	22	De la Torre Hernández JM	55	García Sáinz L	34	Jiménez Gómez N	42
Bermejo Muñoz B	31	De Miguel Gutiérrez L	35	García Serrano MC	43, 50	Jiménez Mateo A	42
Bermejo Ruiz S	35	Del Barco Periañez C	46	García Trijueque E	61	Jiménez Serrano C	24
Bernadó Prats C	54	Diago Crisol C	44	Garcimartín Cerezo P	24, 34	Jorge García R	35
Betancur Gutiérrez A	42	Díaz de Ávila Díaz JP	46	Gaviro Matamoros B	25	Jover Ruiz R	29
Betoret Muntalà L	57	Díaz García MT	54	Gil Lancharro B	56	Juan Benestar M	40, 65
Blanco Longueira MB	64, 65	Díaz Sánchez FJ	24	Girón Barrenengoa H	35	Juandeaburre Pedroarena B	34
Blanco Maestro T	32	Díez Sierra M	56	Goena C	20	Kounka Z	28

LISTADO DE AUTORES DE COMUNICACIONES PRESENTADAS EN EL 40.º CONGRESO NACIONAL DE LA AEEC

AUTOR/A	PÁGINA/S	AUTOR/A	PÁGINA/S	AUTOR/A	PÁGINA/S	AUTOR/A	PÁGINA/S
Lacueva Abad M	22	Mora Pérez JG	41, 55	Ramón Carbonell M	63	Simón Llorente S	444
Larumbe Rodríguez A	36	Morante M	56	Ramos González-Serna A	25, 49	Soriano Rodríguez C	57
Ledesma Rodríguez R	29	Moreno Sanfiel JR	55	Ramos López N	27	Sosa Tirado M	48
Linas Alonso A	24	Morillas Climent H	36	Ramos Reyes V	43	Suárez Fontañina EM	59, 60
Lizcano Álvarez A	29, 51	Moure González M	38	Rincón Regadera A	34	Suberviola Sánchez-Caballero V	31, 32, 33
López Baro P	32	Moyano Muñoz-Reja JA	32, 57	Risco Patiño L	48	Taibo Urquía M	20
López Domenech G	63	Muñoz Aguilera R	31, 32, 33	Rivas González N	39	Talavera Sáez A	29, 51
López Koller L	29	Muñoz Villarreal AB	64	Riveiro Rodríguez MC	55	Tamará García R	31, 32, 33
López López R	60	Muriel D	32	Roca Canzobre S	64, 65	Teijeiro-Mestre R	42
López Otero D	40	Naranjo Sánchez MA	31, 32, 33	Rodríguez Alarcón P	22, 26	Tena Chacón JJ	57
López Roldán AM	41, 55	Navarro Gordo MB	61	Rodríguez Cañas D	64, 65	Timonet Andreu E	22, 26
López Sánchez MM	52	Naya Leira C	55	Rodríguez Estévez L	62	Tirado Trujillos MA	35
López Serna M	62	Nebot Margalef M	36	Rodríguez García I	58	Tolosana Viu JM	44
López Sixto SM	60	Neiro Rey C	40	Rodríguez Pascual C	37	Toranzo Nieto I	62
Lorenzo A	20	Nicolás Pérez C	27, 37	Rodríguez Pichardo YM	36	Toro Maldonado J	52
Lorenzo González J	41	Niebla Bellido M	44	Rodríguez Rodrigo FJ	42	Torreclilla Jiménez M	52, 58
Losa García L	47	Núñez López JC	52	Roibas Castiñeira MC	24	Torrente Carballido M	37
Lozano Hernández C	29	Oller Veloso MC	61	Rojas García A	36	Torres González N	21, 41
Luengo Alarcía MJ	61	Olmos Blanco C	39	Roldán Grao I	48	Torres Saura F	43, 50
Luengo Mondéjar P	62	Ortega Bombín T	31, 32, 33	Romero Castro MJ	28	Torresquesana Castro S	40, 65
Luque López R	64	Ortega Fernández L	24, 30	Romero Vazquiéniz M	43, 50	Trave Colorado C	65
Luque Mazuelos R	25, 49	Ortiz Blanco I	61	Roque Rodríguez B	28	Trillo Nouche R	40
Luque Serrano ML	64	Ortiz Cortés C	28	Rosenfeld Vilalta L	24, 36	Trugeda Padilla A	41
Macaya Miguel C	27, 37, 57	Otero Agra M	38	Rovira Vilamala I	44	Tuñón Fernández J	20
Mahía Casado P	32	Pacios Pacios MA	48	Rúa Pérez MC	46	Unzué Vallejo L	42
Márquez López A	27	Palau Durán M	50, 59	Rubio Sanz J	45	Urbiola García A	34
Martín Barrera R	49	Paniagua Roncero F	53, 62	Ruiz Bustillo S	30	Uslé Gómez AM	55
Martín Barrero R	25	Paniego Lorenzo Y	61	Ruiz Gavalda J	22, 23, 27	Valdivia Miranda D	43
Martín Girón I	44	Papín Rivas MP	46	Ruiz Sánchez D	34	Valdivia Pérez A	36
Martín Herrero F	62	Pardo González M	58	Ruiz Serrano A	22	Valle Muñoz A	36
Martín Sanz A	31	Parellada Vendrell M	47	Ruiz Sierra M	50, 59	Valverde Bernal J	22, 23, 27
Martínez Crespo J	43, 50	Parra Jiménez FJ	42	Sabater Sánchez M	46	Varela Román A	38
Martínez Font S	63	Pedreira Pérez M	60	Sáinz González M	55	Varela Tomé MD	59, 60
Martínez Gómez E	27, 32	Pedrosa Carrera C	25	Saiz Fernández G	55	Vázquez Calatayud M	33
Martínez Hernández MM	63	Pelegri Ferrer F	55	Saleh El Kabar M	51	Vega Fernández JM	28
Martínez Monzonís MA	60	Pello Lázaro AM	20	Salvador Rodríguez P	24	Veiga Fernández G	55
Martínez Paulet N	34	Peña Gil C	40	San Blas Díaz M	43	Velasco Furlong L	51
Martínez Pérez J	23	Peñacobá Puente C	51	San José MM	57	Vélez Vélez E	25
Martínez Piédrola R	51	Pereira López EM	30	Sánchez AI	20	Venturas Nieto M	44, 48, 51, 63
Martín-Fernández Martín L	43	Perelló Ferreiro D	41	Sánchez Alonso MT	53, 62	Vicedo López A	36
Matas Avellà M	44, 58	Pérez Espejo P	28	Sánchez Bardanca A	60	Vicente Chao R	60
Mateo Luque E	34	Pérez Loza I	47	Sánchez Bustelo A	56	Vidal Hagemeyer B	54
Mateos García MD	49	Pérez Monzálviz M	52	Sánchez Fernández LM	53, 62	Vidal Pérez RC	38
Mañill Lafuente E	34	Pérez Ortega S	44, 47, 63	Sánchez Fernández PL	62	Vila Abelleira JR	37
Mayo Bazarra N	60	Pérez Serrano M	27, 37	Sánchez González JC	25	Vilacosta I	27, 37
Mazón Ramos P	60	Pérez Villacastín J	32	Sánchez Herrera P	51	Vilar Fernández S	37
Medina Peralta J	42	Pimienta González R	21, 43	Sánchez M	54	Villalobos Abelló A	37
Melado Corral S	42	Porrás Ramos Y	28	Sánchez Méndez S	24	Villanueva Soto S	27
Mendiluce Greño N	33	Poyatos Manrubia S	54	Sánchez Paule Y	26	Villar Espejo MT	48
Merino Romero MI	35	Prat Masana M	47	Sánchez Zálvez P	50	Wallia Marcos MC	29
Mesa Rico R	26	Prats Barrera J	51, 63	Sanchis Ruiz L	54	Yus Mondejar L	52
Mezcua Robles M	49	Puebla Sánchez M	20	Sandín Fuentes MG	45	Zorita Gil B	48
Miguel Gómez C	52	Pujalte Aznar MF	29	Sanz Cardoso S	41	Zurita Mohedano F	42
Miguel Gómez P	52, 53, 58	Querol Vallés E	51, 63	Sarrión Catalá MM	32, 33		
Millán Álvarez X	22	Quijada Fumero A	41, 55	Saura Araguas J	48		
Miranda Castaño S	24	Quintas L	20	Seller Moya J	36		
Moliner Abós C	57	Rabadán Anta MT	63	Seoane Blanco AM	38		
Mont Girbau JL	44	Rabadán Pérez MC	58	Seoane Pardo NM	64		
Montero Álvarez M	58	Ramírez Ramos C	27, 47	Serrano Cabañero A	48		

EuroHeartCare2020

Sevilla, del 4 al 6 de junio

EuroHeartCare es el Congreso anual de la Asociación de Enfermería Cardiovascular y Profesiones Afines (ACNAP) destinado a ayudar a los profesionales de la salud a brindar la mejor atención posible a pacientes con enfermedades cardiovasculares.

500 participantes de más de 40 países

+300 resúmenes enviados

+30 sesiones y talleres

80 profesores expertos

internacionales

Sesiones interactivas



Con la colaboración especial de la AECC

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

Coordinadora: Susana Rubio Martín. revistametodologia@enfermeriaencardiologia.com

Claves para el diseño y validación de cuestionarios en Ciencias de la Salud

Autoras

Carmen M.^a Sarabia Cobo, Ana Rosa Alconero Camarero.

Enfermeras. Doctoras en Ciencias de la Salud. Profesoras del Departamento de la Facultad de Enfermería. Universidad de Cantabria. Grupo de Investigación en Enfermería IDIVAL, Santander (Cantabria) España

Dirección para correspondencia

Ana Rosa Alconero Camarero
Facultad de Enfermería. Universidad de Cantabria
Av. de Valdecilla, s/n
39008 Santander, Cantabria

Correo electrónico:
alconear@unican.es

Resumen

El empleo de cuestionarios es una práctica muy habitual en Ciencias de la Salud. No obstante, el desconocimiento de las características que debe cumplir un cuestionario da lugar a un uso inadecuado y a la recogida de datos inútil. El objetivo de este artículo es realizar un análisis de las características que debe cumplir todo instrumento para asegurar datos válidos y fiables. Describimos los conceptos básicos y el proceso a seguir tanto para la validación de cuestionarios de nueva creación como de cuestionarios ya existentes.

Palabras clave: encuestas, cuestionarios, diseño de encuesta, reproducibilidad de los resultados, psicometría.

Keys for questionnaire design and validation in health sciences

Abstract

The use of questionnaires is a very common practice in health sciences. However, the ignorance of those characteristics to be met by a questionnaire results in an inappropriate use and a useless data collection. The aim of this article is to carry out an analysis of the characteristics that any instrument must meet so as to ensure valid and reliable data. We hereby describe the basic concepts and the process to be followed for the validation both of newly created questionnaires and of already existing questionnaires.

Keywords: surveys, questionnaires, reproducibility of results, psychometrics.

Enferm Cardiol. 2019; 26 (77): 69-73.

INTRODUCCIÓN

La publicación de artículos utilizando cuestionarios como herramienta metodológica es muy usual, ya que, es una técnica aparentemente fácil, con un bajo coste y con unas tasas mayores de respuestas en los participantes. En todos los artículos revisados se habla de la importancia en la elaboración

de un cuestionario como parte significativa de un diseño de investigación, puesto que los resultados conseguidos pueden estar condicionados fundamentalmente por la adecuación del diseño de las preguntas, entre otros factores¹⁻⁴.

Con el objeto de explicar inicialmente alguno de los conceptos que se van a debatir en este artículo, es preciso redactar de

manera concisa, sencilla y encadenada la diferencia y al mismo tiempo la relación entre encuesta, cuestionario y entrevista.

Conceptualmente «encuesta» es un procedimiento en el que el investigador recopila datos mediante un cuestionario previamente diseñado⁴. El vocablo «cuestionario» se define como un documento estructurado que recoge la información mediante la realización de una batería o conjunto de preguntas dirigidas a una muestra representativa con el fin de cuantificar y generalizar los resultados⁵. Por ejemplo, un cuestionario debe recoger la información de todas las variables consideradas de interés, mediante el cumplimiento de una serie de preguntas, siendo esta una tarea difícil, cuando el investigador que lo está creando no está familiarizado con este procedimiento. Los cuestionarios son instrumentos de medida dirigidos a medir variables que en muchas ocasiones no podemos medir directamente, ya que, en salud algunas cualidades no son directamente observables (por ejemplo, la calidad de vida, el estrés, la alfabetización en salud) y son los denominados *constructos*⁶. Para ello, mide *n* variables que sí son observables (por ejemplo, *n* respuestas a un cuestionario), esas variables son los ítems o preguntas del cuestionario, cuyo conjunto pueden darnos una medida de la cualidad no observable o constructo que queremos medir (un ejemplo claro lo tenemos en el Índice de Barthel⁷ que mide el grado de dependencia, que sería el constructo de una persona en función de una serie de ítems que son las Actividades Básicas de la Vida Diaria). Es decir, el cuestionario como instrumento de medida, nos permite «medir» de la forma más objetiva y homogénea posible todo tipo de variables. La ciencia que estudia la construcción y validación de cuestionarios y test es la Psicometría, que es una rama de la Psicología⁸.

Los cuestionarios, pueden ser guiados mediante entrevista personal, entrevista telefónica, auto-administrado en grupo con presencia de un entrevistador, y por correo², y siempre antes de ponerlo en marcha, se debe seguir como estrategia una prueba piloto que va a posibilitar la corrección de alguna de las preguntas antes de llevarlo a cabo. Se sabe que la entrevista consiste en un diálogo (verbal o por escrito) de dos o más personas para tratar un tema concreto. Esta técnica precisa del conocimiento de técnicas de comunicación, un guión estructurado y tener una finalidad específica⁴.

Tras la elaboración de un cuestionario y antes de generalizar su aplicación, son necesarios unos criterios de calidad que requieren unas condiciones de adecuación, como es la validez, fiabilidad, sensibilidad, delimitar sus componentes, estar basado en los datos establecidos por los pacientes y ser aceptado por todos los intervinientes (clientes, pacientes, profesionales e investigadores)⁵; sin embargo, como la validación es un proceso complejo, será el investigador el que busque un instrumento/cuestionario que tenga demostrada su validez y fiabilidad en otras investigaciones publicadas, y poder comparar los resultados (tabla 1)^{3,5}.

El objetivo de este artículo es situar al lector de la manera más clara posible, en la realización del diseño y la validación de un cuestionario/escala de evaluación o en su defecto identificar en otros cuestionarios publicados los criterios de calidad para poder utilizarlos.

Tabla 1. Características en la validación de un cuestionario³.

CARACTERÍSTICAS EN LA VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO	
1. Viabilidad	
2. Fiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> · Repetibilidad. · Fiabilidad interobservador. · Consistencia interna.
3. Sensibilidad	<ul style="list-style-type: none"> · Sensibilidad al cambio.
4. Validez	<ul style="list-style-type: none"> · Validez lógica. · Validez de contenido. · Validez de criterio. · Validez de constructo o de concepto.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS EN LA VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO

Para entender el proceso en la utilización de un cuestionario, se va a explicar a continuación en términos sencillos algunos conceptos clave⁹⁻¹¹. Estos son la Fiabilidad y la Validez:

Fiabilidad

Se relaciona con la precisión de la medida y su estabilidad en el tiempo. Si a un grupo de sujetos le aplicamos el mismo cuestionario en dos o más ocasiones espaciadas en el tiempo, diremos que es fiable si los sujetos tienden a mantener la misma puntuación, o quedan ordenados de la misma forma en las distintas aplicaciones. Fiabilidad es sinónimo de precisión. Hay diferentes métodos estadísticos para evaluar la fiabilidad de un cuestionario, pero el más empleado es el estadístico de correlación alfa de Cronbach (α) que mide la consistencia interna del cuestionario (es decir, el grado de correlación entre los ítems que forman el cuestionario). Sus valores oscilan entre 0 y 1 «El valor mínimo aceptable para el coeficiente α de Cronbach es 0,7; por debajo de ese valor la consistencia interna del cuestionario es bajo, o lo que es lo mismo: es poco fiable o preciso para medir lo que queremos medir». Otro concepto que mide fiabilidad es la estabilidad temporal, que es la concordancia entre los resultados del cuestionario al ser evaluado la misma muestra en dos situaciones o momentos diferentes, lo que llamamos fiabilidad test-retest y que también se estudia con una prueba de correlación entre ambas medidas (Pearson, por ejemplo, cuyos valores también oscilan entre 0 y 1, cuanto más próximo a 1 el valor, mejor correlación).

Validez

Se refiere al grado en que un cuestionario mide la variable que pretende medir. Por ejemplo, un test de inteligencia no será válido, si lo que mide es realmente memoria y no inteligencia. No se debe olvidar que cuando se trata de cuestionarios empleados como pruebas diagnósticas (ejemplo: un test para diagnosticar Depresión) aparecen dos conceptos más que son la *Sensibilidad* (capacidad del cuestionario para detectar la enfermedad o el constructo a detectar) y la *Especificidad* (probabilidad de clasificar correctamente a un individuo sano como tal). Es decir,

cuanto más sensible y específico sea un cuestionario, menos falsos negativos y falsos positivos tendrá. Desde la Psicometría hay tres tipos de validez en relación a un cuestionario que requieren análisis estadísticos más o menos complejos.

■ **La validez de contenido:** los ítems que forman parte del cuestionario son adecuados para medir lo que queremos medir. Se consigue a través de un panel de expertos (grupo de personas expertas en lo que quiere medir el cuestionario) que juzgan la adecuación de los ítems del cuestionario para medir lo que se pretende. Los métodos utilizados para medir esta validez son: el método Delphi, la estimación de magnitud, el modelo Fehring y la metodología Q. Y los estadísticos que suelen emplearse son la prueba no paramétrica (W) de Kendall, el índice de validez de contenido (IVC) y la prueba de V de Aiken. Todas evalúan el grado de concordancia entre los expertos y la validez de contenido de los ítems al cuestionario.

■ **Validez de criterio:** cuando empleamos un criterio de referencia que nos posibilita saber si nuestro instrumento mide lo que dice medir en teoría, o si por el contrario, una vez recogidos los datos, se comprueba que estamos midiendo cosas diferentes a las pretendidas. Se evalúa de diferentes formas pero el habitual es usar un cuestionario ya estandarizado a modo de *gold standard* y compara los resultados obtenidos entre ese cuestionario y el nuestro, si son similares significa que el nuestro evalúa lo mismo.

■ **Validez de constructo:** la más compleja de todas, pretende analizar si el cuestionario se ajusta a un modelo predictivo estadístico de la cualidad o constructo que queremos medir, empleando para ello el Análisis Factorial (Exploratorio, AFE y Confirmatorio, AFC) que es un análisis estadístico multivariante que reduce un conjunto de variables interrelacionadas a un número de variables comunes llamados *factores* o *dimensiones*. Esto da lugar a que muchos cuestionarios tengan más de un factor o dimensión dentro del cual se agrupan una serie de ítems que miden ese factor. Ejemplo: tenemos un cuestionario que mide Alfabetización en salud en paciente con insuficiencia cardíaca y dicho cuestionario, tras hacer un AFE, está formado por 4 factores o dimensiones a los que hemos decidido poner el nombre de Conocimientos, Actitudes, Estado de salud y Apoyos sociales. Cada uno de estos factores está compuesto por x número de ítems.

FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR A LA FIABILIDAD Y VALIDEZ DE UN CUESTIONARIO

Varios son los factores que pueden afectar a la fiabilidad y a la validez y son detallados a continuación.

El primero de ellos es la improvisación en la elaboración del cuestionario. El no estar validado en el contexto donde se aplican (usar cuestionarios de adultos en niños, o cuestionarios de otro país o realidad cultural). Que sea difícil de entender o con instrucciones muy complejas. La falta de motivación de la persona a la hora de responder. Lugares o momentos inadecuados para pasar el cuestionario. Una muestra de sujetos insuficiente o muy heterogénea. La «deseabilidad social» de la hora de responder y agradar al investigador o ser aceptable socialmente¹².

EL CUESTIONARIO

Existen dos posibilidades para el investigador: emplear un cuestionario ya existente (práctica más habitual) o crear uno nuevo. Dentro de la complejidad, la primera opción es la más sencilla, pero tiene sus peculiaridades.

Utilizar un cuestionario ya existente: existen abundantes cuestionarios que evalúan todo tipo de características en el ámbito de la salud (dependencia, calidad de vida, adherencia al tratamiento, etc.). Los pasos a seguir para poder emplear un cuestionario ya existente son los que aparecen en la **Figura 1**¹³⁻¹⁵. En esta figura se aprecia dos opciones: que el cuestionario ya esté validado en nuestro idioma y país (ojo con esto, que validarlo, por ejemplo, en México no es válido para España, y viceversa) o que no lo esté en cuyo caso o se adapta y se valida o NO se podrá emplear.

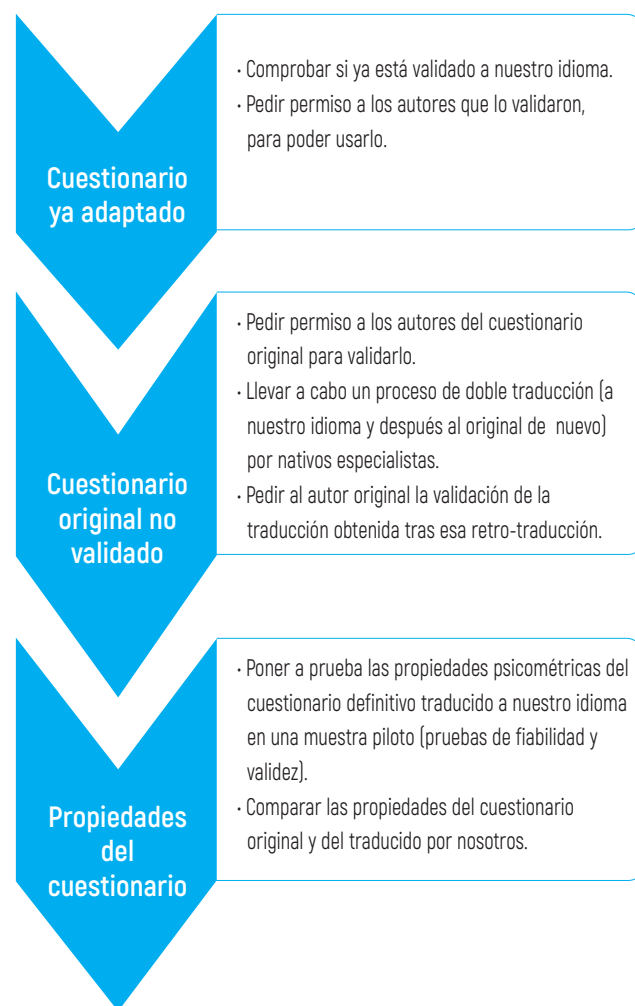


Figura 1. Proceso de validación y adaptación de cuestionarios.

Es necesario y muy importante que tomemos conciencia de asegurar que el cuestionario presenta las mismas propiedades métricas que el cuestionario original para que así la interpretación de los resultados sea la misma y podamos hacer comparativas. Si no es así, nuestros resultados no valdrán para nada, porque no serán reproducibles, ni generalizables ni comparables.

En ocasiones, estudios aceptables son rechazados en las

revistas de prestigio precisamente por este «pequeño» detalle de emplear un cuestionario no adaptado ni validado a nuestro medio.

CREACIÓN DE UN NUEVO CUESTIONARIO

A veces, no se encuentra un cuestionario adecuado a lo que se quiere medir en nuestro estudio o, si ya existe, es muy complejo y costoso validarlo a nuestro idioma y entorno y es por eso que se crea uno nuevo. Los pasos a seguir para crear un cuestionario son los que aparecen en la **Figura 2**^{8-11, 16-18}.



Figura 2. Proceso de creación y validación de cuestionarios.

A continuación se resumen brevemente los pasos a seguir en estas fases y sus características.

Fase 0. Creación del cuestionario.

■ Revisión de la literatura sobre el constructo sobre el que queremos construir el cuestionario⁹ (ejemplo: evaluación del dolor en pacientes con Alzheimer que han sufrido un IAM) para ir seleccionando los posibles ítems que formarán parte del cuestionario y si existen escalas similares en las que basarnos para construirlo.

■ Redacción del cuestionario¹⁰. Hay que atender al tipo de ítems o preguntas (abiertas, cerradas, tipo Likert, dicotómicas), determinación del número de preguntas (se aconseja entre 6 y 30 según lo que se mida), su orden y disposición dentro del cuestionario. Algunas reglas para la formulación de preguntas serían las siguientes: deben ser coherentes con el objetivo de lo que se quiere investigar, no deben incitar a respuestas implícitas ni ser ambiguas, se han de redactar de forma clara, comprensible, precisa e inequívoca, deben preguntar por un solo aspecto, redactar las preguntas en forma personal y directa, no impersonal, las preguntas más generales suelen colocarse en primer lugar y las más sencillas y menos embarazosas, las preguntas sobre un mismo tema deben agruparse juntas, la presentación debe ser agradable (si es auto-rellenable) y deben figurar muy claras las instrucciones al comienzo del cuestionario. Existen muchos manuales muy útiles para redactar adecuadamente.

■ Establecer claramente en qué formato se presentará el cuestionario, quién y cómo lo va a rellenar (papel, *on line*, auto-rellenable, con un entrevistador), cómo se van a codificar las respuestas para su posterior análisis estadístico, etc. Planificar bien este apartado ayudará posteriormente a evitar sesgos e improvisaciones.

Fase 1

Panel de expertos²⁰. Pueden tener dos funciones, desde elaborar ellos el cuestionario hasta validar la adecuación del que hayamos creado nosotros. Ejemplo: «el cuestionario ha sido creado por dos enfermeras especialistas en el área de críticos cardiológicos. Posteriormente un panel de expertos distinto formado por 8 enfermeras, mediante el Método Delphi y la prueba de concordancia de Kendall para probar el acuerdo de los expertos, determinaron la validez de contenido del cuestionario. Todas ellas realizaron sugerencias, reflexiones y mejoras al cuestionario inicial. De esta primera revisión se modificaron x preguntas, se eliminaron x y se añadieron x. Posteriormente el panel de expertos nuevamente procedió a revisar el cuestionario dando lugar al resultado final compuesto por x preguntas».

Fase 2

Pilotaje Pre. Se selecciona un número no muy grande de sujetos que tengan las características de la población que se quiere estudiar con el cuestionario, habitualmente con 10 es suficiente. Se les pregunta, empleando un cuestionario o mediante entrevista sobre las dificultades que han encontrado al hacer el cuestionario: preguntas ambiguas o difíciles de entender, duración, formato, fatiga, etc. Este paso es muy importante y ahorra esfuerzo posterior. En muchos estudios esta fase piloto se hace con una muestra mayor para optimizar

el tiempo. Tras recoger todas las impresiones de los sujetos se procede a redactar la versión final del cuestionario.

Fase 3

■ **Pilotaje Post.** Se suele recomendar un mínimo de 30 personas que realizarán el cuestionario definitivo y del modo seleccionado. Sus respuestas servirán para la evaluación psicométrica del cuestionario a través del análisis estadístico correspondiente. La prueba más empleada es el α de Cronbach que medía la consistencia interna, pero es recomendable utilizar más pruebas para tener un instrumento robusto que nos permita obtener medidas fiables, válidas y precisas. A continuación, para comprenderlo mejor, un ejemplo de un análisis psicométrico bastante completo de un cuestionario²¹: «Para el cálculo de la **validez de contenido**, se utilizó la prueba V de Aiken (valores mayores a 0,6 y próximos a 1 son los más adecuados). La **validez de criterio** se analizó mediante la correlación del cuestionario con dos variables consideradas en la literatura como *gold Standard*: cuestionario A y cuestionario B, utilizando el test no paramétrico de correlación de Spearman con un intervalo de confianza 95%. La **validez de constructo** se evaluó mediante la técnica del Análisis Factorial Exploratorio de Componentes Principales y aplicación de la solución rotada por el método VARIMAX. Cada ítem fue incluido en un solo factor, atendiendo a su carga factorial, tomando 0,4 como mínimo criterio de saturación de cada factor. Se calcularon los estimadores de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO; rango entre 0-1) y de significación estadística de Bartlett (si su valor es cercano a la unidad y son significativos $p < 0,05$, indican que el análisis con reducción de variables es adecuado). Para analizar la **fiabilidad** se realizó una evaluación de la **consistencia interna** mediante el coeficiente α de Cronbach (se considera una aceptable consistencia interna para valores mayores a 0,6), para el total del cuestionario y para cada uno de los factores de forma independiente, calculándose también la correlación ítem- total corregido y el valor α de Cronbach si el ítem es eliminado».

■ **Cuestionario final.** Es posible que tras el análisis de la calidad psicométrica del cuestionario haya que hacer ajustes, como eliminar ítems para conseguir buenos resultados en la validez y fiabilidad.

REFLEXIONES FINALES

El uso de instrumentos fiables y validados es un garante de calidad de los datos recogidos.

Una investigación rigurosa requiere emplear encuestas validadas con buenas propiedades psicométricas. De modo contrario, los resultados obtenidos no podrán ser válidos ni generalizables y pueden anular cualquier conclusión extraída.

¡Muy importante!, antes de decidir el empleo de un cuestionario se debe asegurar que está validado en nuestro idioma y en la población con la que se va a trabajar (esta información se puede obtener en el apartado de metodología de cualquier artículo que se revise sobre el tema). Si no fuese así, sería necesario llevar a cabo el proceso de validación desde el idioma y contexto original del cuestionario.

Si se va a crear un nuevo cuestionario es necesario

seguir los pasos recomendados en la literatura para obtener un instrumento válido y fiable para el objeto de nuestras investigaciones.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Rubiales AS. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar*. 2011;34:63-72.
2. García Alcaraz F, Alfaro Espín A, Hernández Martínez A, Molina Alarcón M. Diseño de Cuestionarios para la recogida de información: metodología y limitaciones. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2006;1:232-236.
3. Argimón JM, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
4. Martín Arribas MC. *Diseño y validación de cuestionarios*. *Matronas Prof*. 2004;5:23-29.
5. Badía X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Med Clin*. 1998;110:550-556.
6. Muñoz J. La validez desde una óptica psicométrica. *Acta Comportamental*. *Revista Latina de Análisis de Comportamiento*. 2005; 13:9-20.
7. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Publica*. 1997;71:127-137.
8. Muñoz J. (Coord.). *Psicometría*. Madrid: Ed. Universitas. 1996.
9. Polit DF, Hungler BP. *Investigación científica en Ciencias de la Salud: principios y métodos*. 6ª. ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. pp. 398-401.
10. Tovar J. *Psicometría: tests psicométricos, confiabilidad y validez*. *Psicología: Tópicos de actualidad*. 2007;85-108.
11. Navas Ara MJ. *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica*. *Psicothema*. 2002;14:871-73.
12. Gómez-Benito J, Hidalgo-Montesinos MD. *Desarrollos recientes en psicometría*. *Avances en medición*. 2003;1:17-36.
13. Hilton A, Skrutkowski M. Translating instruments into other languages: development and testing processes. *Cancer Nurs*. 2002;25:1-7.
14. Maneesriwongul W, Dixon J. Instrument translation process: a methods review. *J Adv Nurs*. 2004;48:175-186.
15. Tornimbeni S, Pérez E, Olaz F, de Kohan NC, Fernández A, Cupani M. *Introducción a la psicometría*. Buenos Aires: Paidós; 2008.
16. Martín Andrés A, Luna del Castillo JD. *Bioestadística para las Ciencias de la Salud*. Capitel Ed.; 2004.
17. Augusto Bernal C. *Metodología de la Investigación*. Pearson; 2006.
18. Batista-Foguet JM, Coenders G, Alonso J. Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Med Clin*. 2004;122:21-27.
19. Alconero-Camarero AR, Gualdrón-Romero A, Sarabia-Cobo CM, Martínez-Arce A. Clinical simulation as a learning tool in undergraduate nursing: Validation of a questionnaire. *Nurse Educ Today*. 20016;39:128-134.
20. Sarabia-Cobo CM, Parás-Bravo P, Amo-Setién FJ, Alconero-Camarero AR, Sáenz-Jalón M, Torres-Manrique B, et al. Validation of the Spanish version of the ICECAP-O for nursing home residents with dementia. *PLoS One*. 2017;12(1):e0169354.
21. Gimeno F, Buceta JM, Pérez-Llanta MD. El cuestionario «características psicológicas relacionadas con el rendimiento deportivo (CPRD): Características psicométricas. *Análisis Psicológica*. 2011;19:93-113.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS

Coordinador: Juan Carlos Rubio Sevilla. revistaecg@enfermeriaencardiologia.com

Prescripción enfermera

Autor

Juan Carlos Rubio Sevilla

Enfermero en el Centro de Salud de Torrijos. Toledo.

Enfermero Especialista en Enfermería Geriátrica.

Especialista en Investigación en salud. Universidad de Castilla La Mancha (UCLM).

Experto en Dirección de organizaciones sanitarias. Universidad Carlos III de Madrid (UCIII).

Dirección para correspondencia

Juan Carlos Rubio Sevilla

Comité Editorial Enfermería en Cardiología

Casa del Corazón

Ntra. Sra. de Guadalupe, 5-7

28028 Madrid

Correo electrónico:

revistaecg@enfermeriaencardiologia.com

Resumen

La competencia de la prescripción enfermera ya estaba regulada en otros países, así como el diagnóstico de enfermería en la Unión Europea; pero, hasta el año 2018, en España había aspectos normativos que no permitían el desarrollo de ambas competencias. En la actualidad, el desarrollo normativo ha reconocido ambas competencias enfermeras. Por tanto, la aplicación asistencial queda abierta a lo que determinen unos documentos técnicos, como son los protocolos y guías de práctica asistencial, pero sin necesidad de tener que modificar la legislación.

Palabras clave: diagnóstico de enfermería, prescripciones de medicamentos, enfermería, registro de productos.

Nursing prescription

Abstract

The competence of nursing prescription was already regulated in other countries, as well as nursing diagnosis in the European Union, but, until 2018, in Spain there were regulatory aspects that did not allow the development of both competences. Currently, regulatory development has recognized both nursing competences. Therefore, healthcare application is open to what is determined by various technical documents, such as protocols and guidelines for healthcare practice, but without the need to modify the legislation.

Keywords: nursing diagnosis, drug prescriptions, nursing, products registration.

Desde que empezamos esta sección se han producido importantes cambios relativos a dos competencias enfermeras: el desarrollo legislativo del Diagnóstico de Enfermería y de la Prescripción Enfermera. Esta regulación reconoce un papel independiente de la enfermera para determinados aspectos de su trabajo y potencia el trabajo en equipo o colaborativo con el médico. Los diagnósticos de enfermería tenían a nivel internacional el reconocimiento legal, pero en España todavía no se había regulado, y sigue sin estar totalmente claro.

Con la prescripción enfermera hemos pasado de una situación que podríamos denominar «alegal» (no regulada), luego ilegal y actualmente legal y/o a un paso de la legalidad. El proceso legislativo^{1-12,16-18}, especialmente de la prescripción, ha sido complicado e intentaremos resumir el desarrollo normativo y sus implicaciones, porque hasta una sentencia del Tribunal Supremo¹⁷, reconoce literalmente sobre la regulación de la prescripción, que podrá ser objeto de crítica la forma de legislar e incluso la califica de innovación legislativa, como veremos más adelante.

1. DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Nueva competencia con escaso impacto en el ejercicio profesional y poca claridad legislativa.

El Real Decreto 581/2017¹, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, recoge la competencia en el diagnóstico enfermero independiente.

En la sección tercera del mencionado RD se describe la formación y la competencia de la enfermera responsable de cuidados generales. El artículo 42.7.a) dice que independientemente de la formación que haya adquirido en una universidad, un centro de enseñanza superior de nivel reconocido como equivalente, una escuela profesional o mediante programas de formación profesional en enfermería, el profesional se encuentra, como mínimo, en condiciones de aplicar las siguientes competencias: Competencia para diagnosticar de forma independiente los cuidados de enfermería necesarios utilizando para ello los conocimientos teóricos y clínicos, y para programar, organizar y administrar cuidados de enfermería al tratar a los pacientes sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos de conformidad con el apartado 6, letras a), b) y c), con el fin de mejorar la práctica profesional.

A juicio del Consejo General de Enfermería (CGE), la transposición de la directiva europea añade nuevas competencias profesionales de los enfermeros que afectan a la forma en que se va a desarrollar el ejercicio profesional, pero probablemente será necesario una norma con rango de ley que regule en el desarrollo profesional la nueva competencia formativa independiente. En particular, pone de relieve que la Directiva obliga a que el enfermero adquiera, a través de su formación, la competencia para diagnosticar de forma independiente los cuidados de enfermería y para tratar a los pacientes, lo que afecta a la definición de sus competencias que contiene el artículo 7.2.a) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias² (LOPS).

El Consejo de Estado, en su dictamen³, de 25 de mayo de

2017, daba la razón al CGE: la pretensión de separar, como compartimentos estancos, las competencias formativas de las competencias profesionales es artificioso, atendiendo a que el sistema entero de reconocimiento de cualificaciones tiene por objeto permitir el ejercicio de profesiones reguladas en un Estado miembro distinto a aquel en el que se obtuvo una determinada formación adquirida (...). Es obvia la conexión entre el sistema de reconocimiento de cualificaciones y las normas reguladoras de la obtención de los títulos universitarios que habilitan para el ejercicio de parte de las profesiones incluidas en aquel sistema.

En dicho dictamen del Consejo de Estado, el Ministerio de Sanidad entendía por su parte que la Directiva y el RD hacen referencia a las competencias que tienen que estar acreditadas como adquiridas en la formación, sin que se recojan en la Directiva las competencias profesionales a desarrollar por una determinada profesión, pues su determinación es competencia de los Estados miembros, a lo que añade que solo lo relativo a la formación recibida y la acreditación de las competencias en la formación son objeto de este artículo [artículo uno.23.g) de la Directiva y 43.7 del Proyecto], ya que determina el reconocimiento automático por formación armonizada.

Pese a que el Consejo de Estado daba la razón al CGE en su dictamen, en términos jurídicos se ha publicado una reciente sentencia contraria a las demandas del CGE que solicitaba la regulación con rango de Ley, no de Real Decreto, de la trasposición comunitaria de la Directiva anteriormente mencionada. La sentencia del Tribunal Supremo⁴ STS 822/2019 ha desestimado el recurso contencioso-administrativo, pero esto no afecta directamente a la regulación de las competencias.

Pero para reforzar el planteamiento del Consejo de Estado y del Consejo General de Enfermería, tal vez haya pasado desapercibido en los fundamentos de derecho el Real Decreto 1093/2010⁵, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Este Real Decreto, que entró en vigor casi siete años después de la LOPS, debe respetar el principio de jerarquía normativa. En España la Constitución garantiza expresamente el principio de jerarquía normativa. El principio de jerarquía normativa permite establecer el orden de aplicabilidad de las normas jurídicas y el criterio para solucionar las posibles contradicciones entre normas de distinto rango, de modo que las normas de rango inferior no pueden contradecir ni vulnerar lo establecido por una norma de rango superior.

Este RD 1093/2010 regula en el Anexo VII el Conjunto de datos del informe de cuidados de enfermería, y establece cuáles son los datos mínimos del informe de cuidados de enfermería al Alta de Enfermería o la Derivación Enfermera, que debe reflejar entre otros:

- **Causas que generan la actuación enfermera.**

- **Diagnósticos Enfermeros resueltos.** Literal NANDA [contenido mínimo] y código NANDA [recomendable]. Se trata de destacar aquellos diagnósticos, ya resueltos, que puedan resultar de interés para prever posteriores apariciones.

- **Modelo de referencia utilizado y resultados destacables.** Información relativa a la valoración enfermera más reciente,

así como especificar otras escalas o test aplicados ajenos al modelo utilizado en la valoración general.

- **Diagnósticos Enfermeros activos.** Literal NANDA (contenido mínimo) y código NANDA (recomendable). Aquellos diagnósticos presentes en el momento de la elaboración del informe, tanto reales como potenciales.

- **Resultados de Enfermería.** Literal NOC (contenido mínimo) y código NOC (recomendable). Aquellos resultados seleccionados para identificar la evolución del paciente, como resultado de las intervenciones planificadas.

- **Intervenciones de Enfermería.** Literal NIC (contenido mínimo) y código NIC (recomendable). Las intervenciones que se están llevando a cabo en el momento de elaboración del informe.

- **Enfermera Responsable 1 y 2.** Nombre, dos apellidos y categoría profesional (contenido mínimo). Es parte del pie de firma del informe y el segundo pie de firma que suele supervisar al primer firmante (como puede ser el caso de Enfermera y Enfermera Residente (EIR).

- **Motivo del Alta / Derivación Enfermera.**

En el informe de cuidados de enfermería no aparece el médico en ningún apartado y la que firma el informe es la o las enfermeras responsables. Estas enfermeras son responsables entre otras cosas de la valoración enfermera, del Diagnóstico Enfermero (NANDA), así como de las Intervenciones (NIC) y del Resultado de Enfermería (NOC). Por tanto, el RD reconoce la responsabilidad (autonomía y competencia) del diagnóstico enfermero. Si el diagnóstico enfermero no fuese competencia enfermera, no cabría exigirle la responsabilidad a la enfermera o a la enfermera que supervisa, sino al médico.

En virtud de lo anterior, en el ámbito europeo se reconoce que la enfermera ha adquirido nuevas competencias, pero actualmente la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) no reconoce expresamente esas nuevas competencias adquiridas en el ejercicio profesional en España. Las competencias del ejercicio profesional tienen que ser reguladas en cada Estado de la Unión Europea. De acuerdo al informe del Consejo de Estado, a las demandas del CGE y al Real Decreto 1093/2010, aunque este RD responsabiliza a la enfermera de esa competencia (diagnóstico enfermero), la competencia del diagnóstico enfermero debería estar más clara y con rango de Ley para evitar dudas interpretativas.

2. PRESCRIPCIÓN ENFERMERA: Acreditación de los enfermeros para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano.

Aunque en el presente artículo no profundizaremos sistemáticamente en el concepto de prescripción enfermera¹⁵, hay que remontarse a los antecedentes en otros países y a la práctica asistencial en España. Este concepto presenta gran debate y polémica sobre su denominación. Los términos diagnosticar, recetar y prescribir parecen «prohibidos» a la profesión enfermera y a otras profesiones. Empezaremos describiendo las consecuencias de la normativa en la práctica

asistencial y finalizaremos con el análisis lingüístico y legislativo, en el que describamos brevemente qué ocurre en otros países y en España.

Con el actual desarrollo legislativo⁶⁻¹¹, no todas las enfermeras van a poder realizar automáticamente la prescripción o la orden de dispensación. Las enfermeras deben estar acreditadas y para ello se regula el procedimiento, los requisitos de acreditación y la adquisición de competencias, si no se han adquirido.

2.1. Requisitos para la acreditación.

La enfermera en el ámbito de los cuidados generales, los requisitos que debe reunir para obtener la acreditación para la indicación, uso y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano son los siguientes: Estar en posesión del título de Graduado en Enfermería, de Diplomado en Enfermería, o de Ayudante Técnico Sanitario, o equivalente. Además, debe cumplir uno de los dos siguientes requisitos:

- Acreditación de una experiencia profesional mínima de un año.
- Superación de un curso de adaptación adecuado ofrecido por la Administración Sanitaria de manera gratuita.

La enfermera en el ámbito de los cuidados especializados, los requisitos que debe reunir para obtener la acreditación para la indicación, uso y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano son los siguientes: estar en posesión del título de Graduado en Enfermería, de Diplomado en Enfermería o de Ayudante Técnico Sanitario, o equivalente, así como del título de Enfermero Especialista a que se refiere el artículo 2.1 del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería. Además, debe cumplir uno de los dos siguientes requisitos:

- Acreditación de una experiencia profesional mínima de un año.
- Superación de un curso de adaptación adecuado ofrecido por la Administración Sanitaria de manera gratuita.

2.2. Procedimiento de la acreditación por las CC. AA.

Según la Sentencia¹² del Tribunal Constitucional de 2018, el procedimiento de acreditación corresponde a las comunidades autónomas. Por tanto, el procedimiento de acreditación de las enfermeras y enfermeros estará regulado por las comunidades autónomas en el ámbito de sus competencias.

Corresponde a la persona titular del órgano competente de la comunidad autónoma respectiva otorgar la acreditación de las enfermeras y enfermeros responsables de cuidados generales y de las enfermeras y enfermeros responsables de cuidados especializados, para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano con sujeción a los requisitos y procedimiento regulados, respectivamente, en los artículos 9 y 10. De esta manera, se cambia el origen de la normativa que establecía que el órgano competente para la instrucción y tramitación de la acreditación sería la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad.

2.3. Régimen transitorio para la obtención de las competencias y de la acreditación: Oferta formativa.

La disposición transitoria única del texto consolidado⁶⁻⁷ del RD de 2015, modificado en 2018, establece un régimen transitorio de obtención de las competencias para las enfermeras y enfermeros que no ostenten el título de Grado de Enfermería, de Diplomado en Enfermería o de Ayudante Técnico Sanitario y que hasta la entrada en vigor de este Real Decreto hayan desarrollado funciones de indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano como consecuencia de la aplicación de normativa autonómica vigente sobre la materia.

Con carácter excepcional podrán acceder a la acreditación regulada en el capítulo IV cursando la solicitud de acreditación ante el órgano competente de la comunidad autónoma correspondiente, a la que habrán de acompañar un certificado del Servicio de Salud acreditativo de que el interesado/a ha adquirido las competencias profesionales que se indican, según los casos, en el anexo I y que cuenta con una experiencia profesional mínima de tres meses en el ámbito de la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano, bien en su ejercicio como enfermera o enfermero responsable de cuidados generales, bien como enfermera o enfermero especialista.

Las comunidades autónomas, las universidades, el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España y otras entidades profesionales enfermeras que promuevan su desarrollo profesional continuo podrán desarrollar la correspondiente oferta formativa que permita a las enfermeras y enfermeros a que se refiere el apartado anterior la adquisición de las competencias sobre indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano que se recogen en el anexo I.

2.4. Reconocimiento de acreditación a profesionales de enfermería procedentes de Estados miembros de la Unión Europea y de terceros países.

La disposición adicional cuarta referida al reconocimiento de acreditación a profesionales de Enfermería procedentes de Estados miembros de la Unión Europea y de terceros países también ha sido modificada.

La nueva redacción establece que podrá reconocerse la acreditación a las enfermeras y enfermeros procedentes de otros Estados miembros de la Unión Europea y de terceros países para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano, tanto en el ámbito de los cuidados generales como en el ámbito de los cuidados especializados, previa justificación del cumplimiento de las previsiones y de los requisitos de acreditación regulados en el artículo 9.

2.5. Régimen aplicable a las enfermeras de las Fuerzas Armadas y a las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología.

Estas enfermeras, por ciertas condiciones particulares de

su actividad profesional, tienen condiciones especiales según la disposición adicional primera y segunda del mencionado RD.

2.6. Medicamentos especiales o de una alta complejidad.

Por sus posibles condiciones especiales, la nueva normativa contempla que de manera excepcional, cuando los avances científicos lo pudieran requerir, los protocolos y las guías de práctica clínica y asistencial podrán prever complementar la formación de las enfermeras y enfermeros.

3. TIPOS DE MEDICAMENTOS, PRESCRIPCIÓN Y DE ORDEN DE DISPENSACIÓN

En la actualidad encontramos los productos sanitarios y los tipos de medicamentos objeto de la presente regulación: los medicamentos sujetos a receta médica, los medicamentos no sujetos a receta médica y los productos sanitarios.

Con la anterior regulación⁶, la prescripción se dividía en prescripción autónoma (medicamentos no sujetos a receta médica y productos sanitarios) y colaborativa (medicamentos sujetos a receta médica); pero con la actual redacción, se introducen tres situaciones:

- **Productos sanitarios y medicamentos no sujetos a receta médica:** en estos casos, las enfermeras/os pueden prescribir de forma autónoma, atendiendo siempre a su juicio clínico y con criterios de responsabilidad profesional.

- **Medicamentos de prescripción médica que no requieren de un diagnóstico médico previo (validación previa), por tratarse de actuaciones enfermeras:** vacunas, cura de heridas, oxitocina, etc. En estos supuestos, las enfermeras/os actuaremos conforme a protocolos y guías de práctica clínica previamente establecidos entre los profesionales y las autoridades.

El artículo 3.2 Real Decreto 1302/2018 establece: Para que las enfermeras y enfermeros acreditados/as puedan llevar a cabo las actuaciones contempladas en este artículo respecto de la **administración de estos medicamentos a determinados pacientes, los protocolos o guías de práctica clínica y asistencial deberán contener necesariamente aquellos supuestos específicos en los que se precisa la validación médica previa a la indicación enfermera.** Asimismo, y con carácter general, los protocolos o guías de práctica clínica y asistencial contemplarán las actuaciones que, en el ámbito de sus respectivas competencias, el personal médico y enfermero realizarán colaborativamente en el seguimiento del proceso, al objeto de garantizar la seguridad del paciente y la continuidad asistencial.

Las vacunas, aunque se trata de un medicamento sujeto a receta médica, el artículo 3.3 del mencionado RD, establece: Salvo en aquellos casos en los que un paciente, en atención a sus condiciones particulares, precise de una valoración médica individualizada, la administración de las vacunas contempladas en el calendario vacunal y aquellas tributarias de campañas de salud que se determinen por las autoridades sanitarias, sólo precisará de la correspondiente orden de dispensación.

- **Indicación de aquellos medicamentos sujetos siempre a un diagnóstico y una prescripción médicos (validación médica previa).** Tras el diagnóstico y prescripción médicos, las enfermeras/os actuaremos conforme a protocolos previamente establecidos entre los profesionales y las autoridades. En estos casos, las enfermeras/os realizaremos los cuidados y el seguimiento posterior del paciente.

Con la actual regulación⁶⁻⁷, estas 3 situaciones generan en la práctica dos tipos de prescripción enfermera, según determinen los protocolos y guías de práctica asistencial:

- **Prescripción autónoma:** Prescripción, utilización y orden de dispensación autónoma de medicamentos no sujetos a receta médica, productos sanitarios y medicamentos sujetos a prescripción médica en los que no sea precisa una validación médica previa a la indicación enfermera (vacunas y otros medicamentos que establezcan los protocolos y guías).

- **Prescripción colaborativa:** Indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica en los que sea precisa una validación médica previa a la indicación enfermera, según determinen los protocolos y las guías clínicas.

3.1. Seguridad del paciente, orden de dispensación y continuidad asistencial.

El artículo 3 de este real decreto también hace mención a la seguridad del paciente y la continuidad asistencial. Para ello, y con carácter general, los protocolos o guías de práctica clínica y asistencial contemplarán las actuaciones que, en el ámbito de sus respectivas competencias, el personal médico y enfermero realizarán colaborativamente en el seguimiento del proceso, al objeto de garantizar la seguridad del paciente y la continuidad asistencial.

Otro mecanismo de seguridad del paciente, al igual que se requiere actualmente al médico, establece que los profesionales de Enfermería deberán de incluir en la orden de dispensación, entre sus datos de identificación, el número de colegiación o, en el caso de órdenes de dispensación del Sistema Nacional de Salud, el código de identificación asignado por las administraciones competentes y, en su caso, la especialidad oficialmente acreditada que ejerza. En el caso de medicamentos sujetos a prescripción médica también se incluirá la información correspondiente al protocolo o a la guía de práctica clínica y asistencial en que se fundamenta.

Respecto a la responsabilidad civil, los responsables de los centros sanitarios verificarán que, en el seguro de responsabilidad civil, el aval u otra garantía financiera en la que se cubran las actuaciones de los profesionales enfermeros que prestan servicios en los mismos se incluya la garantía de la responsabilidad derivada de las actividades profesionales a las que se refiere este RD conforme a lo establecido en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre.

Además, los colegios profesionales verificarán que los enfermeros que desarrollen el ejercicio libre de la profesión dispongan de un seguro de responsabilidad civil, aval u otra garantía financiera en los mismos términos previstos en el apartado anterior.

4. PRESCRIPCIÓN ENFERMERA: Controversia en la utilización del término, desarrollo legislativo y resistencia al cambio.

El diccionario de la Real Academia Española define prescribir como: (1) *tr. Preceptuar, ordenar, determinar algo* (2). *tr. Recetar, ordenar un remedio.* También define recetar como: (1) *tr. Prescribir un medicamento, con expresión de sus dosis, preparación y uso.* En términos lingüísticos la regulación, como veremos a continuación, denomina receta médica a la receta de un tratamiento prescrito tanto por un podólogo como por un odontólogo o por un médico, aunque son profesiones diferentes con denominaciones diferentes. También hay una paradoja en el mencionado artículo de la Ley^{8,9}, porque los podólogos y los odontólogos son prescriptores autónomos, pero prescriben y recetan medicamentos sujetos a prescripción médica. El término *médico*, por tanto, aparece en la prescripción y en la receta que hacen otros profesionales sanitarios autónomos, sin incluir aquí a la enfermera ni al fisioterapeuta. En función de lo anterior, el término *prescribir* y *recetar*, genera controversia en la actualidad y en especial vinculado a la profesión enfermera. Pero la controversia no sólo es lingüística, sino también jurídica.

En los últimos años se han producido cambios relacionados con la denominada prescripción enfermera tanto en la legislación como en la práctica asistencial, tanto a nivel nacional como a nivel internacional. A nivel legal hemos pasado de estar en una situación que podríamos denominar como «alegal» o no suficientemente regulada hasta 2015, en una situación ilegal en la mayoría de las CC. AA. hasta 2018 y a un paso de la legalidad desde entonces.

En el Reino Unido, desde 1992, se permitió la prescripción no médica (*non-medical prescribing - NMP*). La prescripción no médica independiente se reguló para farmacéuticos, enfermeras y otros profesionales. Por tanto, desde 1992 las enfermeras autorizadas de Reino Unido pueden realizar prescripción enfermera. Se establece que determinadas enfermeras puedan modificar pautas medicamentosas en algunos aspectos como la posología analgésica en pacientes terminales. Los resultados de la prescripción son reconocidos en diferentes publicaciones¹³⁻¹⁵.

La prescripción enfermera también se encuentra regulada en otros países y continentes. En Europa (Reino Unido, Suecia, Francia, Irlanda), en América (Estados Unidos, Canadá, Brasil y Argentina), en Oceanía (Australia y Nueva Zelanda) y en África (Sudáfrica, Botsuana y Zambia).

En España^{2-12,16-18}, hasta el año 2006 la prescripción enfermera se encontraba en una situación jurídica que podríamos considerar como «alegal», porque no estaba autorizada ni prohibida por el ordenamiento jurídico. En el año 2006, con la aprobación de la Ley 29/2006⁸, sobre garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios, se reconoce como únicos prescriptores a médicos, veterinarios y odontólogos, prohibiendo parte de la actividad asistencial que las enfermeras venían realizando. Por tanto, desde 2006 y hasta 2015 podríamos considerar que la prescripción enfermera, tanto autónoma como colaborativa, pasaba a ser ilegal.

La nueva Ley 28/2009⁹, en el preámbulo, dice que es

conveniente modificar la citada Ley 29/2006 para contemplar la participación en la prescripción de determinados medicamentos de otros profesionales sanitarios como son los enfermeros y podólogos, desde el reconocimiento del interés para el sistema sanitario de su participación en programas de seguimiento de determinados tratamientos, cuestión ésta perfectamente asumida en la práctica diaria de nuestro sistema sanitario, y teniendo como objetivo fundamental la seguridad y el beneficio de los pacientes y de dichos profesionales. Asimismo, la Ley también contempla la extensión de su participación a la prescripción de productos sanitarios.

Con los cambios en esta Ley 28/2009, se reconoce la competencia de prescripción de medicamentos no sujetos a prescripción médica y de productos sanitarios; pero para los medicamentos sujetos a prescripción médica, se reserva la capacidad de recetar al médico, al odontólogo o al podólogo. El desarrollo legislativo total de la Ley 28/2009, tras la publicación de dos Reales Decretos (RD 954/2015⁶ y RD 1302/2018⁷), todavía está pendiente de la acreditación de gran parte de las enfermeras en toda España, de la implantación del sistema de orden de dispensación y de la aprobación de los protocolos y guías de práctica clínica.

En medio de este complicado desarrollo normativo, dos comunidades autónomas (Andalucía en el año 2009 y las Islas Baleares en el año 2011, regularon la actuación de enfermería relacionada con la prescripción. Otras comunidades autónomas (País Vasco y Castilla-La Mancha), para limitar los efectos del RD 954/2015, dictaron instrucciones que han sido anuladas por los Tribunales de Justicia de ambas regiones.

El Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 2 de Victoria-Gasteiz acordó la suspensión cautelar de la Instrucción número 7/2016, de 2 de mayo, del Director General del Servicio Vasco de Salud, por la que se obligaba a los enfermeros vascos a vacunar a la población sin necesidad de una prescripción médica previa⁶. El magistrado recuerda que dicha Instrucción es una mera orden de servicio con la que se pretende que la administración de vacunas no se vea afectada por un ordenamiento jurídico superior como es el caso del Real decreto 954/2015 que regula la prescripción enfermera.

El Tribunal Superior de Justicia de Castilla La Mancha, en la reciente sentencia 159/2019, de 28 junio de 2019, anula la Instrucción 1ª de la Dirección Gerente del Sescam de 14 de mayo de 2016. El Tribunal entiende que la instrucción, en cuanto ignora el RD 954/2015, contraviene el derecho vigente y por ello resulta nula y debe quedar sin efecto.

4.1. Prescripción de productos sanitarios y medicamentos no sujetos a prescripción médica.

En España, la Ley 28/2009, de 30 de diciembre por la que se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios, ha dado una nueva redacción al artículo 771 de la Ley 29/2006, regulando por primera vez la denominada prescripción enfermera. El artículo 771 dice que el médico, el odontólogo y el podólogo son los únicos profesionales con facultad para recetar medicamentos sujetos a prescripción médica, pero no dice nada respecto a

la prescripción de otras profesiones de productos sanitarios y medicamentos no sujetos a prescripción médica. Por tanto, la enfermera y el fisioterapeuta pueden prescribir de forma autónoma ciertos medicamentos y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica con las limitaciones que establece la regulación. Tal como se expone en la Sentencia del Tribunal Supremo⁷, de 3 de mayo de 2013, no es objeto de competencia médica la dispensación de medicamentos no sujetos a receta médica o de productos sanitarios que tampoco lo están. Se trata de una prescripción autónoma o independiente de enfermería, aunque no es así con los medicamentos sujetos a prescripción médica (colaborativa) como veremos a continuación.

El Tribunal Supremo, en la sentencia anterior, si ha dejado claro que la posibilidad de que los enfermeros indiquen y autoricen la dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica en la llamada Ley del Medicamento en lugar de en la LOPS, podrá ser objeto de crítica la forma de legislar, pero la referida innovación legislativa, como la de la orden de dispensación enfermera de medicamentos no sujetos a prescripción médica y de los productos sanitarios no contraviene la Constitución por atribuir nuevas competencias profesionales de prescripción a los enfermeros. En definitiva, reconoce la atribución de la nueva competencia enfermera de prescripción para medicamentos no sujetos a prescripción médica y de los productos sanitarios.

También recoge la sentencia que el art. 77 de la Ley del Medicamento define claramente la orden de dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica como una facultad de los enfermeros a llevar a cabo de forma autónoma (prescripción autónoma).

4.2. Prescripción de medicamentos sujetos a prescripción médica.

Respecto a los medicamentos sujetos a prescripción médica, no se concluye que la Ley del medicamento establezca competencia a favor de los enfermeros para prescribir de forma autónoma medicamentos sujetos a prescripción médica. Por tanto, para estos medicamentos no otorga nuevas competencias profesionales a favor de los enfermeros que fueran atribución profesional de los médicos.

Con respecto a los medicamentos sujetos a prescripción médica dice que la prescripción por el médico, previo diagnóstico, no se ve alterada en que el enfermero indique el uso de medicamentos sujetos a prescripción médica, es decir, tras haber sido recetados por el médico, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica asistencial. En definitiva, se trata de una prescripción colaborativa, no autónoma y pendiente del desarrollo legislativo, pero siempre secundaria a una prescripción médica previa. La competencia y responsabilidad es médica.

En función de lo anterior, la prescripción autónoma e independiente está a un paso de la legalidad en casi todas las comunidades autónomas, pero la prescripción de medicamentos sujetos a prescripción médica está además a la espera de lo que determinen los protocolos y guías de práctica clínica.

5. PRESCRIPCIÓN ENFERMERA: Implicaciones prácticas para la enfermera y el paciente cardiológico

Con la actual redacción y hasta que se desarrollen los protocolos y las guías de práctica asistencial, sigue sin terminar de aclararse qué podemos hacer exactamente y además depende de cada comunidad autónoma.

5.1. Medicamentos no sujetos a prescripción médica y productos sanitarios.

Se trata de un proceso autónomo y que afecta a competencias enfermeras. Por tanto, cuando cada CC. AA. acredite a la enfermera, esta podrá prescribir, indicar usar y hacer la orden de dispensación de los distintos medicamentos y productos sanitarios. La orden de dispensación, si se trata de medicamentos o productos sanitarios financiados, tendrá la misma consideración que si la emite otro profesional prescriptor.

Por tanto, podrá prescribir productos sanitarios (gasas, pañales, apósitos, etc.) y determinados medicamentos. Si hablamos, por ejemplo, del paracetamol, la enfermera podrá prescribir de forma autónoma paracetamol de 500 mg, de 650 mg, solución oral pediátrica de 100 mg/ml, comprimidos bucodispensables de 250 y 325 mg/dl, supositorios de 250 mg. Dentro del paracetamol sujeto a receta médica está el paracetamol de 1 gr, pero también otras presentaciones de solución oral infantil de 100 mg/ml, comprimidos recubierto con película de 650 mg, que la enfermera no podrá prescribir de forma autónoma, salvo que así lo indiquen los protocolos o guías clínicas.

Como ya mencionamos en un anterior artículo, puede consultarse si está sujeto o no a prescripción médica en la web del Centro de información online de medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS-CIMA).

5.2. Medicamentos sujetos a prescripción médica que no precisan una validación médica previa (diagnóstico médico y prescripción).

Actualmente sólo se pueden utilizar de forma autónoma determinados medicamentos, como las vacunas, los medicamentos del parto y medicamentos que pongan en peligro la vida del paciente. Todavía no se han desarrollado los protocolos y guías que determinen los medicamentos que pueden prescribir las enfermeras sin necesidad de validación médica. Por ejemplo, encontramos que estaría sujeto a prescripción el suero salino utilizado para limpieza de heridas, lavados nasales, etc. La enfermera tampoco podría utilizar medicamentos como enzimas para cura de úlceras (Irxol®), otros medicamentos tópicos para curas como sulfadiazina argéntica (Silvederma®) o nitrofuril (Furacin®), etc.

En situaciones de urgencia, actualmente no está desarrollado si una enfermera en una parada cardíaca o ante una reacción alérgica puede administrar adrenalina, si ante una hipoglucemia en un paciente inconsciente puede administrar glucagón, si ante una situación de urgencia una enfermera puede canalizar una vía periférica y administrar suero, etc. Pero ante una situación de urgencia vital, si no hay posibilidad de contar con un médico que prescriba estas medicaciones, y la enfermera está capacitada,

podría ser acusada de denegación de auxilio o de omisión del deber de socorro, por lo que la enfermera debe actuar y reflejar por escrito lo que ha administrado y el motivo por el que lo ha realizado sin prescripción.

5.3. Medicamentos sujetos a prescripción médica que precisan una validación médica previa (diagnóstico médico y prescripción).

Esta prescripción y la responsabilidad siempre será médica. La enfermera lo único que podrá hacer, según determinen los protocolos y guías, será la orden de dispensación de estos medicamentos. Todo estará regulado en los protocolos y guías de práctica asistencial.

Actualmente no está previsto que una enfermera pueda modificar una pauta de prescripción médica. El paciente diabético puede aumentar o disminuir dos unidades de insulina según glucemia; pero si los protocolos no lo detallan, la enfermera no podrá modificarla. Si un paciente diabético no ha comido o está vomitando, la enfermera no podría dejar de poner la insulina prescrita, pero podría provocar una hipoglucemia.

En algunas comunidades autónomas, el control en pacientes anticoagulados del International Normalized Ratio (INR) lo realiza la enfermera y se pueden dar tres situaciones en la nueva posología: la prescripción final de la posología la tiene que hacer un hematólogo en ciertas posibilidades, la prescripción la realiza el médico de Atención Primaria, o la genera un programa informático y la entrega la enfermera sin supervisión médica. Con la actual redacción, como el último supuesto lo genera un algoritmo informático, tendría que ser necesariamente el médico el que valide la prescripción informatizada en todos estos pacientes.

En relación con los medicamentos sujetos a prescripción médica, todos los protocolos o instrucciones nacionales, autonómicas, locales, de centro o incluso del servicio, que no estén recogidos en los protocolos y guías de práctica asistencial dejan de tener validez. Según la jerarquía normativa y las sentencias al respecto¹⁶⁻¹⁷, son nulos al ser contrarios al derecho.

En definitiva, quedan muchos aspectos prácticos a desarrollar en los protocolos y en las guías de práctica asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n.º 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior (Reglamento IMI). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2017/06/10/pdfs/BOE-A-2017-6586.pdf> [acceso el 25 de agosto de 2019]
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Texto consolidado disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf> [acceso el 25 de agosto de 2019]
3. Consejo de Estado: Dictámenes. Número de expediente: 87/2017.
4. Sentencia del Tribunal Supremo. Sala de lo Contencioso. STS 822/2019. 7 de marzo de 2019. https://supremo.vlex.es/vid/-440159010#section_31 [acceso el 25 de agosto de 2019]
5. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf> [acceso el 25 de agosto de 2019]
6. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Texto consolidado disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-14028> [acceso el 25 de agosto de 2019]
7. Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.
8. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Texto consolidado disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13554-consolidado.pdf> [acceso el 25 de agosto de 2019]
9. Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
10. Preguntas y respuestas sobre el nuevo Real Decreto de Prescripción Enfermera. Consejo General de Enfermería. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/noticias/item/54629-preguntas-y-respuestas-sobre-el-nuevo-real-decreto-de-prescripcion-enfermera>
11. Prescripción enfermera: estos son los puntos clave de la nueva normativa. Redacción Médica 2018. <https://www.redaccionmedica.com/la-revista/noticias/prescripcion-enfermera-estos-son-los-puntos-clave-de-la-nueva-normativa-9995>
12. Sentencia del Tribunal Constitucional. 1866-2016.5 de julio de 2018.
13. L M McCann et al. A patient perspective of pharmacist prescribing 2012 John Wiley & Sons Ltd. Health Expectations, 18, pp.58–68. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12008>
14. Graham-Clarke E, Rushton A, Noblet T, Marriott J. Facilitators and barriers to non-medical prescribing - A systematic review and thematic synthesis. (2018) PLoS ONE 13(4): e0196471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196471>
15. Fernández S, Lumillo I, Brugués A, Baiget A, Cubells I, Fabrellas N. Prescripción enfermera: análisis de concepto. Aten Primaria. 2019;51(4):245-251
16. Sentencia TSJ Vasco <http://diarioenfermero.es/wp-content/uploads/2017/07/Sentencia-TSJVP-27-6-2017-Instruccion%CC%81n-vacunas.pdf>
17. Sentencia del Tribunal supremo. Sala de lo Contencioso. STS 168/2011. 3 de mayo de 2013. Disponible en: <https://supremo.vlex.es/vid/-440159010>
18. Sentencia del Tribunal Supremo. Sala de lo Contencioso. STS 3410/2017. 18 de septiembre de 2017.

ARTÍCULO ESPECIAL PROYECTO MAREC

Diagnóstico de la situación de la Enfermería en la atención cardiológica en España. Proyecto MAREC: Justificación, diseño y resultados generales

Autores

Concepción Fernández Redondo¹, Juan José de la Vieja Alarcón², Víctor Fradejas Sastre³, Pascual García Hernández⁴, Carmen Naya Leira⁵, José Miguel Rivera-Caravaca^{1,6}, Miriam Rossi López⁵, Javier Muñiz⁷.

1 Servicio de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Centro de Investigación Biomédica en Red-Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB-Arrixaca), Murcia.

2 Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

3 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

4 Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

5 Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

6 Universidad Católica de Murcia (UCAM), Murcia.

7 Instituto Universitario de Ciencias de la Salud-INIBIC, Universidade da Coruña y CIBERCV.

Dirección para correspondencia

Concepción Fernández Redondo
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Madrid-Cartagena, s/n
30120 El Palmar, Murcia

Correo electrónico:

mconcepcion.fernandez2@gmail.com

Enferm Cardiol. 2019; 26 (77): 82-93.

Resumen

Introducción. Enfermería tiene un papel creciente en muchos aspectos de la atención al paciente cardiológico. Un mejor conocimiento de la situación y papel de la enfermería en áreas clave de la atención cardiológica permitirá identificar carencias y ejemplos de éxito y constituirá el primer paso para proponer medidas de mejora de la atención de la enfermería en cardiología en España. El objetivo de este estudio fue identificar las competencias y el grado de autonomía de las enfermeras que trabajan en ambientes cardiovasculares, así como los cuidados y las posibles medidas de mejora en las áreas de: hemodinámica, electrofisiología, insuficiencia cardíaca y rehabilitación cardíaca.

Métodos. Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico y nacional sobre las características, dotación y papel de enfermería en las unidades de a) hemodinámica, b) electrofisiología, c) insuficiencia cardíaca y d) rehabilitación cardíaca existentes actualmente en España.

Resultados. Se presenta información de 84 centros participantes (dos de los centros colaboradores no tenían ninguna de las unidades de interés), la mayor parte centros públicos (n=70, 83%) de los que 74 tienen unidad de hemodinámica, 69 de electrofisiología, 61 de insuficiencia cardíaca y 56 tienen unidad de rehabilitación cardíaca.

Conclusiones. El trabajo identifica los ratios de Enfermería por provincias y CC. AA., evalúa la asistencia a la población por provincias y por CC. AA. y ofrece la posibilidad de que los centros en los que esté poco identificado el rol de la enfermera, puedan beneficiarse de la experiencia de aquellos en los que está más desarrollado o mejor definido. Además, permitirá promover y establecer un marco de competencias propias, abriendo la posibilidad de ampliarlo en potenciales fases posteriores.

Palabras clave: enfermería, capacitación profesional, autonomía profesional, organización institucional, recursos humanos, hemodinámica, electrofisiología, insuficiencia cardíaca, rehabilitación cardíaca.

Diagnosis of Nursing's status in cardiological care in Spain. MAREC project: Rationale, design and general results.

Abstract

Introduction. Nursing has an increasing role in many aspects of the heart patient care. A better understanding of the situation and role of Nursing in key areas of cardiological care will make it possible to identify needs and examples of success, and will become the first step in proposing measures to improve Cardiology Nursing care in Spain. The aim of this study was to identify the competences and the level of autonomy of nurses working in cardiovascular settings, as well as care and possible improvement measures in the areas of: hemodynamic, electrophysiology, heart failure and cardiac rehabilitation.

Methods. National, multicenter, cross-sectional, descriptive study on Nursing's characteristics, staff and role in the units of a) hemodynamic, b) electrophysiology, c) heart failure and d) cardiac rehabilitation currently existing in Spain.

Results. Information is presented for 84 participating centers (two of the collaborating centers did not have any of the units of interest), most of them public centers (n=70, 83%), out of which 74 have a hemodynamic unit, 69 a electrophysiology unit, 61 a heart failure unit and 56 a cardiac rehabilitation unit.

Conclusions. The work identifies the Nursing ratios per provinces and Autonomous Communities, evaluates population assistance per provinces and per Autonomous Communities and offers the possibility that those centers in which the nurse's role is little identified can benefit from the experience of those in which it is more developed or better defined. In addition, it will allow to promote and establish a self-competence framework, opening the possibility to expand it in potential later stages.

Keywords: nursing, professional training, professional autonomy, institutional organization, workforce, hemodynamics, electrophysiology, heart failure, cardiac rehabilitation.

ABREVIATURAS

AEEC: Asociación Española de Enfermería en Cardiología.
 CC. AA.: Comunidades Autónomas.
 CNH: Catálogo Nacional de Hospitales.
 CRD: Cuaderno Recogida de Datos.
 ECTS: European Credit Transfer and Accumulation System.
 EPS: Educación Para la Salud.
 IC: Insuficiencia Cardíaca.
 JCR: Journal Citation Reports.
 MAREC: Mapa de Recursos de Enfermería en Cardiología.
 SHCI: Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista.
 UICC: Unidad de Insuficiencia Cardíaca.

INTRODUCCIÓN

La profesión enfermera tiene la misión de «poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe», considerando que «la Enfermería es una vocación que requiere sujetos aptos e inteligentes a los cuales hay que remunerar por la calidad de su servicio»¹. Así, desde el inicio de la humanidad, las enfermeras tienen una identidad propia que es el cuidado como esencia intrínseca de su profesión.

Sin lugar a dudas, el momento más trascendental de la profesión enfermera es la integración de los estudios en la universidad, con el título de Diplomado Universitario en

Enfermería², teniendo una amplia repercusión educativa (la enseñanza tiene un peso equivalente en la distribución de teoría y de práctica clínica, y la enfermera puede ejercer como docente en la universidad) y para la propia profesión. Se pasa de una etapa técnica, sin apenas autonomía profesional, en la que la enfermera era meramente vista como una ayudante del médico, a una etapa más profesional, basada en la búsqueda de competencias propias centradas en el cuidado a la población, teniendo en cuenta el emergente nuevo concepto de salud y la calidad de vida, como condicionante del bienestar y de la salud de las personas. La prestación del cuidado se orienta a

la persona sana y/o enferma, así como en cualquier ámbito de la salud.

Las enfermeras, en esta evolución, necesitan mayor nivel de preparación y competencias más específicas para resolver los problemas que se les plantean y se diseñan y ponen en marcha programas de especialización en diferentes áreas del cuidado^{3,4} que contemplan un sistema de residencia de la enfermera/o en formación en unidades docentes acreditadas por el Consejo Nacional de Especialidades, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo. Los diplomados en enfermería inician su andadura en las áreas de gestión, docencia e investigación y deben de asumir la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud⁵.

Sin embargo, hasta el Real Decreto 450/2005⁶, para garantizar la administración de un cuidado integral a las personas, que demandan cada vez cuidados más complejos derivados de los avances científicos y tecnológicos, de los cambios en el Sistema de Salud y de la integración de España en la Comunidad Europea, no se establecen las siete Especialidades de Enfermería: Obstétrica-Ginecológica, Salud Mental, Geriátrica, Pediátrica, Trabajo, Familiar y Comunitaria, y finalmente Cuidados Médico-Quirúrgicos, quedando el área de Cardiología englobada bajo el paraguas de esta última especialidad. Sin embargo, las enfermeras a nivel internacional, conscientes de la importancia de la calidad del cuidado siempre han buscado estándares propios que permitan evaluar y mejorar los cuidados aplicados. En la actualidad, en España están vigentes vías de acreditación que regulan los diplomas de acreditación de los profesionales en áreas funcionales específicas, según Real Decreto 639/2015⁷.

Las enfermeras tenemos, al igual que otros profesionales sanitarios, la posibilidad de especializarnos en un campo propio, al regularse los estudios de grado y posgrado en el marco del espacio europeo de la educación superior⁸⁻⁹. El Grado en Enfermería ha posibilitado que las vías formativas se expandan aún más para alcanzar las titulaciones de máster y doctorado. Tras finalizar los estudios de Grado en Enfermería en España (240 créditos ECTS), se puede acceder directamente a la formación de máster y de títulos de experto universitario. Así mismo, en la práctica totalidad de las universidades españolas existen programas de doctorado amparados por las diferentes legislaciones¹⁰, donde una enfermera en disposición de 300 créditos ECTS puede realizar los estudios correspondientes para la consecución del título de doctor.

Finalmente, la obtención del título de enfermero Especialista está actualmente regulada en el Real Decreto 639/2014¹¹, es expedido por el Ministerio de Educación y es obligatorio para ejercer como profesional de una especialidad enfermera (el catálogo de especialidades sigue siendo el aprobado en el Real Decreto 450/2005⁶).

Justificación

El contexto social y sanitario, junto con el aumento de la demanda de los servicios de salud, sitúa en una posición de máxima actualidad a los profesionales de enfermería, que se encuentran en un momento clave de su desarrollo profesional, académico y de reconocimiento social¹².

La situación actual del sistema sanitario, con una mayor esperanza de vida, una hiperfrecuentación, el aumento de la inmigración y la demanda ilimitada de los servicios de salud, hace preciso buscar nuevas formas de prestación para hacer que el sistema sea sostenible y coste-efectivo, ya que el gasto económico en salud sigue creciendo de manera exponencial y dificulta que confluyan la demanda con la oferta. Cuando se plantean criterios de eficacia, eficiencia y efectividad de los cuidados, tanto en la micro como en la macrogestión, la enfermera se convierte en el profesional de referencia y contribuye al desarrollo y a la consolidación de un papel más representativo y con mayor capacidad de decisión y autonomía¹³. En este contexto y en paralelo, el avance vertiginoso en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, técnicas más complejas y el perfil del paciente cardiópata que ingresa en el hospital, de mayor edad, muchas comorbilidades y con gran nivel de dependencia, exige mayor dotación de personal de enfermería y lo suficientemente formado para dar respuesta a las demandas y necesidades de salud del paciente.

La enfermera de cardiología, como miembro de un equipo multidisciplinar, tiene un rol creciente y funciones muy importantes en la prestación de servicios de enfermería individuales, familiares y colectivos en todos los niveles de atención de la salud. Para que el desempeño de dicho rol y sus funciones sea más eficiente y más trascendente, las enfermeras necesitan perfeccionarse en nuevos conocimientos científicos, tecnológicos y modelos de práctica que les permita responder a las demandas de la población y a la necesidad de transformación de los servicios de salud¹⁴.

La Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Asociación de Enfermería Cardiovascular y Profesiones Afines (ACNAP) consideran a las enfermeras el sector más amplio de los profesionales de la salud, pero aún sin la formación suficiente y destacan, además, una asociación entre el nivel de educación de enfermería y la mortalidad hospitalaria. Esto demanda un plan de estudios para las enfermeras que trabajan en el entorno cardiovascular¹⁵, que se puede utilizar como un marco de aprendizaje para guiar la educación de las enfermeras, en particular la educación profesional continua de las enfermeras posgraduadas que trabajan en entornos cardiovasculares.

Un ejemplo de ello, es que el avance incesante en la atención y el tratamiento de la insuficiencia cardiaca (IC) ha motivado la creación de las unidades de IC y ha aumentado la complejidad de los cuidados de la enfermera y modificado su rol, con mayores competencias y habilidades, capaces de satisfacer las demandas y expectativas de los pacientes tanto en la fase aguda como en la crónica, así como en la fase terminal de la enfermedad, formando parte activa de un equipo multidisciplinar capaz de asumir todas las áreas. Sin embargo, el nivel de formación de las enfermeras que trabajan en las unidades de IC es muy variado, por lo que la Heart Failure Association of the European Society of Cardiology (Asociación de Insuficiencia Cardiaca de la Sociedad Europea de Cardiología) desarrolla un plan de estudios de enfermería para la insuficiencia cardiaca¹⁶, con el objetivo de proporcionar un marco para su uso en países de la Sociedad Europea de Cardiología (conocimientos, habilidades y comportamientos clave para que el personal de enfermería

desempeñe un papel más importante dentro del equipo de IC).

Debido a la subespecialización de la propia especialidad de cardiología, las capacidades y habilidades necesarias cada vez son más específicas en diferentes áreas. Esto es así también en el caso de enfermería, resultando en al menos cuatro áreas distintas en las que su papel tiene unas particularidades muy específicas. Estas áreas son: hemodinámica, electrofisiología, insuficiencia cardíaca y rehabilitación cardíaca¹⁷. En el documento citado se describen, como se recoge a continuación, la capacitación necesaria y dotación sugerida para las diferentes unidades y procedimientos:

· *Hemodinámica*: son imprescindibles un mínimo de dos enfermeras especializadas en hemodinámica. Deben tener conocimientos en el campo cardiovascular y deben poder asumir el manejo inicial del paciente, la educación y preparación mental, y la supervisión después del procedimiento. La enfermera especializada en hemodinámica debe tener experiencia en cuidados coronarios críticos, conocimientos en medicaciones cardiovasculares, habilidad en instaurar vías intravenosas y experiencia en la instrumentalización cardiovascular, con conocimientos en el material de hemodinámica y experiencia en su manipulación.

· *Unidad de electrofisiología y arritmias*: el personal no médico debe incluir un mínimo de dos enfermeras (o una enfermera y un técnico). En los procedimientos, una enfermera es responsable de la preparación, sedación, medicación y control de las constantes vitales del paciente. La otra se ocupará del material, control radiológico y manejo de los generadores de radiofrecuencia. Si la unidad de arritmias implanta y controla los marcapasos, desfibriladores automáticos y resincronizadores cardíacos, es imprescindible la presencia de una enfermera o técnico especializado que ayude en esta función.

· *Atención al paciente con ICC*: planificación precoz del alta hospitalaria del paciente con ICC hospitalizado, evaluando precozmente las necesidades de cuidados del paciente, familia y entorno. En el momento del alta hospitalaria, se realizará un informe de continuidad de cuidados que recoja el nivel de dependencia y los problemas activos, en el que figurará el teléfono y el nombre de la enfermera de referencia de la UICC. El responsable de la UICC y la enfermera de referencia de la misma, se encontrarán disponibles para comentar los tratamientos y cambios en los planes de cuidados con el médico y enfermera responsables en el ámbito de la Atención Primaria.

· *Rehabilitación Cardíaca*: el profesional de enfermería en rehabilitación cardíaca debe contar con uno o dos años de experiencia en el cuidado de pacientes cardiopatas y con conocimientos básicos en anatomía, fisiología y fisiopatología cardiovascular y del aparato respiratorio, técnicas de valoración física, cardiovascular y pulmonar, electrocardiografía clínica y reconocimiento de arritmias, farmacología cardiovascular, métodos intervencionistas, fisiología del ejercicio en sujeto sano y cardiopata, adaptaciones agudas y crónicas al ejercicio, estratificación del riesgo, prueba de esfuerzo, prescripción de ejercicio, criterios para la suspensión del ejercicio físico, reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, estrategias para la modificación de factores de riesgo y comprensión de las alteraciones psicológicas en el paciente cardiopata. También

debe contar con habilidades en el uso de material y recursos didácticos para la modificación de factores de riesgo y cambio de estilos de vida, habilidades y disponibilidad para trabajar en grupo con los demás miembros del equipo de rehabilitación, buenos hábitos personales y de salud, actitud entusiasta y profesional.

La orientación del sistema sanitario actual, hacia la promoción y la prevención cardiovascular, incluyendo la detección precoz, el tratamiento y rehabilitación de las patologías cardiovasculares más prevalentes, promoviendo una atención integral, multidisciplinaria, coordinada y centrada en la persona, en sus necesidades y su entorno, requiere que las enfermeras de cardiología estén plenamente capacitadas para desarrollar su trabajo, en determinadas áreas, con competencias específicas en cuidados avanzados en todos los niveles de la atención sanitaria, teniendo al paciente como eje principal del sistema. La especialidad reglada de Enfermería en Cardiología y Cardiovascular como tal no existe, pero hay enfermeras con formación avanzada en arritmias, hemodinámica, consultas de marcapasos y de IC, asumiendo responsabilidades que demuestran a diario la necesidad del reconocimiento de la especialización de enfermería en el ámbito de la cardiología.

Pese al reconocimiento del papel creciente de la enfermería en estas áreas y la especificidad de los ámbitos correspondientes, existe la percepción de que el grado de desarrollo de enfermería, en términos de responsabilidades asumidas y grado de autonomía, es variable entre centros para cada una de las áreas. Ante esta situación, surge la necesidad de realizar un estudio de investigación que, considerando tanto los recursos humanos como la distribución de recursos asistenciales, permita identificar las competencias y el grado de autonomía de las enfermeras que trabajan en ambientes cardiovasculares, así como las carencias y las posibles medidas de mejora en las áreas de estudio definidas: hemodinámica, electrofisiología, insuficiencia cardíaca y rehabilitación cardíaca, a las que se añade posteriormente el área de hospitalización.

Con este objetivo central nació el proyecto MAREC (Mapa de Recursos de Enfermería en Cardiología), auspiciado por la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC) y cuyos resultados iniciales se presentan en este monográfico. En este artículo se describen los aspectos generales del proyecto, incluidos los métodos y resultados comunes, y sirve de introducción para otros los cuatro artículos en los que se analizarán de manera más detallada cada una de las áreas específicas ya mencionadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un estudio descriptivo y transversal llevado a cabo en todo el territorio nacional entre abril y agosto de 2018. En el estudio se incluyeron centros hospitalarios de toda España que tienen al menos alguna de las siguientes unidades: hemodinámica, electrofisiología, insuficiencia cardíaca, y rehabilitación cardíaca.

Para el desarrollo del proyecto se organizó un comité de coordinación, constituido por la coordinadora general del proyecto, un coordinador designado para cada una de las áreas específicas y un representante de la oficina del proyecto (Trama

Solutions, S.L.), con las tareas de identificar el listado de centros candidatos y un «informador clave» (enfermera de cardiología) a modo de contacto en cada uno de los centros, aprobar el cuaderno de recogida de datos (CRD) definitivo, y colaborar en la coordinación general del proyecto, incluyendo la monitorización de los avances.

A su vez, para cada una de las áreas o tipos de unidades se formó un subcomité de tres o cuatro personas con la responsabilidad de preparar propuestas de los materiales específicos y facilitar el trabajo al comité coordinador en todos los aspectos necesarios, como interpretar y discutir los datos de esas unidades y elaborar los borradores de los manuscritos de las unidades respectivas en cada caso.

Entre las tareas y responsabilidades de los informadores clave, fundamentales para el éxito del proyecto, destaca la de cumplimentar todos los apartados del CRD de su centro (independientemente del área de trabajo del informador) para los que hubiera información (no todos los centros participantes disponían de todas las unidades). Trama Solutions S.L. estuvo al frente de la oficina de coordinación del proyecto, y se encargó de todas las labores de apoyo, incluidas las de centralizar toda la información y la comunicación entre todas las partes del proyecto, definir la base de datos, análisis de datos y preparación de borradores de informes, generación y solución de dudas y consultas con los centros, así como la participación en las reuniones del comité coordinador con labores de secretaría y asesoramiento.

Identificación de los centros participantes

La identificación de los centros y recogida de información se realizó en diferentes fases sucesivas. En primer lugar, tomando datos del Catálogo Nacional de Hospitales (CNH2017), que recoge todos los centros con régimen de internamiento de España, se realizó un primer filtro para descartar aquellos centros monográficos no orientados a enfermedades cardiacas (psiquiátricos, hospitales infantiles, materno-infantiles, centros de otras especialidades, etc.).

El listado resultante se revisó por el comité de coordinación del estudio para seleccionar todos aquellos centros en los que pudiera haber una de las unidades consideradas. En caso de duda se mantuvo el centro. Posteriormente todos los centros se contactaron por la propia AEEC y el comité coordinador para confirmar la existencia o no de alguna de las unidades citadas, y se identificó un informador clave a quién se invitó a formar parte de la red de informadores. El diagrama de flujo de la selección de centros y la participación se recoge en la **figura 1**, los centros participantes quedarán reflejados en el Proyecto de investigación.

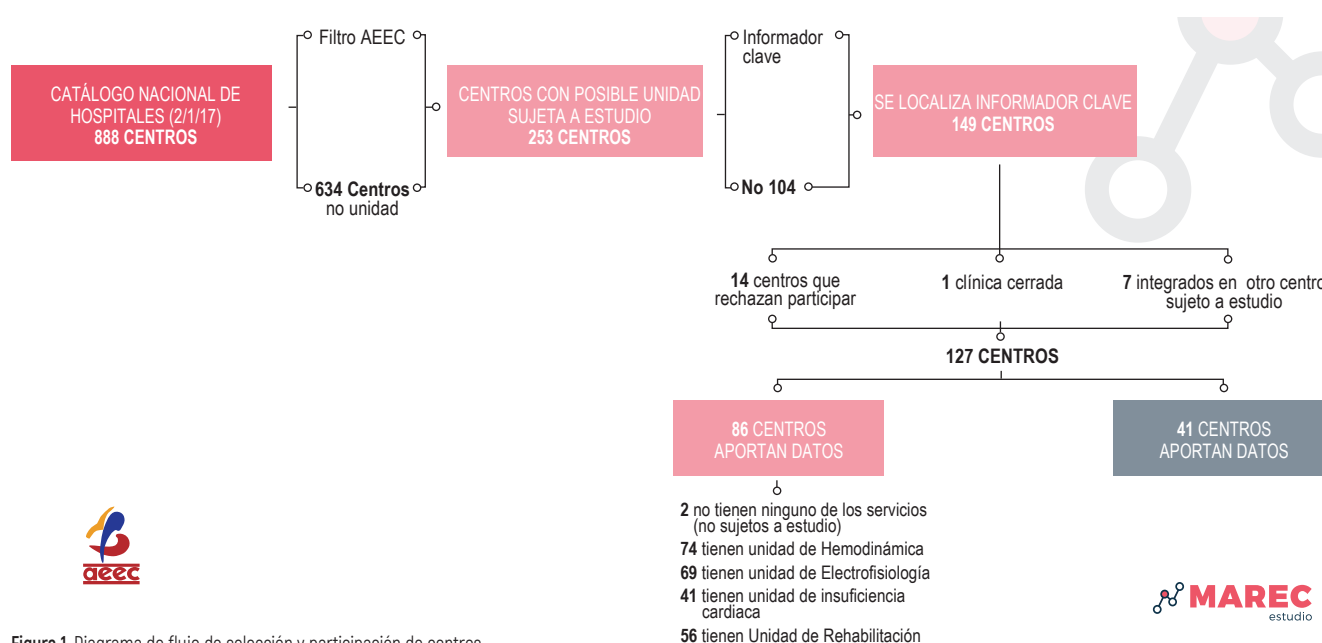


Figura 1. Diagrama de flujo de selección y participación de centros.

Para llevar a cabo la recogida de la información, se diseñó un CRD en el que se incluyeron campos acerca de los recursos humanos y materiales generales de los centros o servicios de cardiología y los específicos de cada tipo de unidad, así como los relativos al tipo de actividad desarrollada, así como el papel y el grado de responsabilidad de enfermería en la misma. Por otro lado, se recogió información sobre el perfil profesional de enfermería, su formación, su actividad docente y de investigación. La elaboración del CRD fue responsabilidad del comité de coordinación y de los subcomités. Ambos se encargaron de definir el primer borrador para las unidades respectivas y de proponer las versiones sucesivas integradas de los CRDs que tuvieran en consideración las propuestas de los otros grupos.

El CRD final incluyó un total de 853 preguntas distribuidas en una parte general (140 preguntas), una parte específica de la sección de hemodinámica (128 preguntas), de electrofisiología (246 preguntas), de IC (127 preguntas) y de rehabilitación cardíaca (212 preguntas). Para completarlo se diseñó una plataforma online y se distribuyó a los informadores clave identificados. Pese a la longitud del

cuestionario, muchas preguntas eran dependientes de otras y solo se contestaban en caso de determinadas respuestas previas.

La recogida de los datos se realizó entre abril y junio de 2018. Tras un primer análisis, se generaron consultas para todos los aspectos inconsistentes detectados en los resultados, que se resolvieron mediante contacto personal con los centros desde la oficina del proyecto entre julio y agosto de 2018. El cronograma de actividades se recoge en la **figura 2**.

TAREAS	UNIDADES DE TIEMPO PARA SU EJECUCIÓN EN MESES																							
	AÑO 2017												AÑO 2018											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definición grupos de coordinación por tipo de unidad (CU)																								
Primer borrador de CRDs específicos por unidad																								
Identificación de informadores clave																								
Identificación de centros a contactar																								
Integración de CRDs específicos y propuesta de CRD completo (versiones sucesivas)																								
Aprobación de CRD definitivo																								
Edición de CRD (electrónico y/o papel) y envío a informadores clave																								
Testeo del CRD por parte del CU																								
Recogida de información en base de datos																								
Análisis de datos y preparación del borrado del informe																								
Revisión del informe, propuesta de mejora y preparación del informe final																								
Escritura de manuscritos y envío para su publicación																								



Figura 2. Cronograma de actividades.

En el análisis de los datos para la descripción de variables cualitativas y cuantitativas se utilizaron proporciones y media y desviación estándar, respectivamente. Por la naturaleza y objetivos de este artículo concreto, no se ha realizado ningún test de hipótesis formal. Todos los datos se analizaron con el paquete estadístico STATA 12.

RESULTADOS

De los 84 centros participantes (dos de los centros colaboradores no tenían ninguna de las unidades de interés), un 83% fueron centros públicos (n=70). Del total de centros, 74 disponían de unidad de hemodinámica, 69 disponían de unidad de electrofisiología, 61 tenían unidad de insuficiencia cardiaca y 56 estaban dotados de unidad de rehabilitación cardiaca.

Las provincias que más participaron fueron Madrid con 14 hospitales, Barcelona con 10 y Murcia con 7 hospitales, datos que aparecen en la **figura 3**, donde se muestra el mapa de localización provincial de los centros participantes por dependencia funcional. No se ha incluido ningún centro en 15 provincias además de Ceuta y Melilla, y aunque algunas son pequeñas y carecen de las unidades de interés en sus centros, en

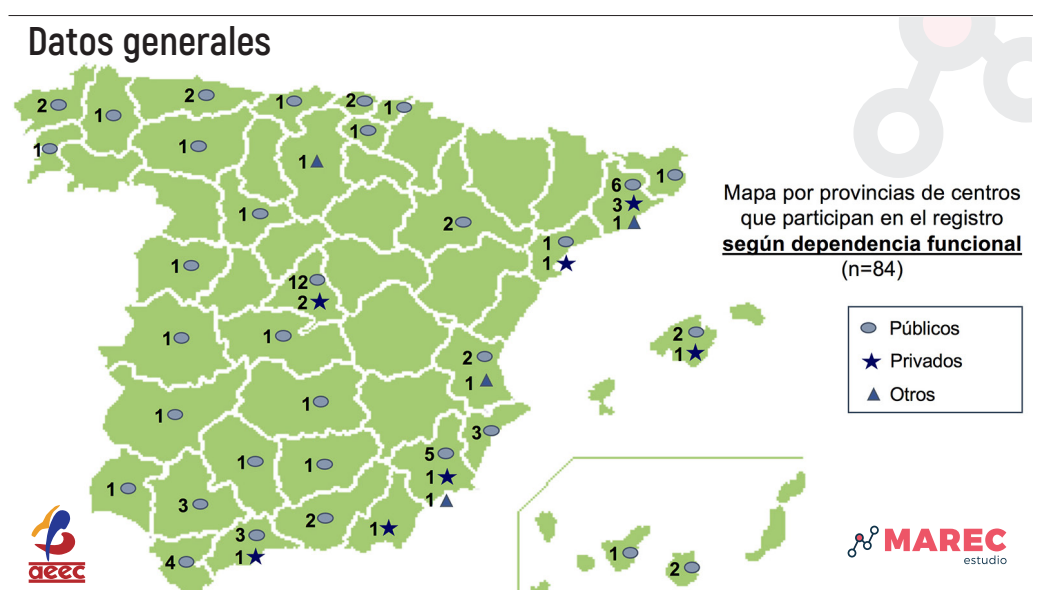


Figura 3. Mapa por provincias de centros que participan en el registro.



otras, en las que existe certeza de la existencia de alguna de las unidades, no se dispone de información. La participación de las CC. AA. se describe en la **figura 4**, entre las que destacan Andalucía con 17 hospitales, Madrid con 14 y Cataluña con 13 hospitales.

Datos generales

Número de centros que participan en el registro según CC.AA. y dependencia funcional del hospital

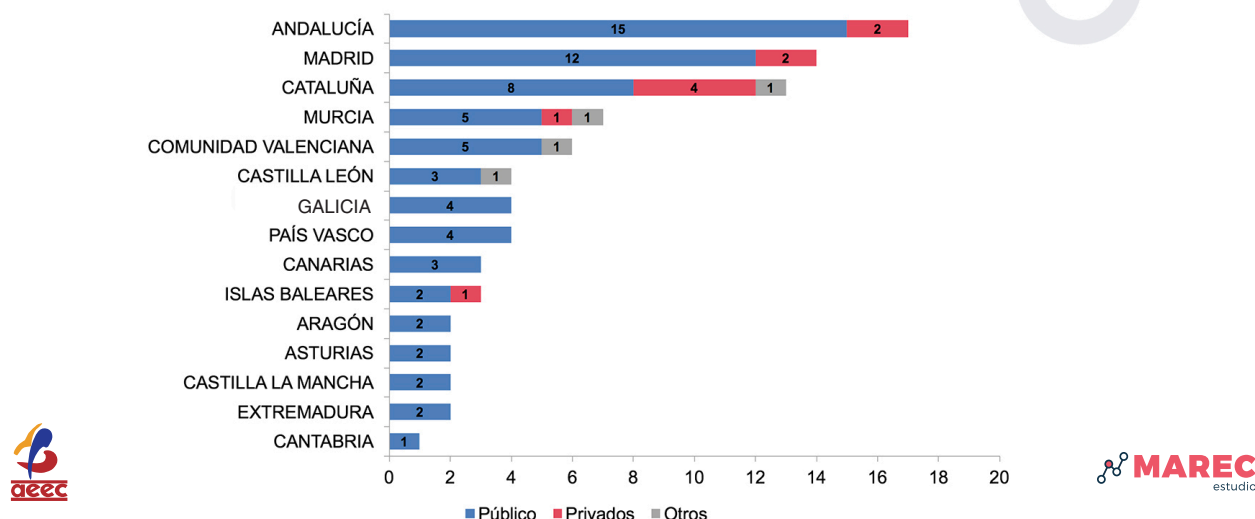


Figura 4. Número de centros que participan en el registro por comunidad autónoma.

El 88% de los centros participantes ($n=74$), son hospitales universitarios; la **figura 5** describe el grado de complejidad de las unidades encargadas de la atención a los pacientes cardiológicos en los centros participantes.

Datos generales

Clasificación de los centros en relación con la tipología de unidades de atención a las enfermedades cardiológicas

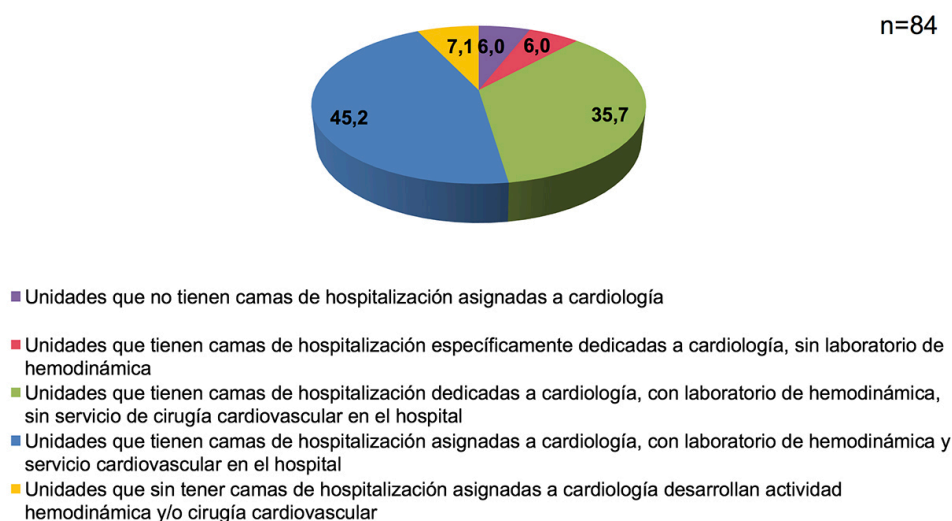


Figura 5. Complejidad de las unidades encargadas de la atención a los pacientes cardiológicos.

La **tabla 1** muestra las unidades o servicios ofertados por los centros encuestados, así como el personal médico, enfermeros, auxiliares de enfermería y técnicos de los que disponen. El 88,1% disponía de unidad de hemodinámica, el 82,1% contaba con unidad de electrofisiología, el 71,4% contaba con unidad de insuficiencia cardiaca y el 66,7% disponía de unidad de rehabilitación cardiaca.

En cuanto a la presencia del *Heart Team* o «Equipo Cardíaco», el 53,6% de los centros disponía del mismo, de los cuales sólo el 35,6% ($n=45$) contaba con enfermería como parte del equipo. La **figura 6** muestra la composición del *Heart Team* con mayor presencia del hemodinamista y del cardiólogo clínico.

En la **figura 7** se describe una selección de tareas que realiza enfermería en los centros participantes. Destaca que en el 82,2% de los centros, las enfermeras participan siempre o al menos la mayoría de las veces en el plan de cuidados y en el 69% en su continuidad al alta para Atención Primaria.

Tabla 1. Unidades o servicios ofertados del área cardiovascular y personal asignado.

Datos generales

Unidades (o servicios ofertados) del área cardiovascular disponibles

	n	%	N° adjuntos*	N° enfermeros*	N° auxiliares*	N° técnicos*
Hemodinámica	74	88,1	4,4 ± 1,5	7,1 ± 3,6		
Electrofisiología	69	82,1	3,1 ± 1,2	4 ± 2,5		
Insuficiencia Cardíaca	60	71,4	2,3 ± 1,4	1,7 ± 1		
Rehabilitación Cardíaca	56	66,7	1,5 ± 0,9	1,4 ± 0,8		
Cardiología Críticos	39	46,4	4,4 ± 2,6	22,1 ± 20,2		
Cirugía Cardíaca/Cardiovascular	39	46,4	6,3 ± 1,9	12 ± 7,1		
Trasplante cardíaco	15	17,9	4,3 ± 2,2	3 ± 3,5		
Hospitalización Cardiología/Cardiovascular	74	88,1	5,2 ± 4,2	14,9 ± 6,5		
Unidad de electrocardiografía	37	44,1	1,4 ± 1,6	1,5 ± 1,2	1,3 ± 1,3	
Consulta de enfermería para realizar ECG	58	69,1	1,2 ± 2,5	1,4 ± 1,1	0,8 ± 0,9	
Imagen	72	85,7	4 ± 2		1,1 ± 0,9	1,4 ± 2,6
Pruebas de función cardíaca	79	94,1	2,8 ± 2,4	1,9 ± 1		
Cardiología Pediátrica	41	48,8	2,5 ± 2,3	1,6 ± 3,2		
Congénitas del adulto	36	42,9	1,5 ± 1,2	0,6 ± 0,8		
Unidad de Cardiopatías familiares	33	39,3	1,4 ± 0,6	0,6 ± 0,6	0,3 ± 0,5	
Otros	10	11,9	1,8 ± 2,3	1,4 ± 1,4		

* Las variables se describen con media±desviación estándar



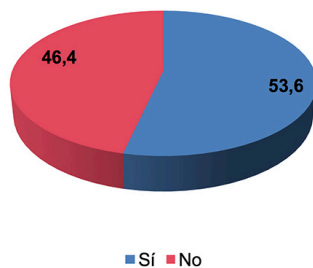
Nota: preguntas independientes



Datos generales de cardiología

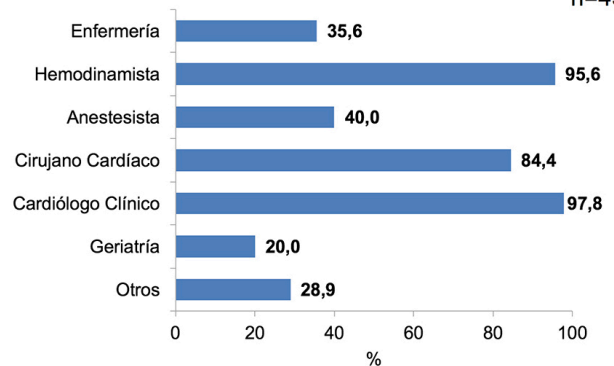
Porcentaje de centros con existencia de «Heart Team»

n=84



Equipos / especialidades que lo forman

n=45



Nota: preguntas independientes



Figura 6. Centros con Heart team con o sin enfermera como parte del equipo.

En cuanto a la formación del personal de enfermería, el 73,8% de los centros participantes (n=62) ofrecen formación MIR en cardiología y en el 86,9% de los centros (n=73) hay programa de prácticas para estudiantes de enfermería. Respecto a las facilidades para la formación del propio personal y la participación en actividades de este tipo, la información se resume en la figura 8, donde el 86,9% de los hospitales hay facilidad para la asistencia y/o envío de comunicaciones y pósteres a congresos, un 71,4% asiste de forma habitual a congresos, jornadas nacionales de su especialidad, pero esta cifra disminuye hasta el 20,2% en cuanto a la asistencia a congresos, jornadas, y reuniones internacionales de su especialidad.

En lo que se refiere a la investigación enfermera, la figura 9 describe que en el 65,1% de los centros se realizan proyectos específicos de enfermería y el 92,9% de las enfermeras participan en ellos. Por otro lado, en el 82,6% de los centros se conocen las plataformas sociales del grupo de trabajo de enfermería específico de su especialidad y en el 66,3% de los centros las enfermeras las utilizan. Sin embargo, las enfermeras siguen teniendo bastantes dificultades para realizar investigación clínica y, aunque cuentan con el apoyo de otros profesionales, no llegan a liderar el 50% de los estudios de investigación, datos que aparecen en la figura 10. Por otro lado, el 39% participa como investigador principal en proyectos de convocatorias públicas competitivas autonómicas, el 29,3% en convocatorias públicas competitivas nacionales, y solamente un 12,2% lo hace en ámbito europeo o internacional; bajando

notoriamente en las convocatorias privadas, donde solamente se observa un 17,1% en el ámbito nacional y un 7,3% en el ámbito europeo o internacional (figura 11).

Datos generales de cardiología

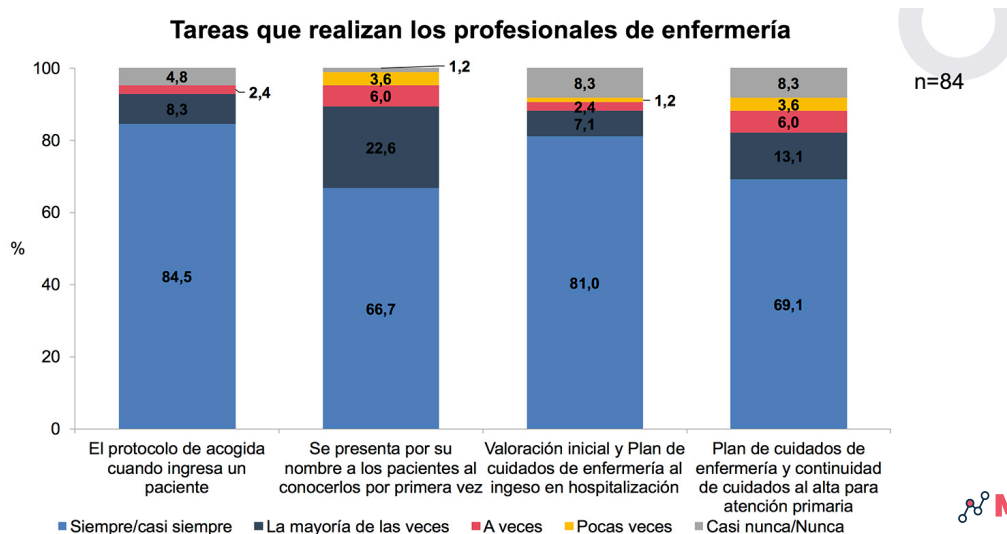
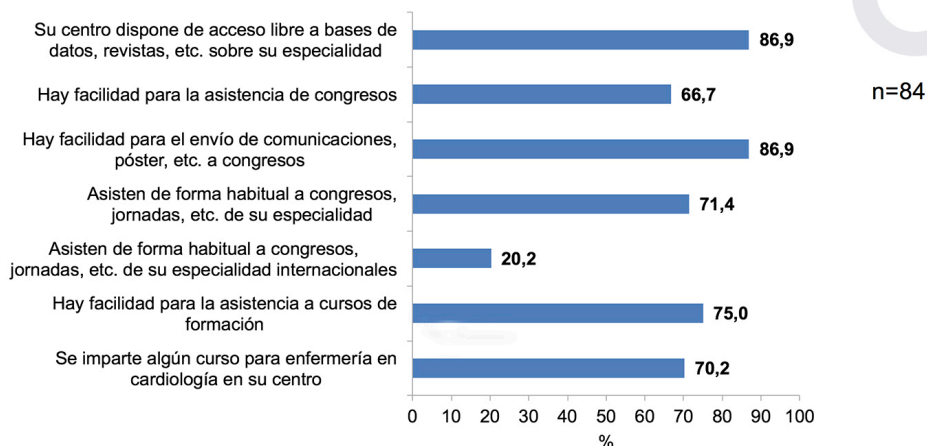


Figura 7. Selección de tareas de enfermería y distribución de su realización.

Formación

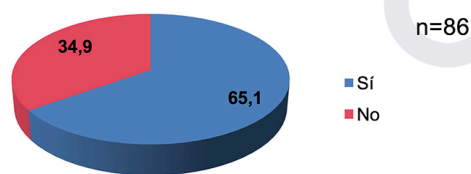


Nota: preguntas independientes

Figura 8. Facilidades para la formación del personal de enfermería y su participación.

Datos generales de investigación

Porcentaje de centros que realizan estudios exclusivos de enfermería



¿Participan en dichos estudios?

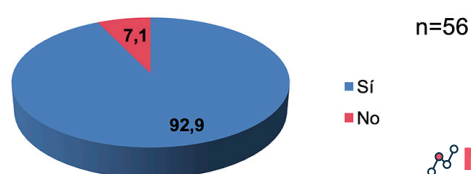
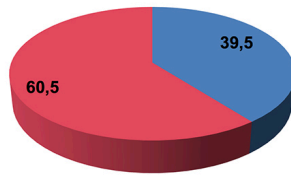


Figura 9. Centros en los que se realizan proyectos específicos de enfermería.

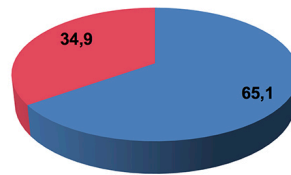
Datos generales de investigación

¿Tiene enfermería facilidades para realizar investigación?



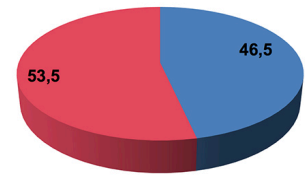
■ Sí ■ No

¿Hay apoyo por parte del resto de personal sanitario para la realización de estudios exclusivos de enfermería?



■ Sí ■ No

¿Lidera enfermería estudios clínicos para enfermería?



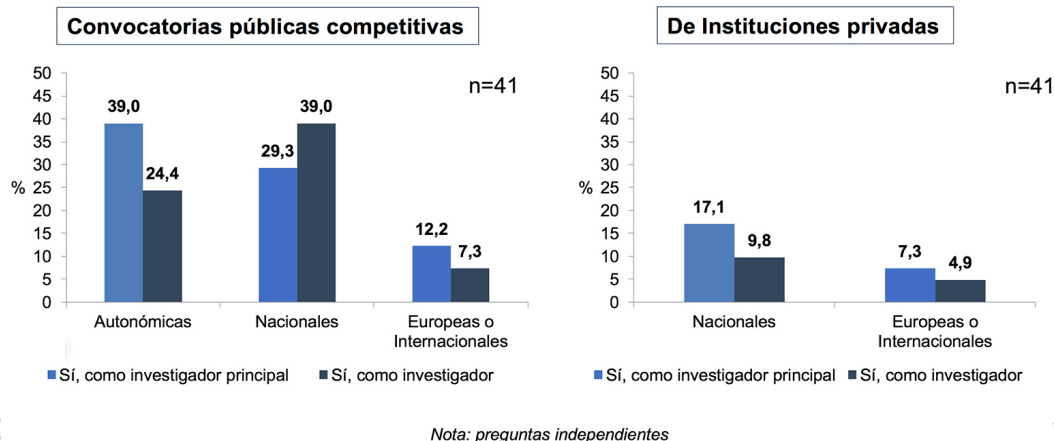
■ Sí ■ No



Figura 10. Dificultades que encuentra enfermería para realizar investigación clínica.

Datos generales de investigación

Porcentaje de centros que afirman que alguno de sus miembros participó en un proyecto de convocatorias competitivas, ya sean públicas o de instituciones privadas



Nota: preguntas independientes



Figura 11. Participación de enfermería en convocatorias públicas y privadas.

En cuanto a producción científica, la **figura 12** muestra que el 16,7% ha participado en alguna publicación en revistas con factor de impacto, entendidas como aquellas indexadas en Journal Citation Reports (JCR), como líder de la publicación y un 9,5% como otro firmante. Finalmente, un 42,9% realizó en los últimos 5 años, como líder, alguna publicación desarrollada por enfermería de su unidad.

DISCUSIÓN

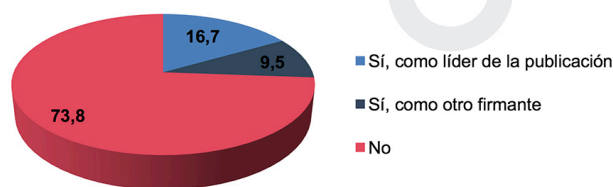
El proyecto MAREC, del que este artículo presenta los aspectos generales, es una iniciativa única que aporta información de referencia inexistente hasta la fecha y que puede servir de base para la mejora de la organización de la atención enfermera en cardiología y, en definitiva, para la mejor atención de los pacientes.

Ha sido posible gracias a la colaboración desinteresada de enfermeras de una amplia representación del país, principales interesadas en mejorar los aspectos de atención cardiológica que están a su alcance. Es un magnífico punto de partida que sienta las bases para ser mejorado en el futuro con la incorporación de aquellos centros que no pudieron participar en esta ocasión y proporciona una información de calidad que permite caracterizar de manera muy aproximada la situación del papel de las enfermeras de Cardiología en España.

El trabajo, entre otra información de valor, identifica los ratios de enfermería por provincias y comunidades autónomas, evalúa la asistencia a la población por provincias y por CC. AA. y ofrece la posibilidad de que los centros en los que esté poco identificado el rol de la enfermera, puedan beneficiarse de la experiencia de aquellos en que está más desarrollado o mejor definido. Además podrá ayudar a promover y establecer un marco de competencias propias y por qué no, a tener en cuenta la posibilidad de ampliarlo en potenciales fases posteriores.

Datos generales de investigación

¿Algún miembro del equipo de enfermería de la unidad ha participado en alguna publicación en revistas con factor de impacto (JCR)?



n=84

¿Hay o hubo en los últimos 5 años alguna publicación desarrollada por enfermería de la unidad?

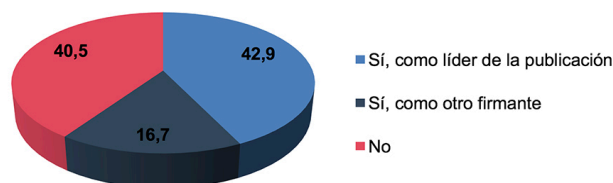


Figura 12. Publicaciones desarrolladas por enfermería.

El objetivo de todos los que de una u otra forma han participado en este proyecto, es que alcance la máxima difusión posible con el objetivo de mejorar la calidad asistencial. Así, se plantea desde este mismo momento la posibilidad de explotaciones de los datos adicionales que necesitarán la aprobación del comité organizador y en las que habrá que desarrollar el método y los requisitos oportunos para llevarlas a cabo.

El análisis por áreas se presentará y discutirá en el resto de artículos específicos para cada área, pero hay aspectos generales que las enfermeras que trabajamos en cardiología debemos considerar como áreas de mejora para conseguir las competencias clínicas avanzadas necesarias y su reconocimiento por las autoridades sanitarias como garantía de eficiencia y calidad de cuidados. Comentaremos elementos transversales de la selección de personal, el papel de la formación específica en ella, así como otros relacionados con la investigación.

Como ejemplos destacados, el estudio pone de manifiesto que, actualmente, existiendo un documento del perfil de enfermería en Hemodinámica (SHCI-AEEC), una amplia mayoría de centros tienen en cuenta las recomendaciones, pero no lo consultan para la formación del personal de nueva incorporación. Del mismo modo, existiendo un documento del perfil de enfermería en IC, enfermedad de alto impacto social y económico, una amplia mayoría de centros no lo tienen en cuenta para las recomendaciones ni para la formación del personal. Esto demuestra que a pesar de haberse realizado un esfuerzo grande y valioso en elaborar recomendaciones, aún queda mucho margen de mejora para su incorporación a la práctica habitual. Así, en casi un 80% de los hospitales, los criterios que se utilizan para seleccionar al personal de *Enfermería de Cardiología* en el concurso de traslados internos son la antigüedad y el tipo de contrato, y que solamente un 38% contabiliza la antigüedad, el tipo de contrato y la formación específica requerida para el puesto.

Si en el ámbito anglosajón, una enfermera novel solamente proporciona cuidados básicos y debe seguir formándose para proporcionar cuidados específicos y/o realizar técnicas más

complejas, en otros países consideran que una enfermera debe iniciar su trayectoria teniendo en cuenta, de manera paralela cuidados básicos y diferentes técnicas complejas. La formación de la enfermera en España, con un diseño curricular en el que la distribución de teoría y práctica clínica son equiparables, la capacita para desarrollar también actividades de gestión, docencia e investigación en la propia disciplina.

En España, el modelo sanitario actual, con el paciente y familiar en el centro del sistema y con la exigencia de una asistencia sanitaria integral continua y coordinada, basada en criterios de calidad-efectividad, requiere que las enfermeras de cardiología tengan un amplio conocimiento científico y actualizado, que le permita adquirir las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional especializado dentro de los equipos multidisciplinares (cardiólogos y profesionales de otras especialidades y/o ámbitos), para brindar una atención cardiovascular integral a pacientes con enfermedades cardíacas agudas y crónicas. Sin embargo, en las diferentes áreas de estudio consideradas se constata lo siguiente:

- En las unidades de insuficiencia cardíaca, donde está demostrado sobradamente el rol de la enfermera como referente de eficiencia (disminución de ingresos, mejora de calidad de vida), solamente en un 65% de los hospitales, la enfermera realiza la visita previa al alta y un 59% planifica el alta y la transición de cuidados.

- En el área de hemodinámica, donde el coste del tratamiento de la enfermedad coronaria se dispara de manera alarmante, solamente en un 11% de los hospitales existe un programa de Prevención y Educación para la Salud en la unidad y en poco más el 50% se entrega alguna información después de la intervención sobre los cuidados más inmediatos que debe seguir el paciente.

- En las unidades de rehabilitación cardíaca, necesaria para la reinserción laboral y social del paciente, solamente en un 52% de los hospitales, la enfermera realiza la valoración y el plan de cuidados inicial al paciente. En un 47% de los hospitales casi siempre se realiza el informe de alta del programa para Atención Primaria con el plan de cuidados de enfermería

y el informe de continuidad de cuidados. Y por último, en un 53% de los hospitales se entrega al paciente el informe de la evaluación integral final con descripción de los factores de riesgo cardiológico pendientes aún de controlar.

· En las unidades de electrofisiología, solamente entre el 1,5 y el 3% de los hospitales se realiza educación para la salud (EPS) y se informa al paciente sobre el proceso y sobre las actividades posteriores que el paciente puede realizar.

Un estudio reciente¹⁸, correlaciona el menor nivel educativo con datos más desfavorables de mortalidad cardiovascular y con una menor realización de procedimientos cardiovasculares. Por el contrario, un mayor nivel educacional, normalmente, proporciona un mayor conocimiento de la enfermedad, de los factores de riesgo y de las medidas de prevención.

CONCLUSIONES

En definitiva, el estudio MAREC pone de manifiesto que se está aún lejos del aprovechamiento óptimo de la aportación de *Enfermería en Cardiología* y que existe aún mucho margen de mejora al respecto. Es necesario que las enfermeras que trabajan en cardiología tomen conciencia de que el enfoque actual de la asistencia sanitaria, orientado a la integridad asistencial, al autocuidado, al empoderamiento del paciente y a mejorar la calidad de vida y evitar recaídas y reingresos, requiere que se potencien los estilos de vida saludables, la prevención y promoción de la salud en cualquier ámbito asistencial y propiciemos la coordinación/continuidad de cuidados entre los diferentes ámbitos por los que pasa el paciente.

En lo referente a la investigación enfermera, es necesario hacer una reflexión y analizar los condicionantes que influyen para limitar este campo tan importante para las enfermeras. Por un lado, es necesario creer firmemente que la investigación es necesaria para avanzar y hacer un esfuerzo por definir áreas de investigación que, teniendo en cuenta las preferencias y los valores de los pacientes, favorezcan la práctica asistencial. Además, es necesario publicar lo que se investiga y divulgarlo oportunamente para que las enfermeras asistenciales puedan llevarlo a la práctica. Por tanto, las enfermeras debemos hacer un esfuerzo por informarnos a través de las publicaciones científicas de calidad relacionadas con nuestra área de trabajo. Este es un camino que hay que reforzar, porque solamente así se podrá garantizar que los cuidados que administramos a los pacientes sean efectivos, seguros y de calidad, y así consolidar la disciplina enfermera.

AGRADECIMIENTOS

Por último, agradecer a todas las personas que han colaborado en la realización de este proyecto, que sin su aportación hubiera sido imposible llevarlo a feliz término.

A Palex, por confiar en un proyecto de enfermería. A Trama por la excelente coordinación del proyecto y su apoyo incondicional hacia mi persona. A los coordinadores de cada área de estudio, Víctor Fradejas Sastre (H. U. Marqués de Valdecilla), Juan José de la Vieja Alarcón (Fundación Jiménez Díaz de Madrid), Carmen Naya Leira (Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña) y Pascual García Hernández (Hospital San Cecilio de Granada) y a sus colaboradores. A todas las enfermeras, que fueron

informadores clave de cada centro y a todas las personas que, desinteresadamente, han aportado información en cada centro. Todas ellas figurarán en el apartado de coordinación del proyecto.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nightingale F. Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es. Barcelona: Salvat; 1990.
2. Real Decreto 2128/1977, Sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm.200 (22 de Agosto 1977). Acceso 30 abril 2019. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/08/22/pdfs/A18716-18717.pdf>
3. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de enfermero especialista. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm.183 (1 de Agosto 2003). Acceso 30 abril 2019. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/1987/08/01/pdfs/A23642-23644.pdf>
4. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm.128, (29 de Mayo 2003) Acceso 30 abril 2019. Referencia: BOE-A-2003-10715. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>
5. Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 280, (23 de noviembre de 2003). Acceso 30 abril 2019. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
6. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 108 (6 de mayo de 2005). Acceso 30 abril 2019. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2005/05/06/pdfs/A15480-15486.pdf>
7. Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 179, (28 de julio de 2015). Referencia: BOE-A-2015-8442 Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/28/pdfs/BOE-A-2015-8442.pdf>
8. REAL DECRETO 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm.21 (25 de Enero 2005). Acceso 30 abril 2019. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2005/01/25/pdfs/A02842-02846.pdf>
9. Real Decreto 56/2005 (ES). 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de posgrado. [Internet]: Boletín Oficial del Estado. núm.21 (25 de Enero 2005). Acceso 30 abril 2019. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2005/01/25/pdfs/A02846-02851.pdf>
10. López-Montesinos, M. J. et al. Doctorado de Enfermería en España Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015;23:372-8.
11. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específicas. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm.190 (6 de agosto de 2014). Acceso 30 abril 2019. <https://www.boe.es/boe/dias/2014/08/06/pdfs/BOE-A-2014-8497.pdf>
12. Starfield B. Pathways of influence on equity in health. Soc Sci Med. 2007; 64:1355-62.
13. Galimany Masclans J, Herrera Vilchez T, Girbau García M. Reflexiones sobre de la Enfermería. Nursing 2010; 28(5): 62-4.
14. Cruzado-Álvarez, C. et al. Especialidad de Enfermería en cardiología: ¿una necesidad? Unidad de Gestión Clínica del Corazón, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, CARDIOCORE. 2010;45(1): 27-29.
15. Astin F, Carroll DL, Ruppert T, Uchmanowicz I, Hinterbuchner L, Kletsios E et al. Education Committee of the Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions A core curriculum for the continuing professional development of nurses: Developed by the Education Committee on behalf of the Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions of the ESC. Eur J Cardiovasc Nurs. 2015 14:190-7.
16. Riley JP, Astin F, Crespo-Leiro MG, et al.Heart Failure Association of the European Society of Cardiology heart failure nurse Curriculum. European Journal of Heart Failure (2016) doi:10.1002/ejhf.568
17. Palanca Sánchez I (Dir.), Castro Beiras A (Coord. Cient.), Macaya Miguel C (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidades asistenciales del área del corazón: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
18. García-Martínez, D. Enfermedad cardiovascular y nivel educacional en España, periodo 2005-2014: análisis por comunidades/ciudades autónomas. REC CARDIOCLINICS. 2019;54(1):53-59.

SECCIÓN: UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS

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

Implante de segundo Micra tras agotamiento de batería

Second Micra implantation after battery depletion

Autoras

Rebeca Domingo Criado¹, Alba Cano Valls², Mireia Niebla Bellido¹, Clara Diago Crisol².

1 Enfermeras de práctica avanzada de la unidad de arritmias del Hospital Clínic de Barcelona.

2 Enfermera de la unidad de arritmias del Hospital Clínic de Barcelona.

Dirección para correspondencia

Rebeca Domingo Criado
Hospital Clínic de Barcelona
Es. 3 planta 6. Sección de Arritmias
Carrer de Villarroel, 170
08036 Barcelona
Correo electrónico:
rdomingo@clinic.cat

Palabras clave: marcapasos artificial, bloqueo cardiaco, electrofisiología, personal de enfermería en hospital, procedimientos quirúrgicos cardiacos.

Keywords: pacemaker artificial, heart block, electrophysiology, hospital nursing staff, cardiac surgical procedures.

Enferm Cardiol. 2019; 26 (77): 94-95.

ANTECEDENTES

El marcapasos Micra (sin cables) es un marcapasos (MCP) de reciente aparición, se trata de un marcapasos monocameral, el cual se implanta vía femoral transcáteter y se queda alojado en el ventrículo derecho. Esto permite minimizar las complicaciones asociadas al cable y al bolsillo. Pero el manejo del fin de la batería todavía no está estandarizado.

DESCRIPCIÓN

Paciente de 74 años con síncope de repetición. Se registró BAV 1º y BRD. En 2014 se realizó estudio electrofisiológico, el cual mostró intervalo HV de 94 ms, por lo que se decidió implantar marcapasos transcáteter Micra.

Se realizaron seguimientos en consulta enfermera de dispositivos, observándose durante el primer año un incremento de umbral sin evidenciar problemas en el dispositivo. Se revisó con la frecuencia pertinente hasta alcanzar el indicador de recambio electivo (ERI), y se decidió nuevo implante de dispositivo Micra (figuras 1 y 2).

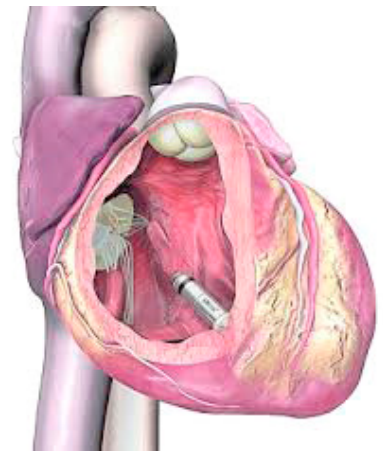
Durante el nuevo implante, el paciente fue dependiente de IMCP, por lo que enfermería tomó las medidas de prevención de complicaciones. Dado que se trata de un procedimiento doloroso por las dilataciones femorales, se administró una sedación ligera protocolizada. El nuevo implante de Micra se realizó con éxito (figuras 3 y 4).

INTERÉS

Es el primer caso de múltiple implante de MCP sin cable en nuestro centro. El paciente no tenía ritmo propio, por lo que los pasos a seguir en la conexión del nuevo dispositivo y desconexión del previo fueron cruciales para la seguridad del paciente. El personal de enfermería debe tener formación específica en electrofisiología para manipular el programador con seguridad. Además durante el implante debe conocer la técnica y las posibles complicaciones para intentar evitarlas o minimizarlas.



Comparativa del tamaño del Marcapasos Micra.



Alojamiento ventricular del Marcapasos Micra.

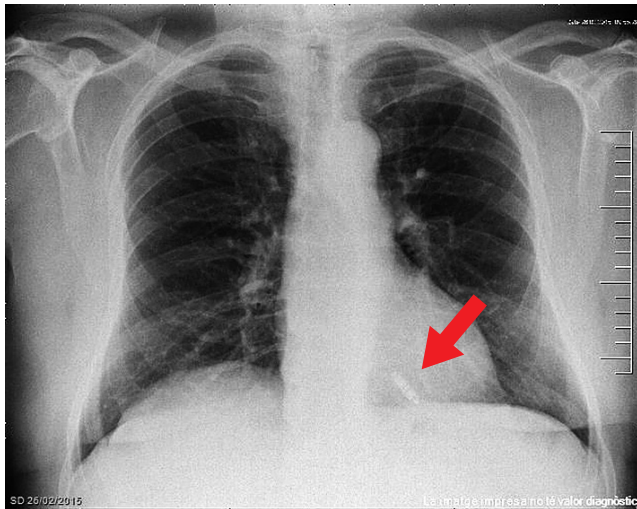


Figura 1. Radiografía anteroposterior previa al segundo implante.

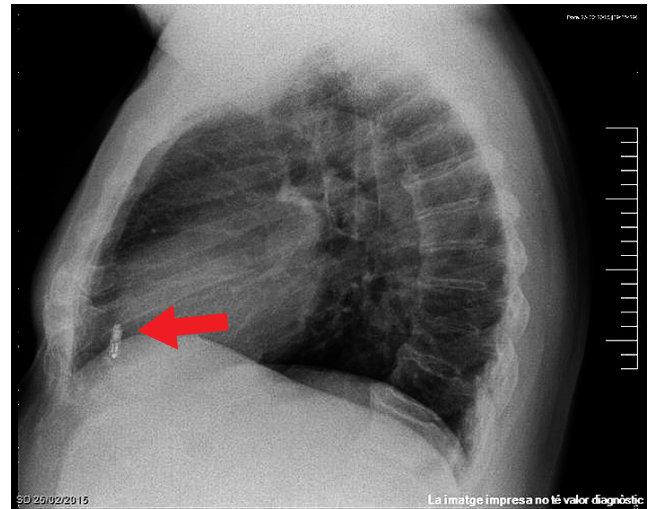


Figura 2. Radiografía lateral previa al segundo implante.

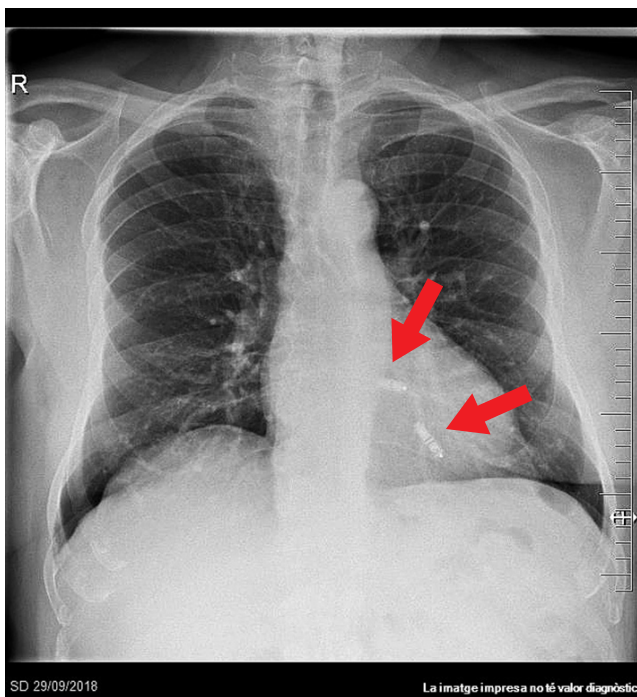


Figura 3. Radiografía anteroposterior posterior al segundo implante.

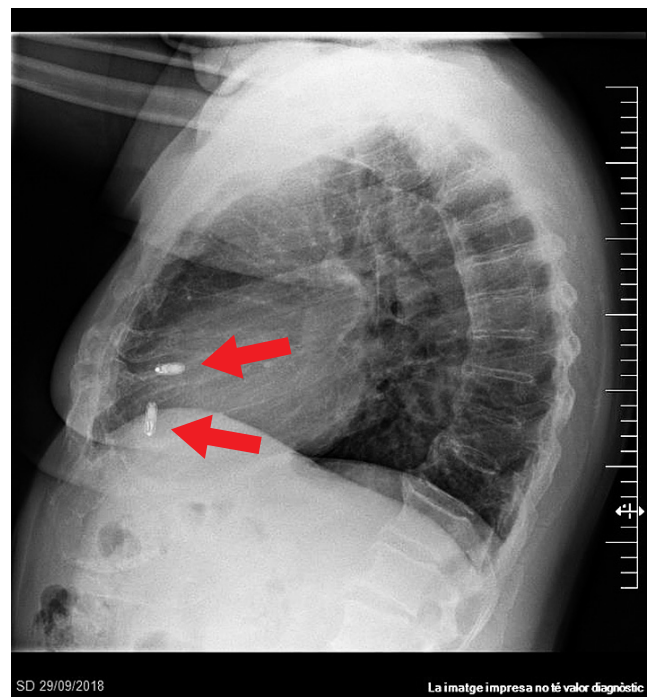


Figura 4. Radiografía lateral posterior al segundo implante.

NORMAS DE PUBLICACIÓN Y PRESENTACIÓN DE ORIGINALES

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

La Revista de la AEEC ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA (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. 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

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 arábiga 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.

XIX 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 decimonovena edición, se considerarán dentro del plazo establecido, todos aquellos trabajos que hayan sido publicados en los números 76, 77 y 78 correspondientes al año XXVI 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 XLI 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 XLI Congreso Nacional de la AEEC.
9. No podrán optar a premio aquellos trabajos publicados en la revista, que ya hayan sido premiados en el Congreso Nacional de la AEEC, ni aquellos otros en los que consten como autor o 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.



Podcasting Cuidado Corazón

Espacio radiofónico promovido por la AEEC y desarrollado por enfermeras de la Filial Gallega y del Hospital de A Coruña. Centrado en el área del corazón y en la prevención de la enfermedad cardiovascular. **¡¡¡Conoce cómo proteger tu corazón!!!** Puedes acceder a través de este enlace: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/podcasting-cuidado-corazon/>



Asociación Española de
Enfermería en Cardiología



Nos centramos en temas de educación sanitaria con el corazón como hilo conductor pero sin olvidarnos de nada. El entretenimiento será nuestro vehículo para llevar nuestros cuidados radiofónicos a donde las ondas nos permitan (y más allá). Emisión quincenal los miércoles a las 19:00 en RadioCo CUAC FM: <https://cuacfm.org/radioco/programmes/cuidado-corazon/>



Visualiza nuestras recetas cardiosaludables a través de nuestro canal de YOUTUBE: <https://www.youtube.com/channel/UCBEtisRbGPfaw8f0uBEhqNw>



Miembros del equipo de Cuidado Corazón celebrando el día de la Insuficiencia Cardíaca



Síguenos en nuestra comunidad de Facebook:

<https://www.facebook.com/Cuidado-Coraz%C3%B3n-210012443177933/>

SEEC20

**PALMA DE MALLORCA,
29-31 OCTUBRE**

*¡Te esperamos en
Palma de Mallorca!*

**XLI Congreso Nacional
de la Asociación
Española de
Enfermería en Cardiología**

SECRETARÍA TÉCNICA
SERVICIO DE ORGANIZACIÓN DE CONGRESOS
Tel. 902 112 629 - 981 815 975
info@cardiologiacongresos.org

EL CONGRESO DE
LAS ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES
DE LA


SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA


aeec
Asociación Española de
Enfermería en Cardiología

