

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 fístula 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.**

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

Gómez García C, Fonce 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.**

**SE PRESENTA A PREMIO**

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento percutáneo de las CTOs es un procedimiento complejo que puede presentar complicaciones graves para el paciente como nefropatía por contraste, radiodermatitis 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. Radiodermatitis 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 LITOTRÍCIA 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 HIPOPOTASEMIA

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

**Panel 550.**

**Autores:** Suárez Fontañá 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 cardiólogos 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 Fontaña EM<sup>1</sup>, Amor Cambón J<sup>1</sup>, Sánchez Bardanca A<sup>1</sup>, Caberta Lema MC<sup>1</sup>, Balsa Canto M<sup>1</sup>, Vicente Chao R<sup>2</sup>.

**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 Fontaña 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, Paniago 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 Gordo 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 G<sup>1</sup>, Calvo Haro E<sup>1</sup>, Sánchez Fernández LM<sup>2</sup>, Paniagua Roncero F<sup>1</sup>, Sánchez Alonso MT<sup>1</sup>.

**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 externa 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.