

# 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 P<sup>1</sup>, Alfageme Sastre E<sup>2</sup>, García Casares M<sup>2</sup>, González Cebrián M<sup>1</sup>, Miguel Gómez C<sup>3</sup>, Pérez Monzálviz M<sup>3</sup>.

**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 E<sup>1</sup>, Paniagua Roncero F<sup>1</sup>, Arroyo Rodríguez G<sup>1</sup>, Sánchez Fernández LM<sup>2</sup>, Sánchez Alonso MT<sup>1</sup>, Cabañas Patiño MA<sup>1</sup>.

**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, Sanchis Ruiz L, Calle Gascón X, Díaz García MT, Sánchez M, Vidal Hagemeijer 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 sobreactuar 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 cardiaca o si, por el contrario, es conocida y si es cardiaca 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 SatO<sub>2</sub>, 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 petitorio 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 M<sup>1</sup>, Fradejas Sastre V<sup>1</sup>, Benito Alfonso M<sup>1</sup>, Sáinz González M<sup>1</sup>, García López G<sup>1</sup>, Veiga Fernández G<sup>1</sup>, García Camarero T<sup>1</sup>, De la Torre Hernández JM<sup>1</sup>, Uslé Gómez AM<sup>2</sup>, Saiz Fernández G<sup>1</sup>.

**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 presincojal 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

cardíaca terminal. La progresión de la insuficiencia cardíaca 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 CARDÍACA 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 cardíaca (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 cardíaca, 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 CARDÍACO

*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 cardíaco 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 cardíaco 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