

# 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
<b>Total</b>	<b>34,02 ± 10,9</b>	<b>22,9 ± 8,4</b>	<b>11,122</b>	<b>0,0001</b>

### 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 C<sup>1</sup>, Pimienta González R<sup>1</sup>, Hernández Hernández R<sup>2</sup>, Hernández Carballo Z<sup>2</sup>, Grillo Pérez JJ<sup>1</sup>, Barreto Cáceres V<sup>1</sup>, Torres González N<sup>1</sup>, Hernández Afonso JS<sup>1</sup>.

**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 multidisciplinar 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 una 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 E<sup>1</sup>, Ruiz Serrano A<sup>1</sup>, Fernández Lendinez S<sup>1</sup>, Gómez García-Olías S<sup>1</sup>, Castañeda Ayllón ME<sup>1</sup>, Gámez Molina M<sup>1</sup>, Rodríguez Alarcón P<sup>1</sup>, Amor Perino T<sup>1</sup>, Cruzado Álvarez C<sup>2</sup>, Canca Sánchez JC<sup>1</sup>.

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

### INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca 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 cardiaca 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 Gavaldá 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  $74 \pm 9$  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/m<sup>2</sup>. 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 cardiaco 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 P<sup>1</sup>, Comín Colet J<sup>2</sup>, Badosa Marcè N<sup>1</sup>, Linas Alonso A<sup>1</sup>, Rosenfeld Vilalta L<sup>2</sup>, Faraudo García M<sup>3</sup>.

**1 Hospital del Mar, Barcelona; 2 Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet del Llobregat, Barcelona; 3 Hospital Sant Joan Despí, Moisès Broggi, Sant Joan Despí, 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 cardiaca.

#### METODOLOGÍA

El estudio se ha llevado a cabo con 124 pacientes con diagnóstico confirmado de insuficiencia cardiaca. 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 cumplimentaron 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<25sujetos/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 ( $\pm 13,2$ ), el 66,2 % [437] fueron hombres. La media de llamadas por paciente fue de 2,38 ( $\pm 1,7$ ). 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 cardiaca.

## 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 cardiaco (TC) es el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia cardiaca 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 Cardiaco.

### 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 cardiaco. 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 cardiaca (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 cardiaca. 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 «triage» de derivación de la unidad de IC.

### Criterios de estratificación del riesgo de ingreso por insuficiencia cardiaca

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 cardiaca	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 cardiaca.

### 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 cardíaca (ambos de cógido de alto riesgo) y un éxito. 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  $\geq 30$ ) 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 cardíaca.

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%	41,9%	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 A<sup>1</sup>, Alonso Blanco C<sup>1</sup>, Lozano Hernández C<sup>1</sup>, Talavera Sáez A<sup>1</sup>, Villar Espejo MT<sup>2</sup>, Gómez Menor C<sup>2</sup>, López Koller L<sup>2</sup>, Barbon Ortiz-Casado A<sup>3</sup>, Ledesma Rodríguez R<sup>3</sup>, Fernández Zarataín G<sup>3</sup>.

**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 cardíaca (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 cardíaca 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 Marcè 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 ( $p=,002$ ). 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 *APP's* 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 cardíaca 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 cardíaca 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 cardíaca. 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 cardíaca 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 cardíaca 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 BM<sup>1</sup>, Ortega Bombín T<sup>1</sup>, Naranjo Sánchez MA<sup>1</sup>, Guimerá Ferrer-Sama MA<sup>1</sup>, Tamará García R<sup>1</sup>, Caballero Caballero C<sup>1</sup>, Beltrán Herrera C<sup>1</sup>, Suberviola Sánchez-Caballero V<sup>1</sup>, Jiménez Candil J<sup>2</sup>, Muñoz Aguilera R<sup>1</sup>.

**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 palpaciones 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 palpaciones los predictores de presentar el síntoma 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 palpaciones entre el 1 octubre de 2018 y el 28 febrero de 2019.

#### RESULTADOS

Un total de 46 P (32%) percibieron palpaciones durante la monitorización. Los P con palpaciones 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 palpaciones 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 palpaciones 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 palpaciones 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 palpaciones: OR ajustado=3,5 (IC del 95%:1,3-9,2; p=0,01).

#### CONCLUSIONES

En pacientes sometidos a H24 por palpaciones, 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 *QardioCore*.

### 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 *QardioCore* (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. *QardioCore* resulta ser 1,72€ por paciente más económico que *CardioScan*.

### CONCLUSIONES

Con relación al consumo de recursos, *QardioCore* 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
Esparadrapo (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 BM<sup>1</sup>, Ortega Bombín T<sup>1</sup>, Naranjo Sánchez MA<sup>1</sup>, Guimerá Ferrer-Sama MA<sup>1</sup>, Tamará García R<sup>1</sup>, Caballero Caballero C<sup>1</sup>, Jiménez Candil J<sup>2</sup>, Beltrán Herrera C<sup>1</sup>, Suberviola Sánchez-Caballero V<sup>1</sup>, Sarrión Catalá MM<sup>1</sup>, Muñoz Aguilera R<sup>1</sup>.

**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 T<sup>1</sup>, Jiménez Candil BM<sup>1</sup>, Naranjo Sánchez MA<sup>1</sup>, Guimerá Ferrer-Sama MA<sup>1</sup>, Tamará García R<sup>1</sup>, Caballero Caballero C<sup>1</sup>, Suberviola Sánchez-Caballero V<sup>1</sup>, Beltrán Herrera C<sup>1</sup>, Muñoz Aguilera R<sup>1</sup>, Jiménez Candil J<sup>2</sup>, Sarrión Catalá MM<sup>1</sup>.

**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 Urdániz 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 partícipe 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, Forné 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 cumplieron 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 M<sup>1</sup>, Cao Torija MJ<sup>2</sup>, Merino Romero MI<sup>3</sup>, Bermejo Ruiz S<sup>4</sup>, De Miguel Gutiérrez L<sup>5</sup>, Girón Barrenengoa H<sup>6</sup>, Dobarro Pérez D<sup>7</sup>.

**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 cardíaca 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 cardíaca 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 período 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 M<sup>1</sup>, Torrente Carballido M<sup>1</sup>, Vilar Fernández S<sup>2</sup>, Rodríguez Pascual C<sup>3</sup>.

**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  $\geq 16$ , 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  $\geq 16$ , 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 AM<sup>1</sup>, Moure González M<sup>1</sup>, Gómez Otero I<sup>2</sup>, Vidal Pérez RC<sup>2</sup>, Otero Agra M<sup>1</sup>, Varela Román A<sup>2</sup>.

**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.

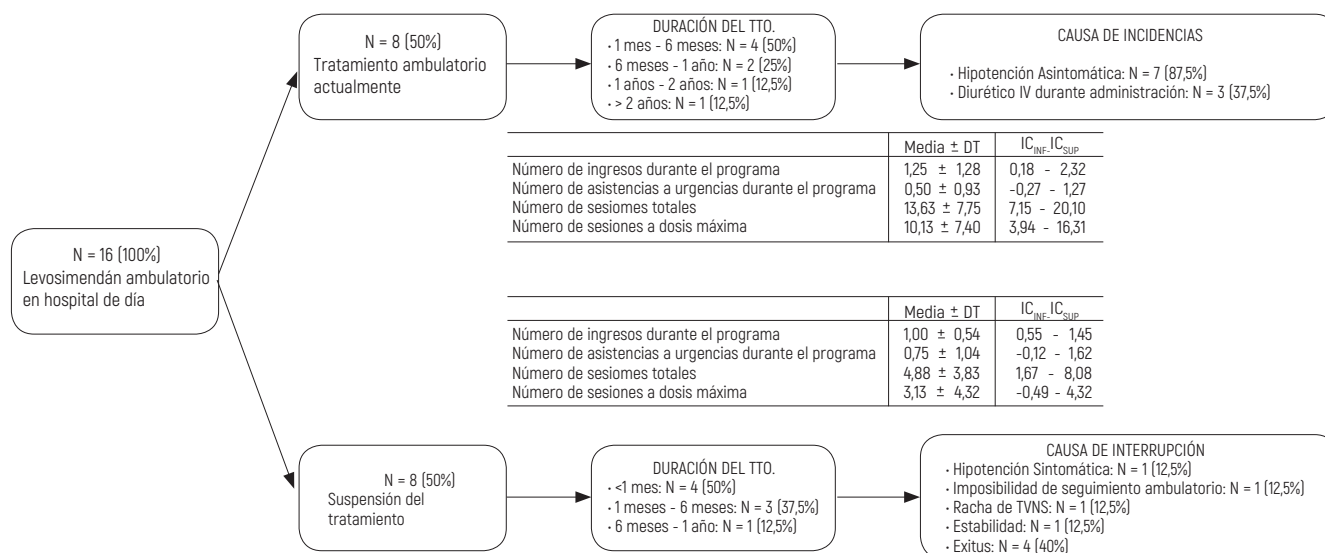


Figura. Diagrama descriptivo de los pacientes con levosimendán.

## 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 M<sup>1</sup>, Seoane Blanco AM<sup>1</sup>, Gómez Otero I<sup>2</sup>, Vidal Pérez RC<sup>2</sup>, Otero Agra M<sup>1</sup>, Varela Román A<sup>2</sup>.

**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 minutos;  $p < 0,001$ ). 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 posttest 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 Anmad 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 hipolipídica. 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 Montepíncipe, 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 Vazquién 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 reinfarto, 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 polimedicado, 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, ecocardio 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 descansado 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.