XXXIII Congreso nacional de la asociación española de enfermería en cardiología

aeec
Asociación Española de Enfermería en Cardiología

Programa

Las Palmas de Gran Canaria
2, 3 y 4 de mayo de 2012
Palacio de Congresos de Canarias Alfredo Kraus

corazones para la vida

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

XXXIII Congreso nacional de la asociación española de enfermería en cardiología

aeec
Asociación Española de Enfermería en Cardiología

Las Palmas de Gran Canaria

2, 3 y 4 de mayo de 2012

Palacio de Congresos de Canarias Alfredo Kraus

corazones para la vida

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

Producción y Maquetación:

CONGREGA S.L.
Rosalía de Castro nº 13 - 1º Izq. 15004
La Coruña
Tlf: 981 216 416 - Fax: 981 217 542
web: www.congrega.es e-mail: congrega@congrega.es

Depósito Legal: C 844-2012

ÍNDICE

PROGRAMA

Carta de presentación 5
Carta Real 6
Comité de honor 7
Junta directiva 8
Comités 9
Esquema de programa 14
Programa 15
Cursos de formación 39
Información general 48
AEEC 55
Página web 56
Revista científica 58
Premios comunicaciones 59
Plano 60
Colaboradores 61

COMUNICACIONES

Comunicaciones libres. Jueves 3 de Mayo (Salas A/B/C) 09.00-10.00h. 65
Comunicaciones libres. Jueves 3 de Mayo (Salas A/B/C) 11.30-12.30h. 87
Comunicaciones libres. Jueves 3 de Mayo (Salas A/B/C) 12.30-13.30h. 109
Comunicaciones libres. Viernes 4 de Mayo (Salas A/B/C) 09.00-10.00h. 127
Casos clínicos. Jueves 3 de Mayo (Salas A/B) 17.30-18.30h. 149
Comunicaciones póster fórum. Jueves 3 de Mayo (Sala C) 17.30-18.30h. 173
Comunicaciones póster. 185

CARTA DE PRESENTACIÓN

Estimadas/os compañeras/os:

El comité organizador les da la bienvenida a este 33º Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología,que se celebra en nuestra ciudad, Las Palmas de Gran Canaria.

Vivimos tiempos difíciles, la situación económica a la que nos enfrentamos nos exige ser eficaces y eficientes para mantener la calidad de nuestros cuidados, adaptándonos a los recursos disponibles.Solamente lo podremos conseguir con una adecuada y progresiva formación que nos ayude a ampliar nuestros conocimientos. Es por ello que estos encuentros anuales adquieren, en estos momentos, más significado que nunca.Que ahora el Congreso se celebre en nuestra ciudad, aparte de un orgullo, se convierte en un gran reto.

Las Palmas de Gran Canaria,llamada también la ciudad de la eterna primavera por su envidiable clima, acoge a miles de visitantes cada año por ser un punto de gran interés turístico, ésto convierte a sus habitantes en personas tolerantes, amables,hospitalarias y preocupadas por ofrecer lo mejor a quienes nos visitan.
Es un placer contar con la presencia de todos ustedes y les deseamos una feliz estancia

Emma V. Santana Benítez
Presidenta del Comité Organizador

CASA DE S. M. EL REY

CREDENCIAL

Nº 124/2012

S.A.R. la Princesa de Asturias, accediendo a la petición que tan amablemente Le ha sido formulada, ha tenido a bien aceptar la

PRESIDENCIA DEL COMITÉ DE HONOR

del **"XXXIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA"**, que tendrá lugar en Las Palmas de Gran Canaria del 2 al 4 de mayo próximo.

Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, / 5 de abril de 2012

EL JEFE DE LA CASA DE S.M. EL REY,

SEÑORA PRESIDENTA DEL COMITÉ ORGANIZADOR DEL CONGRESO

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

COMITÉ DE HONOR

SU ALTEZA REAL DÑA LETICIA ORTIZ ROCASOLANO
Presidencia de Honor

EXCMA SRA. DÑA ANA MATO ADROVER
Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

EXCMO. SR. D. PAULINO RIVEIRO BAUTE
Presidente Gobierno de Canarias

ILMA. SRA. DÑA. DOÑA BRÍGIDA MENDOZA BETANCOR
Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias

EXCMO SR. D. DON JOSÉ MIGUEL BRAVO DE LAGUNA BERMÚDEZ
Presidente del Cabildo de Gran Canaria

EXCMO. SR. D. JUAN JOSÉ CARDONA GONZÁLEZ
Alcalde de Las Palmas de Gran Canaria

DR. D. JOSÉ REGIDOR GARCÍA
Rector Universidad Las Palmas de Gran Canaria

DR. D. JOSÉ MIGUEL SÁNCHEZ HERNÁNDEZ
Director Gerente de Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

DÑA. HORTENSIA CALERO FABELO
Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas

DÑA. AMPARO PEIRÓ ANDRÉS
Presidenta de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

DR. D. VICENTE BERTOMEU MARTÍNEZ
Presidente de la Sociedad Española de Cardiología

DR. D. CARLOS CULEBRAS CÁCERES
Presidente de la Sociedad Canaria de Cardiología

DÑA. PINO SÁNCHEZ REYES
Directora Gerente de Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

DR. ALFONSO MEDINA FERNÁNDEZ-ACEITUNO
Jefe de servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTA DE HONOR
María José Zabala Osés

PRESIDENTA SALIENTE
Virginia Argibay Pytlik

PRESIDENTA
Amparo Peiró Andrés

VICEPRESIDENTA
M.ª Luz Capote Toledo

SECRETARIA
Mª Jesús Pérez González

VICESECRETARIA
María José Morales Vicente

TESORERA
Vanessa A. García Mosquera

VOCAL DEL GRUPO DE TRABAJO DE HEMODINÁMICA
Vera Rodríguez García-Abad

VOCAL DEL GRUPO DE TRABAJO DE ELECTROFISIOLOGÍA Y ESTIMULACIÓN CARDÍACA
María Mercedes Rodríguez Morales

VOCAL DEL GRUPO DE TRABAJO DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CARDÍACA
Pascual García Hernández

VOCAL DEL GRUPO DE TRABAJO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA
Magdalena Nebot Margalef

VOCAL DEL GRUPO DE TRABAJO DE CIRUGÍA CARDÍACA
Mª Reyes Gil Álvarez

VOCAL IMAGEN CARDÍACA Y TÉCNICAS NO INVASIVAS
Teresa Fanlo Peralta

VOCAL DEL GRUPO EUROPEO
Alberto Luis Fernández Oliver

VOCAL DEL CONGRESO A CORUÑA 2011
María Sabater Sánchez

VOCAL DEL CONGRESO LAS PALMAS 2012
Emma Victoria Santana Benítez

DIRECTOR DE LA REVISTA ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA
Francisco Javier Gracia Pérez

DIRECTOR DEL PORTAL EN INTERNET
Javier García Niebla

DIRECTORA DEL PORTAL EN INTERNET
Concepción Santolaria Aisa

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA:	Emma V. Santana Benítez
VICEPRESIDENTA:	Elvira Martín Bou
TESORERA:	Margarita Martel González
VICETESORERA:	Esther Rivero Santana
SECRETARIA:	María Aguiar Bujanda
VICESECRETARÍA:	Mirian Ojeda González
VOCAL CIENTÍFICO:	Vicente Rubio Alcañiz
VOCALES:	Carmen Rios Díaz Jose Manuel Alvarez Vázquez Araceli Torres García Rosa María Arata Jeria Irene Suárez Rocha Rubén Andrades Guerra Rafael Zerpa Santana Virginia León Armas Leonardo Hernández Gil

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA:	María Lluïsa García Garrido
SECRETARIA:	Carmen Bermejo Merino
VOCAL CONGRESO LAS PALMAS:	Vicente Rubio Alcañiz
VOCALES:	Juana Oyanguren Artola Elena Maull Lafuente Carmen Naya Leira Susana Rubio Martín

Por favor, en la sala de conferencias mantengan sus teléfonos móviles

APAGADOS

NO está permitido
FUMAR en todo el recinto
del
congreso

PROGRAMA

ESQUEMA DE PROGRAMA

	MIÉRCOLES 2 de mayo			
	Sala Lanzarote	Sala Sinfónica	Sala Fuerteventura	Sala Gran Canaria
16:00-20:00 h	CURSOS DE FORMACIÓN			
20:30 h		Inauguración oficial		
21:00 h	Cóctel de bienvenida			

	JUEVES 3 de mayo					
	Sala A	Sala B	Sala C	Sala D	Sala E	Sala F
09:00-10:00 h	COMUNICACIONES LIBRES					
10:00-11:00 h	CONFERENCIA INAUGURAL					
11:00-11:30 h	Pausa - café					
11:30-12:30 h	COMUNICACIONES LIBRES					
12:30-13:30 h	COMUNICACIONES LIBRES					
13:30-14:00 h	FORO DE GRUPOS DE TRABAJO					
	Hemodinámica	Electrofisiología y Estimulación Cardiaca	Prevención y Rehabilitación Cardiaca	Insuficiencia Cardiaca y Trasplante	Cirugía Cardíaca	Imagen Cardiaca y Técnicas Invasivas
14:00 h	Almuerzo de trabajo					
16:00-17:30 h	MESA REDONDA: Amenaza de la muerte súbita					
17:30-18:30 h	CASOS CLÍNICOS		PÓSTER FORUM			

	VIERNES 4 de mayo					
	Sala A	Sala B	Sala C	Sala D	Sala E	Sala F
09:00-10:00 h	COMUNICACIONES LIBRES					
10:00-11:30 h	MESA REDONDA: Enfercardio actualidad: adaptar nuestra prácticas enfermeras a las nuevas envidencias científicas					
11:30-12:00 h	Pausa - café					
12:00-13:30 h	ASAMBLEA GENERAL DE LA AEEC					
14:00 h	Almuerzo de trabajo					
16:00-17:30 h	MESA REDONDA: ¿Trabajamos en colaboración con las diferentes unidades de cardiología y otros profesionales de la salud?					
17:30 h	Acto de clausura y entrega de premios					
21:00 h	Cena clausura					

Miércoles, 2 de mayo

Tarde

16:00-20:00 **CURSOS DE FORMACIÓN:**

Sala Lanzarote

Gestión de Casos: Un modelo de atención en el ámbito de la cardiología.

Moderadora:
Mª Juana Oyanguren Artola. Centro de Salud Basauri-Ariz. Vizcaya

Docentes:
Montserrat Teixidor Freixa. Decana del Consejo de Colegios de enfermeras y enfermeros de Cataluña. Vicepresidenta de la red Europea PRAQSI

Marta Marichal Plana. Atención Primaria. Girona

Sala Sinfónica

Introducción a la práctica clínica basada en la evidencia en cardiología

Moderadora:
Susana Rubio Martín. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Docente:
Eva Abad Corpa. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Sala Fuerteventura

Revisión de Técnicas: balón de contrapulsación intraaórtico, marcapasos transitorio y ventilación no invasiva (BIPAP)

Moderadora:
Enrique Hernández Mendoza. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Docentes:

Balón de contrapulsación intraaórtico
Vicente Rubio Alcañiz. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Marcapasos transitorio
María Aguiar Bujanda y Rubén Andrades Guerra.
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Ventilación no Invasiva: BIPAP
Sergio Terreros Martínez. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Sala Gran Canaria

Técnicas de relajación: Shiatsu y Risoterapia

Moderadora:
Margarita Martel González Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Docentes:

Shiatsu
Rita Vega Lorenzo Atención Primaria. Centro de Salud Miller. Las Palmas de Gran Canaria

Risoterapia
Judith Sánchez García Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Departamento Enfermería

20:00-20:30 **INAUGURACIÓN OFICIAL** (Sala Sinfónica)

21:00 **Cóctel de Bienvenida**

Jueves, 3 de mayo

09:00-10:00 **COMUNICACIONES LIBRES**

Sala A

Moderadora:
Rosa Arata Jeria. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

APUESTA POR EL ACCESO ANTECUBITAL EN EL CATETERISMO DERECHO
Guzmán Pérez, M; Fernández Sánchez, R; Barón Ibáñez, O; Plou Domínguez, Y; Aparicio López, G; Pasto Serra, E; Carvajal Rodríguez, C; Losada Pérez, M; Guerrero Garicano, S;
Hospital Universitario Vall Hebron

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA ADMINISTRACIÓN DE ADENOSINA INTRAVENOSA VS. BOLOS INCREMENTALES DE DOSIS ALTAS DE ADENOSINA INTRACORONARIA PARA LA EVALUACIÓN DEL FLUJO DE RESERVA FRACCIONAL MIOCARDICO, EN LA ERA " FAME".
Hernández Gómez, R; García Fernández, MI; Címbora Delgado, JM; Calvo de Orador, JC; Gónzalez Chavarría, MC; Sosa Rodríguez, A;
Hospital Universitario Virgen Del Rocío

Jueves, 3 de mayo

ESTUDIO COMPARATIVO TIEMPO-EFECTIVIDAD DE LA BANDA NEUMATICA FRENTE A LA COMPRESION MANUAL EN LA HEMOSTASIA DE LA ARTERIA RADIAL

Blanco Hernández, S; Santos Morin, M; Pedraz Cacho, R; Coca Hernando, MA; Ruiz Puparelli, S; Garcia Vidal, MJ; Pacheco Delgado, R; Garcia Melchor, R; Hernández Sánchez, M; Alonso González, MJ; Párez Prieto, M;

Hemodinamica Hospital Universitario de Salamanca

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS VENTAJAS POSTCATETERISMO ENTRE ACCESO RADIAL Y FEMORAL

Farias Martin, M.; Redondo González, A.I; Núñez López, J.C; Pedraz Cacho, M.R; García Coco, C.; Barba Tejedor, S.; Paramio Matías, C.;

Unidad de coronarias. Hospital Clínico Salamanca

COMPLICACIONES VASCULARES POST CATETERISMO SEGÚN HEMOSTASIA

Delgado Sandoval, M; Gil Hernández, R; Márquez Sánchez, A;

Hospital Universitario La Paz

Jueves, 3 de mayo

Sala B

Moderador:
Rubén Andrades Guerra. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

ENFERMEDAD CORONARIA ASOCIADA AL CONSUMO DE TÓXICOS
Domínguez Naranjo, A.; Rejón Amores, M.; García Jarillo, C.; Timonet Andreu, E.;

Hospital Costa del Sol de Marbella

RELACIÓN ENTRE DIFERENTES ÁREAS POBLACIONALES SOBRE EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES
Delgado Pacheco, J; Lainez Rube, R;

Hospital Universitario Puerta Del Mar. Cádiz

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO.
Alba Saá, F; Sánchez Alonso, A; Rama Merchán, JC; Casado Romo, MA; Borrego Blanco, B; Del Campo Bujedo, F;

Hospital Universitario de Salamanca

PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS DEL HABITO TABAQUICO EN PACIENTES INGRESADOS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA
De la Torre Merelles, B; Vinuesa del Arco, AB; García Marín, JM;

Hospital Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud

Jueves, 3 de mayo

Sala C

Moderadora:
Araceli Torres García. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

¿EXISTE CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN \"LIMITACIÓN FÍSICA\" DEL TEST DE CALIDAD DE VIDA DE KANSAS Y EL TEST DE 6 MINUTOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA?
Planelles Romero, R; Grande García, ME; Jordan Ferraz, C; Fernández Sánchez, AM; Peraira Moral, JR; Alamo Tomillero, E; Martín Hinojal, M; García Arranz, JG; Castellanos Fernández, J;

Instituto de Cardiología de Madrid

PERFIL DEL PACIENTE DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE INSUFICIENCIA CARDIACA
Marín-Barnuevo Fabo, C; Martínez Puerta, MD; Mellinas Atienzar, A; Lázaro Castañer, C;

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

FORMACIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA NECESIDAD NO CUBIERTA Y BIEN ACOGIDA
Grande García, ME; Planelles Romero, R; Fernández Sánchez, AM; Jordán Ferraz, C; Peraira Moral, JR; Álamo Tomillero, E; Martín Hinojal, M; García Arranz, JG; Castellanos Fernández, J;

Instituto de Cardiología de Madrid

INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE MUERTE SUBITA POSTRASPLANTE CARDIACO
Segura Saint-Gerons, C; Lara Lara, MD; Mengibar Pareja, V; Arizon Del Prado, JM;

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

¿SE CORRELACIONAN LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA EN LA LIMITACIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA?
Fernández Sánchez, AM; Jordan Ferraz, C; Planelles Romero, R; Grande García, ME; Alamo Tomillero, E; Peraira Moral, JR; Martín Hinojal, M; García Arranz, JG; Castellanos Fernández, J;

Instituto de Cardiología de Madrid

Jueves, 3 de mayo

10:00-11:00

CONFERENCIA INAUGURAL: PRESENTE Y FUTURO DE LA CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA (Sala A)

Moderadora:

Emma Santana Benítez
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Ponente:

Dr. Alfonso Medina Fernández-Aceituno
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

11:00-11:30

PAUSA-CAFÉ

11:30-12:30

COMUNICACIONES LIBRES

Sala A

Moderadora:
Eva Viera Rodríguez Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PRINCIPALES RASGOS DERIVADOS DE LA INDUCCIÓN DE ISQUEMIA CON ADENOSINA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Ortiz Martín, P.; Padrón Rodríguez, C.L; Millán Vázquez, F.J; Méndez Rubio, J.; Ortega Lozano, S.;

Hospital Universitario "Virgen de la Victoria" Málaga

PRESERVACIÓN DE LA VÁLVULA AÓRTICA

De Burgos Cassinello, M; García Benitez, R;

Hospital 12 de Octubre

ME SIENTO BIEN, DESEO O REALIDAD

Argenta Fernández, E; Blanco Gómez, MA; Fernández Pérez, E; Muñoz Martín, E; Ruiz Jiménez, E; Sánchez Peinado, M;

Hospital Universitario La Paz

LONGEVIDAD DE LOS DAI. VIDA UTIL ESTIMADA VS FIN DE VIDA ÚTIL.

Alcahúd Cortés, C.; Rodenas Sánchez, F.; Romero González, A.; Valcarcel Piñero, A.; Torres Sanchez, E.; López Morcillo, M.A; Cantos Gutierrez, C.; Ceres Rodríguez, R.; García Sacristán, J.; Enero Navajo, J.;

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Jueves, 3 de mayo

¿ES ASUMIBLE POR LAS ENFERMERAS LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE ESFUERZO CON METABOLIMETRÍA EN LOS GABINETES DE PRUEBAS DE ESFUERZO CONVENCIONALES?

Perez Martinez de Apellaniz, MC; Quintana Pascual, MC; Molinuevo Salinas, AI; Conde Lagartos, AI;

Hospital Universitario Araba-Txagorritxu

Sala B

Moderadora:
Fuencisla Cabrera Sacristán Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ANCIANOS ¿Y AHORA QUE?

Lara Lara, MD; Segura Saint-Gerons, C; Mengibar Pareja, V;

Hospital Universitario "Reina Sofia"

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS SOMETIDOS A CIRUGIA CARDIACA

Ibarrola Izura, S; Lizarraga Ursua, Y; Oroviogoicoechea Ortega, C; Beortegui Urdánoz, E; Vázquez Calatayud, M; Sanz Muruzabal, P; Belcos Moreno, ME; Alzueta Aldunate, M;

Clínica Universidad de Navarra

NITROGLICERINA SUBLINGUAL: ¿QUÉ SABEN LOS PACIENTES CON UN EVENTO CARDIOLÓGICO ISQUÉMICO?

Rovira Vilamala, I; Mir Aiguade, J; Serrano Carmona, JL; Simón Llorente, S; Garriga Teixidó, C; Amo Polo, J; Guardia Azara, M; Vélez Pérez, Y; Puig Calvet, M; Muñoz Bautista, AM; Baltasar Bagué, A;

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SEXUALIDAD DEL PACIENTE CARDIOLÓGICO HOSPITALIZADO

Moya Ruiz, T; Iglesias Guerra, S; González Oliveros, M; Torne Pérez, E; López Rodríguez, L;

Hospital Universitario Virgen Del Rocío

Jueves, 3 de mayo

EDUCACION SANITARIA TRAS IMPLANTE DE MARCAPASOS
Clemares Garcia, MA; Crespo Carrion, MJ;

Hospital Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud

Sala C

Moderadora:
Guayarmina Naranjo Cabrera. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria

PREVALENCIA DE LAS COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS EN LA FASE AGUDA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO
Rodríguez Huerta, D; Fernández Izquierdo, M; Prieto Gargantilla, M; Ramos Elvira, C; Gómez Mena, A; Múñoz Gómez, I; Zarco Calonge, G; Rodríguez Gonzalo, A;

Hospital La Princesa, Hospital Ramón y Cajal, Ntrª Sª de Sonsoles

SEGUIMIENTO Y VALORACION DE PACIENTES CON INFARTO ANTERIOR CRONICO TRAS LA INFUSION DE CELULAS DE MEDULA OSEA
Cepas Sosa, A; Muñoz Villarreal, AB; Luque Serrano, ML;

Hospital Universitario Reina Sofia Cordoba

LA ENFERMERA DE ENLACE HOSPITALARIA ESPECIALISTA EN INSUFICIENCIA CARDIACA
Beistegui Alejandre, I; Aguayo Esgueva, BE; Conde Lagartos, AI; Autor Arbizu, MR;

Hospital Universitario Araba Santiago y Hospital Universitario Araba Txagorritxu

COMUNICACIÓN INTRAPROFESIONAL DURANTE EL CAMBIO DE TURNO
Martín Pérez, S; Lizarraga Ursúa, Y; Vázquez Calatayud, M; Oroviogoicoechea Ortega, C; Unzu Alonso, I; Juandeaburre Pedroarena, B; Labiano Pérez-Seoane, C;

Clínica Universidad de Navarra

Jueves, 3 de mayo

12:30-13:30 **COMUNICACIONES LIBRES**

Sala A

Moderador:
Rafael Zerpa Santana
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil.
Las Palmas de Gran Canaria

¿ES SEGURA LA REALIZACION DE UN CATETERISMO CARDIACO EN PACIENTES AMBULANTES ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROL(SINTROM®)?

Rodríguez Carcelen, M.D; Iglesias Mier, T.M; García_Casarrubios Jimenez, J.; Gómez Martinez, O.; Gutierrez Diez, A.; Gallardo López, A.; Jiménez Mazuecos, J.M; Melehi, D.; Cordoba Soriano J.G;

Complejo Universitario Hospitalario de Albacete

UN PROTOCOLO REGIONAL DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN EL TRATAMIENTO DEL SCACEST. ¿INFLUYE EN LA MEJORA DE LOS TIEMPOS HASTA LA REPERFUSION?

Iglesias Mier, T.M; Rodriguez Carcelen, M.D; García-Casarrubios Jimenez, J.; Gómez Martinez, O.; Gutierrez Diez, A.; Jiménez Mazuecos, J.M; Gallardo López, A.; Melehi, D.; Córdoba Soriano, J.G;

Complejo Universitario Hospitalario de Albacete

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO "CICERONE" EN UNA UNIDAD DE HEMODINÁMICA

Luque Cossi, ML; Japón Ruiz, M; Lombardo Martínez, J; Pedrosa Carrera, C; Díaz Bejarano, D; Valero López, A; González Díaz, JM; Gómez Santana, C; Fernández AlvareZ, V; González Rivero, D; Sánchez Baños, B; Antonio Mora, J; Martín González, A; Ruiz Sabariego, S;

Hospital Universitario Virgen De Valme

CORAZÓN A RITMO DE MOZART

Blanco Montserin, E; Trull, J; Tiendas, J; Arevalo Blanco, L; Francisco Lucena, A;

Clinica Corachan

Jueves, 3 de mayo

Sala B

Moderador:
Esther Rivero Santana
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria

PERCEPCIÓN Y EXPERIENCIA VIVIDAS POR EL PACIENTE CON UN PRIMER INFARTO E IMPACTO EN SU ENTORNO SOCIAL, FAMILIAR Y LABORAL

Gómez Palomar, MJ; Casajús Pérez, G; Gómez Palomar, C; Martínez Momblan, A;

Hospital De La Santa Cruz y San Pablo

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR 1 - FÚTBOL 1

Gaínza Calleja, A.; González Gascue, M.; Doiz Arriazu, R.; Azcona Ciriza, L.;

Complejo Hospitalario de Navarra, edificio A.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSICOLOGICOS EN LOS PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

Sánchez Lozano, Y; Rubio Martin, S; Rodríguez Padial, L; Martínez Vizcaino, V;

Complejo Hospitalario Virgen de la Salud Toledo, Universidad de Castilla la Mancha

ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA PRESENTACIÓN DE LA CRISIS ISQUÉMICA AGUDA II

Gómez Palomar C.; Gómez Palomar M.J.;

Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Jueves, 3 de mayo

Sala C

Moderador:
Virginia León Armas
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria

UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR EN UNA UCI CARDÍACA

Pérez Taboada, MA; Roca Canzobre, S; Pereira Ferreiro, Ana; Rossi López, M; Abella Arcos, J;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

EXPERIENCIA DE LA HIPOTERMIA INDUCIDA TERAPÉUTICA EN UNA UNIDAD CORONARIA

Neiro Rey, MC; Paredes Rodríguez, A; Reino Maceiras, MV; Pereira López, E; Aguiar Souto, P;

Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela

SEGUIMIENTO Y PREVENCIÓN SECUNDARIA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE BYPASS CORONARIO

Ginel Aldana, S; Villares Jiménez, A; Aguirre Montoya, JC; Carmona Heredia, A; García Bermúdez, M; Sanz Girgas, E;

Hospital Universitari Joan XXIII

Jueves, 3 de mayo

13:30-14:00 **FORO DE GRUPO DE TRABAJO**

Sala A
Hemodinámica
Modera: Vera Rodríguez García-Abad
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Sala B
Electrofisiología y Estimulación Cardiaca
Modera: María Mercedes Rodríguez Morales
Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada

Sala C
Prevención y Rehabilitación Cardiaca
Modera: Pascual García Hernández
Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada

Sala D
Insuficiencia Cardiaca y Trasplante
Modera: Magdalena Nebot Margalef
Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

Sala E
Cirugía Cardiaca
Modera: Mª Reyes Gil Álvarez
Hospital Meixoeiro. Vigo

Sala F
Imagen Cardiaca y Técnicas no invasivas
Modera: Mª Teresa Fanlo Peralta
Hospital San Jorge. Huesca

14:00-16:00 **ALMUERZO DE TRABAJO**

Jueves, 3 de mayo

16:00-17:30 **MESA REDONDA** (Sala A)

AMENAZA DE LA MUERTE SÚBITA

Moderadoras:

Carmen Bermejo Merino
Hospital Universitario de Salamanca

Carmen Ríos Díaz
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
Las Palmas de Gran Canaria

- Muerte súbita por causas genéticas. El problema del gen canario.
  Ponente:
  Germán Ostos Mateo-Cañero
  Centro médico cardiológico Cardiavant. Las Palmas de Gran Canaria

- Rol de la enfermera en el paciente portador de DAI
  Ponente:
  María Mercedes Rodríguez Morales
  Hospital Clínico Universitario Sant Cecilio. Granada

- Entre la vida y la muerte
  Ponentes:
  Miquel Verdaguer i Turró
  Instituto de Sant Elm. San Feliu de Guixols. Girona
  M. Farners Riera i Torras
  Palamós Gent Gran. Hospital de Palamós. Girona

Jueves, 3 de mayo

17:30-18:30 **CASOS CLÍNICOS**

Sala A

Moderador:
José Leonardo Hernández Gil. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria

COMPLICACIONES EN UNA PORTADORA DE MARCAPASOS DEFINITIVO. CASO CLÍNICO.

Varela Tomé, MD; Díaz Porta, MC; Rodríguez Freire, MR; Sabater Sánchez, MC;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN PACIENTE CON DISTROFIA MUSCULAR DE BECKER

Rossi López, M; Abella Arcos, J; Pereira Ferreiro, A; Pérez Taboada, M; Roca Canzobre, S;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

SÍNDROME DE QT LARGO. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Rúa Pérez, MC; Suárez Fontaíña, EM; Fariñas Garrido, MP; Sabater Sánchez, MC;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

CUIDADOS DE ENFERMERIA A UNA PACIENTE CON MIOCARDIOPATIA DILATADA Y TRATADA CON INFUSIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.

Muñoz Villarreal, AB; Cepas Sosa, A; Luque Serrano, ML;

Hospital Universitario Reina Sofia Cordoba

MANEJO DE LA INFECCION EN DISPOSITIVO DE CIERRE ARTERIAL FEMORAL TRAS CATETERISMO: PLAN DE CUIDADOS CON PLATA Y ANTIBIOTICOS COMO ALTERNATIVA A LA CIRUGIA VASCULAR

García González, RF; Gago Fornells, M; Martínez García, PL; Shorbaji Puertas, L; López Sinoga, M; Bentolila Hachuel, C; Suplet González, MJ;

Hospital Universitario De Puerto Real

Jueves, 3 de mayo

PLAN DE CUIDADOS POST-QUIRÚRGICOS EN IMPLANTE DE ASISTENCIA CIRCULATORIA MECÁNICA

Medina Carrillo, V; Blazquez Jiménez, I; Pacheco Sánchez, E; Gutiérrez Asensio, B; Salas Olivares, A;

Hospital 12 de Octubre

TAQUICARDIA BIDIRECCIONAL: COMO AFRONTAR EL RIESGO DE MUERTE SUBITA

Molina Ruiz, MT; Lozano Ortega, MC; Nieto García, E; Lerma Barba, D; Rodríguez Morales, MM;

Hospital Clínico San Cecilio de Granada

CASO CLÍNICO: MUERTE SÚBITA

Núñez López, JC; Farias Martín, M; Redondo González, AI; García Coco, C; Barba Tejedor, S; Paramio Matias, MC;

Hospital Clinico Universitario de Salamanca. Unidad de Coronarias

BENEFICIOS DE LA HIPOTERMIA INDUCIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Muñoz Castro, C; Aranda Nevado, M.C; Beneitez Vaquero, J; Berdonces Gago, A;

Hospital Universitario Germans Trias I Pujol

IMPLANTE TRANSAPICAL DE "VÁLVULA DENTRO DE OTRA VÁLVULA". ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Mogollon Cardero, P; Gil Álvarez, R; Pereira Leyenda, B;

Hospital Meixoeiro (Quirófano Cirugía Cardiaca)

Jueves, 3 de mayo

Sala B

Moderadora:
Irene Suárez Rocha
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

SÍNDROME CORONARIO AGUDO O MIOCARDITIS; NO ES ORO TODO LO QUE RELUCE

Sáez Jiménez MR; Sanmiguel Cervera D; Zamorano LLuesma M;

Hospital General Universitario de Valencia

ECMO: ESPERANDO UN CORAZÓN

Pereira Ferreiro, A; Rossi López, M; Roca Canzobre, S; Pérez Taboada, M; Abella Arcos, J;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

VALORACION FAMILIAR CON TEST DE APGAR EN PACIENTE JOVEN PORTADOR DE DAI

Lara Lara, MD; Segura Saint-Gerons, C; Mengibar Pareja, V;

Hospital Universitario "Reina Sofia"

LA EDUCACIÓN Y LA GESTIÓN DE CUIDADOS ¿INFLUYE EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE UN PACIENTE PORTADOR DE ASISTENCIA VENTRICULAR DE LARGA DURACIÓN? ESTUDIO DE UN CASO

Nebot Margalef, M; Asensio Flores, S; Barbosa Torralbo, MJ; González Costello, J; Manito Lorite, N;

Hospital Universitario de Bellvitge

ARTERITIS DE TAKAYASU: A PROPÓSITO DE UN CASO

Arrola Cantero, I; Santos González, G; Ortego Bilbao, I; Tellechea Rodriguez, O;

Hospital Universitario Cruces

Jueves, 3 de mayo

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UNA PACIENTE, QUE SE LE REALIZÓ UNA AMPUTACIÓN, TRAS IMPLANTE DE BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN

Simoni Pedrera, R; Arroyo Morón, F; Mengibar Pareja, V;

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON MEDIASTINITIS POST QUIRURGICA RESUELTA CON VAC

Irizar Jauregui, FI; Reparaz, AP;

Complejo Hospitalario de Navarra

ECMO: UN CASO CLÍNICO.

Moreno Zorrilla, FV; Perez Rodriguez, MT; Puentes Gonzalez, L; Poza Dominguez, A;

Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

GESTANTE DE 24 AÑOS DIAGNÓSTICADA DE TAQUICARDIA VENTRICULAR NO SOSTENIDA (TVNS). PLANIFICACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Arnaiz Villanueva, N; Navarro Díaz, M; García López, V; Casado Dones, MJ; Oya Luis, I; Martín López, P; Aguilar Casado, C; Juárez Bonilla , M; Martín Rodríguez, M; Hernández Rivas, AA;

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

CONFLICTO DE INTERESES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR ANTE UN PACIENTE CON ASISTENCIA VENTRICULAR EN SITUACIÓN TERMINAL. ¿QUIÉN ESCUCHA LA OPINIÓN DE LA ENFERMERA?

Arnaiz Villanueva, N; Navarro Díaz, M; García López, V; Antequera Guirado, A; Soria Gómez, T; Fernández Balcones, C; Briceño Hinojo, A; Hernández Bermúdez, M; Muñoz Gadea, A; Hernández Rivas, A;

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Jueves, 3 de mayo

17:30-18:30 PÓSTER FORUM

Sala C

Moderadora:
Kiara Ojeda González
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

CUIDADOS Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: DEL HOSPITAL A CASA

Suárez Fontaíña, EM; Rúa Pérez, MC; Fariñas Garrido, MP; Sabater Sánchez, MC;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UCI CARDÍACA. LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Abella Arcos, J; Pereira Ferreiro, A; Rossi López, M; Roca Canzobre, S; Pérez Taboada, M;

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

PROTOCOLO DE ACOGIDA DEL PACIENTE CORONARIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pereira Ferreiro, A; Rossi López, M; Abella Arcos, J; Pérez Taboada, M; Roca Canzobre, S;

Complejo Hospitalario Universitario da Coruña

PROTOCOLO DEL TRASPLANTE CARDÍACO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Rossi López, M; Abella Arcos, J; Roca Canzobre, S; Pérez Taboada, M; Pereira Ferreiro, A;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

ENLACE PRIMARIA-ESPECIALIZADA: PERCEPCIÓN DE LA UNIDAD DE IC DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ENFERMERÍA DE AP

Gracia Ródenas, R; Fernández Redondo, M.C.; Romero Aniorte, A.I.;

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Jueves, 3 de mayo

CONSULTA DE ENFERMERIA EN FASE III DE UN PROGRAMA DE PREVENCION SECUNDARIA Y REHABILITACION CARDIACA

Ramón Carbonell, M; Martínez Hernández, MM; Hernández Castellón, CM; Hernández Hernández, I;

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

AVANCES EN ELECTROFISIOLOGÍA. ABLACIÓN REMOTA CON ROBOT AMIGO. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA

Herreros Gil, M; Cabrerizo Sanz, MP; Sánchez Sánchez, ML; Cerron Rodriguez, VB; Núñez Chavarry, J; Capote Toledo, ML; Gacimartin Garcia, RM;

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA DESPUÉS DE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Cuevas López, E; De Lera Martínez, MJ; Foix Parra, A; Socias Salvat, J; Torta Castelló, R; Valverde Conde, MP;

Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona

¿TE PUEDO AYUDAR?: GUIA RAPIDA DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIACA

García García, J; Bacaicoa Parrado, P; Cabrera Molina, G.M; Canals de la Vega, L; Díaz Herrera, V; Gea Valero, M; Porcel Arrebola, E; Rebollo Lozano, C; Sainz Magrans, S; Valle Pérez, Y;

Hospital Universitari Germas Trias i Pujol

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN LA ALTERACIÓN VALVULAR AÓRTICA. INTEGRACIÓN EN HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA FLORENCE® DEL HOSPITAL DEL VINALOPÓ

Aldea Castello, L; Fernández Perez, R; Ferrandez García, VB; Vico Peñalver, A; Salar Lledo, JM; Vicente Campello, J; Moleron Mancebo, L; Piedecausa Quero, J; Tejero Domenech, L; Mendoza Casares, J; Ballesta Lopez, FJ;

Hospital del Vinalopó

Viernes, 4 de mayo

09:00-10:00 **COMUNICACIONES LIBRES**

Sala A

Moderadora:
María Aguiar Bujanda
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

COMPLICACIONES TRAS LA HEMOSTASIA MANUAL O NEUMATICA POST-CORONARIOGRAFIA

Urías García, R; Zamora Mesa, S; Félix González, M; Sánchez Arroyo, D; Quintas Ramos, S;

Unidad Coronaria, Hospital Virgen de la Salud de Toledo

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE DIABETICO SOMETIDO A INTERVENCIONISMO CARDIACO

Núñez Tallón, MA; Basanta Castro, MJ; Jiménez Serrano, CA; Seco Aldegunde, SI; Abad García, MM; Gallego López, MI; Pérez Fernandez, AM; Fernández Freire, MS; Ortega Fernández, L; Carrera Fernández, AM;

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

ANGIOPLASTIA CORONARIA CON LÁSER

Cereijo Silva, E; Seoane Bello, M; Beiras Otero, P; Iglesias Santomé, J; Bóveda Álvarez, R;

Unidad de hemodinámica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

CATETERISMO CARDIACO: ABORDAJE FEMORAL VS RADIAL COMPLICACIONES QUE REQUIEREN CUIDADOS DE ENFERMERIA

March Ortiz, A; Castaño Navarro, I;

Consorcio Hospital General Universitario Valencia

LA SUPERVISIÓN EN LAS UNIDADES DE HEMODINÁMICA. SUPERVISAMOS?

Fernández Esteban, T; Alonso González, M.J; Hernández Sánchez, M; Coca Hernando, M; García Melchor, R; Blanco Hernández, S; Ruiz Puparelli, S; Pedraz Cacho, R; Santos Morin, M; García Vidal, M.J; Perez Prieto, M;

Hospital Clínico. Salamanca

Viernes, 4 de mayo

Sala B

Moderadora:
Elvira Martín Bou
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

VALORACIÓN NUTRICIONAL EN UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

Romero Aniorte, A.I; Quintana Giner, M; Grácia Ródenas, M.R; Fernández Redondo, M.C;

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA MEDIANTE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DURANTE UN EVENTO AGUDO

Mesa Rico, R; Rejón Amores, M; Timonet Andreu, E; Rodríguez Alarcón, P; Amor Perino, T; Rodríguez Martínez, J.L.;

Unidad de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga

SÍNDROME DE BURNOUT: ¿CÓMO AFECTA LA ACTUAL SITUACIÓN DE CRISIS ECONÓMICA EN EL ÁMBITO LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA?

Canals de la Vega, L; Bacaicoa Parrado, P; Cabrera Molina, G.M; Díaz Herrera, V; García García, J; Gea Valero, M; Porcel Arrebola, E; Rebollo Lozano, C; Saínz Magrans, S; Valle Pérez, Y;

Servicio de Cardiología y Cirugía Cardiaca
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGIA

Laveda López, P; Dolera Martinez, A; Alacid González, N; De la Torre Merelles, B;
Hospital Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud

Viernes, 4 de mayo

Sala C

Moderadora:
José M. Álvarez Vázquez
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
Las Palmas de Gran Canaria

¿PODEMOS HACER DESENSIBILIZACION PRECOZ DE FORMA SEGURA EN ALERGICOS A AAS CON SCA?

Rodríguez Carcelén, M.D; Iglesias Mier, T.M; Garcia_Casarrubios Jiménez, J.; Gómez Martinez, O.; Córdoba Soriano, J.G; Gutiérrez Diez, A.; Jiménez Mazuecos, J.M; Gallardo López, A.; Valle Muñoz, A.;

Complejo Universitario Hospitalario de Albacete

PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN EL USO DE CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS: ¿SUSTITUCIÓN DEL CATÉTER PERIÓDICAMENTE O SEGÚN SIGNOS CLÍNICOS?

Gómez Cárcaba, M.O; Gutiérrez Matos, G.; Martín Sanz, A.; Del Río Martín, R.; Sanz Tinaquero, H.; García García, S;

Hospital Universitario Río Hortega

¿DÓNDE INGRESAN LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACION DEL ST?

Pérez Ortega , S; Vidorreta Gracia, S; Eseverri Rovira, M; Casal Rodríguez, J; Vivas Tovar, ME; Andrés Casamiquela, E;

Hospital Clínico y Provincial de Barcelona

INFECCIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICAS DE MARCAPASOS Y DESFIBRILADORES IMPLANTABLES. SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

Carmona Heredia, AM; Aguirre Montoya, JC; de Lera Martínez, MJ; Pinedo Iguiñez, MM; de Castro Arizmedi, R;

Hospital Universitari Joan XXIII

EFECTIVIDAD DEL APÓSITO TRANSPARENTE PARA LA FIJACIÓN DE CVC EN LA UNIDAD CORONARIA. COMPARACIÓN DE DOS SISTEMAS: APÓSITO TRANSPARENTE Y APÓSITO DE GASA

Palomino Alba, J; Aranda Nevado, C; Montiel Molina, S; López Serral, C;

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona

Viernes, 4 de mayo

10:00-11:30 **MESA REDONDA** (Sala A)
ENFERCADIO ACTUALIDAD: ADAPTAR NUESTRAS PRÁCTICAS ENFERMERAS A LAS NUEVAS EVIDENCIAS CIENTÍFICAS

Moderadoras:
M. Luz Capote Toledo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid
Blanca E. Aguayo Esqueva Hospital Universitario de Álava

Atención del paciente con insuficiencia cardiaca ¿en el hospital o en el domicilio?
Neus Badosa Marce
Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona

Estudio Electrofisiológico: ¿la enfermera maneja y controla la sedoanalgesia?
Carmen Altaba Rodríguez
Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona

Recambio valvular aórtico, ¿tratamiento percutáneo o cirugía cardiaca?
Juan Méndez Rubio
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Control de la hipertensión arterial, hemoglobina glicosilada y colesterol. Avances en el control de las comorbilidades a través de la evidencia.
Pilar Fariñas Garrido
Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña

11:30-12:00 **PAUSA CAFÉ**

12:00-13:30 **ASAMBLEA GENERAL DE LA AEEC** (Sala A)

14:00 **ALMUERZO DE TRABAJO**

Viernes, 4 de mayo

16:00-17:30 **MESA REDONDA** (Sala A)

¿TRABAJAMOS EN COLABORACIÓN CON LAS DIFERENTES UNIDADES DE CARDIOLOGÍA Y OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD?

Moderadoras:
Gloria Casajus Pérez. Hospital de la Santa Creu I Sant Pau de Barcelona
Blanca Borrego Blanco. Universidad Pontificia. Salamanca

Colaboración entre los profesionales de la salud ¿qué nos dice la evidencia?
Leticia Sanmartín Rodríguez
Clínica Universitaria de Navarra

El lenguaje de las palabras ¿como las interpretamos?
Blanca Porres de la Asunción
Atención Primaria Sector II. Zaragoza

Una realidad: el trabajo en equipo con las diferentes unidades de cardiología y otros profesionales de la salud
María Sabater Sánchez
Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña

17:30 **ACTO DE CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS** (Sala A)

21:00 **CENA DE CLAUSURA**

CURSOS DE FORMACIÓN

Jueves, 2 de mayo de 16:00 a 20:00

Gestión de Casos: Un modelo de atención en el ámbito de la cardiología

Docente:
Montserrat Teixidor Freixa y Marta Marichal Planas.

Presentación del Taller:
Este es un taller de gran actualidad ya que presenta el rol de enfermería de gestión de casos en el área de cardiología, una figura que cada vez esta tomando más relevancia en el mundo y también en nuestro país para el manejo de enfermos complejos o de alto riesgo.

Esta figura, para la que se requiere una formación específica, desarrolla al máximo las potencialidades de nuestro perfil, siendo las referentes principales de pacientes y familia, tanto para manejo crónico como agudo, aplicando en todo momento una visión holística (bio-psico-social) tanto en la evaluación como en el manejo de paciente y entorno.

La gestora de casos trabaja coordinando equipos multidisciplinares, profesionales hospitalarios, extra-hospitalarios y comunitarios, sirviendo en definitiva a la resolución de las necesidades complejas de estos pacientes y capacitándoles tanto a ellos-as como a las personas de su entorno en el autocuidado.

En el área de cardiología, sobre todo en la Insuficiencia cardiaca ha demostrado reducción de ingresos hospitalarios, de morbi-mortalidad y mejora en la calidad de vida.

Objetivos:
- Conocer los fundamentos teóricos de la gestión de casos y de patología, su origen y desarrollo, específicamente en el área de cardiología
- Conocer las razones de este rol de enfermería, necesidades de formación, necesidades de coordinación, obstáculos/problemas que se encuentran y consejos para superarlos
-Evaluar los resultados de la experiencia práctica de gestión de patología cardíaca,
- Adquirir conocimientos y habilidades del rol especifico de la enfermera gestora de casos en situaciones estables, de descompensación y ante las necesidades paliativas.
- Valoración de parámetros, clínica, adaptación/ afrontamiento, dimensiones de la persona-entorno. Importancia de la relación con la persona y familia.
- Intervenciones encaminadas a la parte física, emocional y social.
- Relaciones con el hospital y con AP (médico, enfermera, trabajador social) fisioterapia, socio-sanitarios, etc.

Mestodología y Plan de Trabajo:

El taller tendrá una duración de 4 horas. La distribución de tiempos será la siguiente :

- 5 minutos presentación

- 1 h 30 ponente Sra Monserrat Teixidor (fundamentos teóricos)

- 20 minutos descanso

- 1 h 30 ponente Sra. Marta Marichal (resultados experiencias de gestión de casos, taller practico de rol de enfermería de gestión de casos en área de cardiología)

- 30 min debate

- 5 min Conclusiones

Bibliografía

- La Gestió de casos en la pràctica infermera. I. Catalunya. Direcció Estratègica d'Infermeria II. Departament de Salut-Generalitat de Catalunya. 2010

- Gohler A, Januzzi JL, Worrell SS, Osterziel KJ, Gazelle GS,Dietz R,Siebert U.A systematic meta-analysis of the efficacy and heterogeneity of disease management programs in congestive heart failure. J Card Fail2006;12:554

- ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic HF 2008. The Task force for the diagnosis and treatment of Acute and Chronic HF 2008 of the European Society of Cardiology.Developped in collaboration with The HF Association of The ESC (HFA) and endorsed by The European Society of Intensive Care Medicine(ESICM). Kenneth Dickstein et al.

Jueves, 2 de mayo de 16:00 a 20:00

Introducción a la práctica clínica basada en la evidencia en cardiología

Docente:
Susana Rubio Martín

Presentación del Taller:
El objetivo general de la investigación en ciencias de la salud es abordar científicamente la solución de los problemas de salud, respondiendo a las demandas y necesidades sociales. Para ello debe:
- Abarcar la amplia gama de procesos que intervienen en los problemas de salud.
- Englobar todas las disciplinas tendentes a promover la salud y a facilitar un mejor cuidado al ciudadano y a la comunidad.

Todo esto tiene como meta final mejorar la calidad y la atención de la salud tanto de pacientes individuales como de la sociedad; es decir, llevar a cabo una práctica clínica basada en la evidencia considerando estos tres factores en conjunto, la evidencia científica, la experiencia del profesional sanitario y los valores individuales de cada paciente, en función plena para tomar una decisión en salud.

Uno de los principales retos de esta disciplina es primordialmente cómo ligar estos factores de manera armoniosa y transmitir el conocimiento a través de todos los niveles aplicables, desde la generación de la evidencia en los trabajos de investigación clínica, pasando por su correcta búsqueda y apreciación por los profesionales de salud, hasta su adecuada aplicación y adherencia por parte de los pacientes. Ciertamente una tarea nada fácil ya que para esto se requiere cambio en actitudes y la adquisición de nuevas habilidades por parte de los profesionales de enfermería en cardiología, y con este planteamiento se ha diseñado este taller.

Objetivos:
Iniciar a los alumnos en el concepto, metodología y aplicabilidad de la práctica clínica basada en la evidencia en el ámbito de la cardiología.

Objetivos Específicos:
Al finalizar el taller, los asistentes serán capaces de:
- Conocer los orígenes, definición y fundamentos de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia.
- Conocer el proceso de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia, identificar sus etapas.
- Identificar recursos de información relacionadas con la Práctica Clínica Basada en la Evidencia para localizar las mejores evidencias sobre un tópico clínico del cuidado al paciente cardiológico.

Contenidos:

16:00-16:30 Orígenes, justificación y conceptos relacionados con la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE).

16:30-17:15 Etapas fundamentales de la PCBE.

17:15-18:00 Identificación y focalización de las preguntas que surgen de la práctica diaria. Cómo diseñar preguntas susceptibles de obtener respuestas aplicables a la práctica diaria.

18:00-19:15 Dónde encontrar la información. Cómo buscar la evidencia. Herramientas para una búsqueda eficaz.

19:15-20:00 Necesidad de evaluar la eficacia clínica. Importancia de desarrollar habilidades de lectura crítica.

Mestodología y Plan de Trabajo:

-Exposición magistral.
-Administración de documentación de ayuda sobre los contenidos del programa.
-Demostración de la teoría a través de ejemplos.
-Solución de casos clínicos hipotéticos en grupos reducidos (auto-aprendizaje, colaboración entre iguales...).
-Discusión y coloquio (auto-aprendizaje, colaboración entre iguales, evaluación y feed-back por parte del profesorado y del resto de estudiantes).

Jueves, 2 de mayo de 16:00 a 20:00

Revisión de técnicas: Balón de Contrapulsación Intraaórtico (BCIA), Marcapasos Transitorio y Ventilación No Invasiva (BiPAP)

Docente: Vicente Rubio Alcañiz, María Aguiar Bujanda, Rubén Andrades Guerra y Sergio Terreros Martínez

Presentación del Taller: El propósito del taller es dar a conocer al profesional de enfermería algunas técnicas que se utilizan en cardiología, pero que, por no ser demasiado frecuentes, precisan de revisión y actualización.

Objetivos: Capacitar a los asistentes en el conocimiento y manejo (puesta en marcha y solución de problemas sencillos) del aparataje.

Contenidos:
- Definición e introducción de las técnicas a revisar.
- Evidencia científica para su uso.
- Efectos fisiológicos de su uso en los pacientes.
- Indicaciones y contraindicaciones en la utilización.
- Cuidados de enfermería en los pacientes portadores de estos dispositivos.
- Guía rápida para la puesta en marcha y solución de problemas sencillos.
- Parte práctica con manejo del aparataje.

Metodología y Plan de Trabajo:
El taller tendrá una orientación teórico-práctica, con explicación teórica de las tres técnicas durante una hora, y contacto físico con los dispositivos para facilitar la integración de los contenidos (3 horas restantes).
Inicialmente el grupo completo atenderá, en la misma sala, a las tres exposiciones (20 minutos cada una, en total 1 hora).
Seguidamente se dividirán en tres grupos, que irán rotando cada hora para tener contacto con cada una de las tres técnicas-dispositivos.

Bibliografía:

- A systematic review and meta-analysis of intra-aortic balloon pump therapy in ST-elevation myocardial infarction: should we change the guidelines? Krischan D. Sjauw, Annemarie E. Engstro¨m, Marije M. Vis, Rene´ J. van der Schaaf, Jan Baan Jr, Karel T. Koch et al.

- Complicaciones del balón intraaórtico en una cohorte de pacientes hospitalizados: implicaciones para la asistencia de enfermería.

Renata Bacelar Silva de Assis, Karina Azzolin, Marta Boaz, Eneida Rejane Rabelo
- Introducción a la terapia de contrapulsación intraaórtica. Web seminar Program Handout (Maquet). (02-02-2012)

- " MARCAPASOS TRANSITORIOS". Cristina Julia Nicolás-Martí, Natalia Jiménez Gómez, Begoña Calonge Arabaolaza, María Dolores Gómez Rufete Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/hemo/hemo_36.pdf

- Tratado de Ventilación mecánica no invasiva, práctica clínica y metodología (Tomo I y II), del Dr. Antonio M. Esquinas Rodríguez, Editorial Grupo aula médica, 2006

- Iniciación a la ventilación mecánica no invasiva, Manuel Herrerera Carranza, editado por la fundación IAVANTA de la consejería de salud de la junta de Andalucía, 2006.

Jueves, 2 de mayo de 16:00 a 20:00

TALLER DE SHIATSU

Docente: Rita Vega Lorenzo.

Presentación del Taller: Se trata de un taller teórico-práctico que pretende dar a conocer a los profesionales enfermeros de modo vivencial los beneficios del Shiatsu como terapia cardiosaludable.

Objetivos:

-Conocer los efectos del Shiatsu en la salud de las personas.
-Beneficiarse del poder del Shiatsu.
-Valorar la importancia de practicar el Shiatsu como herramienta para favorecer la salud en la comunidad.
- Estimular la capacidad del organismo de autocurarse de forma natural.

Contenidos:

-El Shiatsu como herramienta de salud. ¿Qué es? ¿En qué se basa?
-Objetivos del Shiatsu y beneficios del Shiatsu: aliviar alteraciones del sueño, ansiedad, cansancio, depresión, estrés, nervisosismo, dolores de espalda o cabeza, contracturas, concentración y ayudar a crear conciencia del propio cuerpo.

Metodología y Plan de Trabajo:

El taller está estructurado en dos partes:Clase teórica (30m), en la que de modo interactivo se desarrollarán los contenidos enumerados en el apartado anterior.Taller práctico (1h 30m), clase práctica y vivencial. Mediante una presión sobre ciertos puntos del organismo se alivia el cansancio, la depresión, el estrés, el nervisosismo, los dolores de espalda o cabeza, las contracturas, también ayuda en la concentración y en la relajación.

Bibliografía

- Tratato completo de Shiatsu. Tom Namikoshi. Ed. Japan Publication.
- Curso avanzado de Shiatsu. Shigeru Onoda. Gaia ediciones.
- www.shiatsudo.com

Jueves, 2 de mayo de 16:00 a 20:00

TALLER DE RISOTERAPIA

Docente: Judit Sánchez García.

Presentación del Taller: Se trata de un taller teórico-práctico que pretende dar a conocer a los profesionales enfermeros de modo vivencial los beneficios de la risa como terapia complementaria de salud.

Objetivos:

-Conocer los efectos de la risa en la salud de las personas.
-Beneficiarse del poder de la risa.
-Valorar la importancia de practicar la risa como herramienta necesaria diaria para favorecer la de salud en la comunidad.

Contenidos:

-La risa como herramienta de salud
-Objetivos de la risoterapia y dinámica de la risa
-Beneficios de la risa
-Las vocales de la risa
-Estrategias personales para reir

Metodología y Plan de Trabajo:

El taller está estructurado en dos partes:
Clase teórica (30m), en la que de modo interactivo se desarrollarán los contenidos enumerados en el apartado anterior.
Taller práctico (1h 30m), clase práctica y vivencial para facilitar la risa. Se utilizan técnicas que ayudan a liberar tensiones y así poder llegar a la carcajada, entre ellas: la expresión corporal, el juego, la danza, ejercicios de respiración, masajes, técnicas para reir de manera natural y sana, y de algún modo, nos permitan convertirnos, viajar en el tiempo y volver a ser niños.

Bibliografía

-El taller de la risa; guía práctica para organizar un taller de risoterapia. Castellvi, Enric.ALBA EDITORIAL, 2007
-Las vocales de la risa: risoterapia y cultura. Satz, Mario.MIRAGUANO, 2003
-El poder de la risa. Mª Cruz García. Morales i torres, 2003

INFORMACIÓN GENERAL

SEDE

AUDITORIO ALFREDO KRAUS
AVD. Las Canteras s/n
35010 - Las Palmas de Gran Canaria
Tel. +34 928 491 770 (Ext. 107)
Fax + 34 928 491 853

FECHAS

de 2 al 4 de mayo de 2012

ORGANIZA

Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC)

SECRETARÍA TÉCNICA

CONGREGA S.L.
C/ Rosalía de Castro, 13 - 1º Izda. 15004 A Coruña
tel 981 216 416 fax 981 217 542
e-mail congrega@congrega.es
web www.congrega.es

ACREDITACIÓN

Actividad acreditada por la comisión de formación continuada de profesiones sanitarias.

ACTIVIDAD FORMATIVA	Créditos
CURSOS DE FORMACIÓN	
Gestión de Casos: Un modelo de atención en el ámbito de la cardiología	0,5
Introducción a la práctica clínica basada en la evidencia en cardiología	0,5
Revisión de Técnicas: balón de contrapulsación intraaórtico, marcapasos transitorio y ventilación no invasiva (BIPAP)	0,5
Ténicas de relajación: Shiatsu y Risoterapia	0
CONFERENCIA INAUGURAL	
Presente y futuro de la Cardiología Intervencionista	0,2
MESA REDONDA	
Amenaza de la muerte súbita	0,3
Enfercadio actualidad: adaptar nuestras prácticas enfermeras a las nuevas evidencias científicas	0,3
¿Trabajamos en colaboración con las diferentes unidades de cardiología y otros profesionales?	0,3

Para obtener la acreditación es imprescindible asistir a las sesiones científicas y entregar debidamente el formulario de evaluación correspondiente a cada sesión.

Los formularios de evaluación se entregarán en la puerta de acceso a cada sala, al comienzo de cada sesión y hasta 10 minutos después del comienzo de las mismas.

Se recogerán asimismo durante los 10 minutos previos a la finalización de cada sesión y al terminar la misma. No se repartirán ni recogerán formularios fuera de estos márgenes de tiempo.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA | Comité de Acreditación CASEC

Actividad acreditada con 12 créditos

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

	Hasta el 02/02/12	Después del 02/02/12
ASOCIADOS/AS AEEC:	380 €	410 €
NO ASOCIADOS/AS:	430 €	460 €
SOCIEDADES EUROPEAS	300 €	300 €
* ESTUDIANTES	70 €	70 €
** ESTUDIANTES	100 €	100 €

La cuota de inscripción de congresista incluye: documentación, asistencia a sesiones científicas, cóctel de bienvenida, cafés, almuerzos, cena de clausura.

(*) La cuota de estudiantes incluye documentación, asistencia a sesiones científicas
(**) La cuota de estudiantes incluye documentación, asistencia a sesiones científicas y cena de gala

Fecha límite de inscripción antes de la reunión:

Se tramitarán inscripciones en la Secretaría Técnica hasta el 27 de abril de 2012.
Con posterioridad a esa fecha la inscripción deberá formalizarse en la secretaría de la sede.

Cancelaciones

Hasta el 30/03/12:.....Devolución del 100%
Hasta el 13/04/12:.....Devolución del 90%
Hasta el 27/04/12:.....Devolución del 75%
Después del 30/04/12:.....Sin devolución

Forma de pago:

Podrá encontras la información a través de la web: www.enfermeríaencardiología.com

HOTELES OFICIALES

	INDIVIDUAL	DOBLE
Hotel Hotel Santa Catalina *****	92€	109€
Hotel Cristina Las Palmas****	Vistas Ciudad: 105€ Vistas Playa: 126€	Vistas Ciudad: 121€ Vistas Playa: 142€
Hotel Reina Isabel ****	84€	84€
Hotel Eurostars ****	84€	89€
Hotel Cantur ***	90€	100€

Precio por habitación y noche. Desayuno e IGIC Incluidos

Reservas:
La fecha límite para tramitar reservas de alojamiento antes de la reunión es el 20/04/12

Cancelaciones
Hasta el 16/03/12: .....Devolución del 100%
Hasta el: 06/04/12: .....Se facturará el 10% de las habitaciones canceladas
Después del 06/04/12: Sin devolución

RESTAURACIÓN

Miércoles, 2 de mayo
21.00 horas. Cóctel de bienvenida. Tendrá lugar en el Auditorio Alfredo Kraus tras la inauguración de la reunión

Jueves, 3 de mayo
14.00 horas. Tendrán lugar en la sede de la reunión, Auditorio Alfredo Kraus. En la San Borondón ubicada en la Planta -2

Viernes, 4 de mayo
21.00 horas. La cena de clausura se celebrará en El Hotel Santa Catalina, situado en León y Castillo, 227

Los tickets entregados con la documentación deberán ser canjeados por las invitaciones. Habrá asignación de mesas por lo que es imprescindible realizar la reserva de la misma.

AEEC

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

Somos una organización científica sin ánimo de lucro, dirigida a todos los profesionales de Enfermería que trabajan o han trabajado en el campo de la cardiología o de la cirugía cardiovascular, cuyos objetivos son:

- Promoción y mantenimiento de la salud de los ciudadanos.
- La formación continuada, mediante la organización de cursos, sesiones
- Científicas y congresos.
- La investigación en todas las áreas relacionadas con los cuidados de
- Enfermería en Cardiología
- Editamos nuestra propia revista: "Enfermería en Cardiología"
- Nuestra web es un portal de enfermería en cardiología que incluye la web de las distintas Secciones; la revista y manuales a texto completo, así como toda la información referente a las actividades e información que genera la actividad de nuestra asociación.
- También estamos presentes en las redes sociales

COLABORAMOS ACTIVAMENTE CON:

- FEDERACIÓN ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA:
  - Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista
  - Sección de Electrofisiología y Estimulación Cardíaca
  - Sección de Insuficiencia Cardíaca, Trasplante y otras alternativas terapéuticas
- FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL CORAZÓN
- GRUPO TEAM (Terapia Endovascular & Miocárdica)
- UNIÓN ESPAÑOLA DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE ENFERMERÍA
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
  - Sociedades europeas de cardiología
  - Sociedades Iberoamericanas de cardiología

www.enfermeriaencardiologia.com

Entrada al sitio en Internet de la AEEC
www.enfermeriaencardiologia.com

Información al público
www.enfermeriaencardiologia.com/publico

Comité científico
www.enfermeriaencardiologia.com/comite

Revista «Enfermería en Cardiología»
www.enfermeriaencardiologia.com/revista

Grupo de Trabajo de Enfermería en Electrofisiología y Estimulación Cardíaca
www.enfermeriaencardiologia.com/grupos/electrofisiologia

Portal de portales

Grupo de Trabajo de Enfermería en Hemodinámica
www.enfermeriaencardiologia.com/grupos/hemodinamica

Grupo de Trabajo de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca
www.enfermeriaencardiologia.com/grupos/prevencion

Vocalía europea ante el Consejo de Enfermería Cardiovascular y Profesiones Afines
www.enfermeriaencardiologia.com/grupos/europeo

facebook

ISSN: 1575-4146

Enfermería en Cardiología

Publicación científica de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

SUMARIO

3 Editorial del Director de la revista
4 Staff y Editorial de la Presidenta de la AEEC
5 Programa 32º Congreso Nacional de la AEEC
6 Grupo de Trabajo de Prevención y Rehabilitación Cardiaca
7 Grupo de Trabajo de Hemodinámica
7 Presentación del nuevo vocal del Grupo de Trabajo Europeo
8 Grupo de Trabajo Europeo
11 Becas, Ayudas, Subvenciones y Premios AEEC
12 Ayuda AEEC para asistencia a la reunión anual del Consejo Europeo de Enfermería Cardiovascular
13 Proyectos de la Sociedad Española de Cardiología para formación e investigación en enfermería de la AEEC
14 7.º Congreso Internacional de Cardiología por Internet

Artículos Científicos:

17 Incumplimiento terapéutico en pacientes sometidos a trasplante cardiaco
22 Sin vino... ¿Estás seguro, corazón? de la Trilogía Mediterránea a La Paradoja Francesa
28 Análisis de las publicaciones de los estudios presentados en los congresos anuales de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (años 2001-2007)
33 Caso clínico: Paciente con secuelas por estancia prolongada en UCI
38 Caso clínico: Recién nacido con múltiples cardiopatías congénitas
43 Detección de arritmias auriculares en la consulta de enfermería de marcapasos
47 Evolución del hábito tabáquico en jóvenes universitarios en la primera década del siglo XXI
52 Presencia de la familia en la reanimación cerebrocardiopulmonar
57 Consumo de plantas medicinales y suplementos dietéticos. Opinión del paciente cardiovascular

50

Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC)

Enferm Cardiol. 2010; Año XVII(50)
2.º cuatrimestre

Versión electrónica a texto completo en:
http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/index.htm

PREMIOS

ASÓCIATE Y PODRÁS ACCEDER A :

2 Becas de investigación en Cardiología	4500 €

PREMIOS CONGRESO NACIONAL

1º Premio a la mejor comunicación	1000 €
2º Premio a la mejor comunicación	700 €
3º Premio a la mejor comunicación	400 €
1º Premio al mejor Póster fórum	350 €
1º Premio al mejor Caso Clínico	350 €
2 Becas asistencia al Congreso Nacional	300 €

PREMIOS A REUNIONES CIENTÍFICAS

1 Premio mejor comunicación G. Hemodinámica	300 €
1 Premio mejor comunicación G. de Marcapasos	300 €

PREMIOS A LOS MEJORES ARTÍCULOS PUBLICADOS EN LA REVISTA:

Primer premio	700 €
Segundo premio	400 €

PREMIOS CONGRESO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (SEC):

1 Premio mejor comunicación	1000 €

ASÓCIATE Y PARTICIPA

Con la documentación del congresista se entregará un CRUCIGRAMA. Entre aquellos que lo cumplimenten correctamente se sorteará, durante la cena de clausura, un regalo valorado entre 50 y 100 €. ¡PARTICIPA!

PLANO

Auditorio Alfredo Kraus
Avda. Las Palmas de Gran Canaria15003, A Coruña
Tel. +34 928 491 770 (Ext. 107)
Fax +34 928 491 853

Hotel Santa Catalina***
León y Castillo 227,
35005
Las Palmas
Tel: +34 928 243 040

Hotel Cristina Las Palmas**
Gomera 6
35008 Las Palmas
Tel: +34 928 268 050

Hotel Reina Isabel**
Calle Alfredo L. Jones
35008 Las Palmas
Tel: +34 982 269 100

Hotel Cantur**
Sagasta 28
Tel: +34 982 273 000

Hotel Eurostar La Cantera**
Portugal , 68
Las Palmas
Tel: +34 928 244 062

INSTITUCIONES

Ayuntamiento Las Palmas de Gran Canaria
Cabildo de Gran Canaria
Gran Canaria Convention Bureau
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
Satse - Las Palmas

EMPRESAS

Abbott
Aguas de Firgas
Biomenco
Biotronik
Canarias 7
Compañía Cervecera de Canarias
Conde Médica
Cordis - Johnson & Johnson
Diario La Provincia
Grifols
Indas
Izasa
Medical-Duque
Medtronic
NH Hoteles
Panrico Donuts Canarias
RS Medical
Sanitas
Sorín
St. Jude Medical

COMUNICACIONES

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 3
Sala A - 09:00-10:00

OPTA A PREMIO

APUESTA POR EL ACCESO ANTECUBITAL EN EL CATETERISMO DERECHO

Guzmán Pérez, M; Fernández Sánchez, R; Barón Ibáñez, O; Plou Domínguez, Y; Aparicio López, G; Pasto Serra, E; Carvajal Rodriguez, C; Losada Pérez, M; Guerrero Garicano, S;

Hospital Universitario Vall Hebron

INTRODUCCIÓN: Desde el 2010 el personal de enfermería en nuestra Unidad de Hemodinámica es el encargado de canalizar el acceso venoso vía antecubital, ya que se ha considerado que aporta una serie de ventajas en la ejecución del procedimiento y para el paciente respecto al tradicional acceso venoso femoral.

OBJETIVOS:
• Conocer la incidencia de casos en los que el acceso antecubital de elección ha sido posible.
• Identificar aquellas situaciones y factores que favorecen su canalización.
• Incorporar estos conocimientos a la práctica habitual del profesional de enfermería de la unidad para fomentar una ejecución del procedimiento más eficiente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo que incluye 80 pacientes sometidos a cateterismo derecho durante 7 meses, de acuerdo a una serie de criterios de inclusión. Se recogieron las variables mediante un cuestionario realizado por el equipo de enfermería implicado en el estudio y se analizaron estadísticamente.

RESULTADOS: Del los 80 pacientes en los que se había decidido canalizar un acceso antecubital, se ha optado finalmente por la vía femoral en 22 casos. El análisis estadístico mediante test de Chi-cuadrado y T de Student para comparar ambos grupos (acceso antecubital vs femoral) ha resultado significativo para las variables: sexo, vaso de punción escogido y dificultad de palpación. Un 50% de los pacientes con acceso femoral final, han expresado haber sentido disconfort durante el procedimiento, respecto a un 29,3% de los de acceso antecubital.

CONCLUSIONES:: En la mayoría de casos logramos obtener el acceso antecubital escogido. El nivel de disconfort durante el procedimiento ha sido mucho menor en los pacientes con acceso antecubital. Las pacientes en las que la vena escogida ha sido la cefálica, representan el grupo con menor porcentaje de éxito.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA ADMINISTRACIÓN DE ADENOSINA INTRAVENOSA VS. BOLOS INCREMENTALES DE DOSIS ALTAS DE ADENOSINA INTRACORONARIA PARA LA EVALUACIÓN DEL FLUJO DE RESERVA FRACCIONAL MIOCARDICO, EN LA ERA " FAME".

Hernández Gómez, R; García Fernández, MI; Címbora Delgado, JM; Calvo de Orador, JC; Gónzalez Chavarría, MC; Sosa Rodríguez, A;

Hospital Universitario Virgen Del Rocío

OBJETIVOS: El uso de adenosina intracoronaria mediante bolos incrementales a altas dosis es una alternativa eficaz y segura a la vía intravenosa estándar.

MÉTODO: Dosis incrementales de adenosina intracoronaria (50, 150, 300 y 500 µg como bolo) vs. La infusión intravenosa estándar de 140 µg /kg/min. La máxima hiperemia se definió como el valor de FFR más bajo entre los dos métodos.

RESULTADOS: El FFR se evaluó en 44 pacientes con 54 lesiones durante el cateterismo cardiaco. El FFR disminuyó significativamente ($p<0.05$) con las dosis incrementales de adenosina intracoronaria (IC): Medias de bolos de FFR de 0.86±0.06 (50µg), 0.85±0.06 (150µg), y 0.84±0.06 (300µg). No hubo diferencias entre los bolos de 300 y 500 µg. Hubo diferencias significativas entre el FFR IV y FFR IC con 300 pg: 0.86±0.06 vs.0.84±0.06, p=0.01. El bolo IC de 50 µg fracasó en diagnosticar 6 de 54 (11.1%) estenosis significativas. La infusion IV fracasó en diagnósticar 3 de 53 (5.6%) estenosis significativas. La concordancia entre los dos métodos (300 pg IC vs. IV) fue alta, y el valor del índice Kappa fue 0.89 (p = 0.05). El bloqueo AV se asoció con las dosis incrementales de bolos IC: 50 pg (0%), 150 pg (9.3%), 300 pg (20.4%) y 500 pg (29.6%). Los bolos IC fueron mejor tolerados y con menos efectos adversos sistémicos (1 bloqueo AV sintomático), que la adenosina intravenosa (12pacientes, 22.2% presentaron disnea). Los procedimientos fueron más cortos en el grupo IC, con menos minutos de test (2.80±0.7 IC vs. 6.3±1.4 IV; p=0.001).

CONCLUSIÓN: La administración de dosis muy altas de bolos de adenosina es seguro, bien tolerado y acorta el procedimiento. La administración intracoronaria de 300 pg de adenosina produce una hiperemia más profunda que la adenosina intravenosa y puede ser el método de elección para la evaluación del FFR. La administración de intracoronaria de 500 pg de adenosina puedes ser útil en pacientes con resultados límites.

OPTA A PREMIO

ESTUDIO COMPARATIVO TIEMPO-EFECTIVIDAD DE LA BANDA NEUMATICA FRENTE A LA COMPRESION MANUAL EN LA HEMOSTASIA DE LA ARTERIA RADIAL

Blanco Hernandez, S; Santos Morin, M; Pedraz Cacho, R; Coca Hernando, MA; Ruiz Puparelli, S; Garcia Vidal, MJ; Pacheco Delgado, R; Garcia Melchor, R; Hernandez Sanchez, M; Alonso Gonzalez, MJ; Perez Prieto, M;

Hemodinamica Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN: El acceso vascular radial es actualmente el más utilizado en todas las salas de hemodinámica. Comparamos la efectividad y los tiempos de la hemostasia radial con la banda neumática frente a la compresión manual.
Objetivo: Realización de un protocolo.

MATERIAL Y MÉTODO: Analizamos un total de 320 pacientes sometidos a cateterismos diagnósticos o terapéuticos por vía radial, en 258 se utilizó la banda neumática como método de hemostasia, frente a 62 pacientes con compresión manual. Valoramos los tiempos de enfermería, incidencias en el procedimiento, resultados y complicaciones.

RESULTADOS: El tiempo medio de compresión con la banda fue de 228 minutos (rango 35-535), siendo distintos los tiempos según la unidad donde se efectúe la hemostasia (135 minutos en la sala de hemodinámica; 235 en la unidad coronaria y 309 en la planta), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$).

El tiempo medio de la compresión manual fue de 23 minutos (rango10-45), realizándose siempre esta en la sala de hemodinámica.

Las complicaciones de la banda son poco frecuentes y con escasa repercusión clínica: prolongación el tiempo de compresión por resangrado (4%), hematoma (1.1%), dolor en la zona de punción (0.56%) e isquemia reversible en arco palmar (0.38%). No están descritas complicación por la compresión manual en los pacientes, si bien exige mayor tiempo de dedicación del personal de la sala de hemodinámica en las labores de hemostasia, enlenteciendo el trabajo de la sala.

CONCLUSIONES: Ambos métodos son efectivos para la hemostasia de los pacientes sometidos a cateterismo por acceso radial, con pocas complicaciones, aunque la banda posibilita mejor funcionalidad del personal de enfermería.
Elaboramos un protocolo en base a los resultados obtenidos.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS VENTAJAS POSTCATETERISMO ENTRE ACCESO RADIAL Y FEMORAL

Farias Martin, M.; Redondo Gonzalez, A.I; Nuñez Lopez, J.C; Pedraz Cacho, M.R; Garcia Coco, C.; Barba Tejedor, S.; Paramio Matias, C.;

Unidad de coronarias. Hospital Clínico Salamanca

INTRODUCCIÓN: La vía transradial ha surgido como alternativa a la vía femoral para realizar coronariografías e intervenciones coronarias.

En este estudio describimos nuestra experiencia en los cuidados de enfermería prestados a pacientes que llegan a la unidad de coronarias tras realización de angioplastia, observando las complicaciones que surgen cuando se utiliza una u otra vía de acceso y el tiempo de permanencia en la unidad.

OBJETIVO: Demostrar las ventajas de la vía radial sobre la femoral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo-descriptivo.
La población a estudio incluye todos los pacientes ingresados en la unidad tras la realización de angioplastia, desde el 1 de Junio hasta el 31 de Diciembre de 2011, se divide la población en dos grupos:

Grupo A: 267 pacientes en los que se utilizo la vía radial.

Grupo B: 99 pacientes en los que se utilizo la vía femoral.

Las variables registradas incluyen: diagnóstico, días de estancia postangioplastia en la unidad y complicaciones, agrupadas en leves y graves.

RESULTADOS: Encontramos, a través de una diferencia de proporciones, diferencias estadísticas significativas a favor de la vía radial con un nivel de significación de 0,05.

Complicaciones leves: .sangrado leve: vía radial 9.47% y femoral 20.20%. Hematoma: 1,12% en radial y 5,05% en femoral. Isquemia leve: 2% en femoral. Parestesias: 0,0037% en radial

Complicaciones graves: 0% en radial y un caso de hematoma retroperitoneal en femoral

Tiempo de estancia: acceso radial una media de 12 horas y acceso femoral 24 horas

CONCLUSIONES:
Con este estudio demostramos que la vía radial es un acceso vascular seguro y eficaz, disminuyen las complicaciones relacionadas con el punto de punción, facilitando la hemostasia; favorece la de ambulación precoz y reduce los gastos sanitarios.

OPTA A PREMIO

COMPLICACIONES VASCULARES POST CATETERISMO SEGÚN HEMOSTASIA

Delgado Sandoval, M; Gil Hernandez, R; Marquez Sanchez, A;

Hospital Universitario La Paz

OBJETIVO: El objetivo del estudio fue determinar en que medida el tipo de hemostasia realizado influyó en las complicaciones vasculares de los pacientes sometidos a un cateterismo cardiaco con acceso femoral.

MÉTODOS: Se estudiaron 122 pacientes ingresados en los meses de noviembre de 2010 a Abril de 2011, sometidos a coronariografía y/o angioplastia coronaria transluminal percutánea, por vía femoral con o sin implantación de stent.

Se dividieron en 3 grupos en función del tipo de hemostasia empleada: Grupo A (compresión manual), Grupo B (dispositivo de cierre vascular) y Grupo C (dispositivo de cierre vascular mas vendaje compresivo) y se valoró las complicaciones presentadas en el post-cateterismo.

No hubo ningún paciente con criterios de exclusión.

RESULTADOS: La edad media fue de 67,8 años y el 73% con un índice de masa corporal > 25 .

Se encontraron diferencias significativas, entre el tipo de hemostasia y sangrado ($p<0.03$). Dentro del grupo A, solo el 8.1% llegaron a sangrar, del grupo B, el 23,1% presentaron sangrado, sin embargo, en el grupo C, 32.6% sangraron. También, encontramos diferencias significativas, en menor medida que el anterior, en el tipo de hemostasia y el desarrollo de hematoma ($p<0.05$). En el grupo A, el 13,5% hicieron hematoma, en el grupo B, el 25.6% desarrollaron hematoma y en el grupo C el 37% presentó hematoma.

CONCLUSIONES: El uso de vendaje compresivo tras una compresión manual después de un cateterismo cardiaco con acceso femoral guarda relación con un menor número de complicaciones vasculares: sangrado y hematoma. Con el uso de dispositivo de cierre vascular, se observó un incremento de las mismas, siendo sobre todo mayor si se usa de manera conjunta con el vendaje compresivo. Por lo que, no se recomienda el uso de dispositivo de cierre vascular mas vendaje compresivo.

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 3
Sala B - 09:00-10:00

ENFERMEDAD CORONARIA ASOCIADA AL CONSUMO DE TÓXICOS

Domínguez Naranjo, A.; Rejon Amores, M.; Garcia Jarillo, C.; Timonet Andreu, E.;

Hospital Costa del Sol de Marbella

OBJETIVO: Determinar la relación existente entre consumo de tóxicos con la aparición de enfermedad coronaria analizando aquellos pacientes menores de 45 años, desde enero de 1994 hasta agosto de 2010, presentan síndrome coronario agudo con elevación de ST(SCACEST) y sin elevación de ST(SCASEST) así como la gravedad del evento que presentan.

MÉTODOS: Entre enero de 1994 y agosto de 2010 se estudiaron 298 pacientes menores de 45 años que ingresaron de forma consecutiva, que presentaron SCACEST (150 pacientes) o SCASEST (148 pacientes), excluyendo a los que debutaron con insuficiencia cardiaca o arritmias malignas.

RESULTADOS: Edad media de 40,27 años + o - 4,43 años el 90,6 % eran varones. Obviando factores de riesgo (dislipémicos el 46,6% de los pacientes, hipertensos el 30,9%, diabéticos tipo I y II el 12%, con antecedentes familiares de cardiopatía isquemica el 26,2%) y centrándonos principalmente en tóxicos el 73,5% eran fumadores activos, el 9,1 eran consumidores de cocaína, 1% de hachis y 1,3% de otras drogas. Los pacientes consumidores de cocaína debutaron con SCACEST de forma significativa, en concreto 27 de 34 pacientes consumidores, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en la distribución de dichos FRCV entre aquellos que presentaron SCASEST o SCACEST.

CONCLUSIONES: Se demostró con esta serie que el consumo de cocaína es un factor de riesgo para el desarrollo de IAM en población joven, es por ello que en nuestra unidad de hemodinámica estamos llevando a cabo una educación y refuerzo sanitario para dar a comprender la importancia de modificar estos hábitos tóxicos, con la intención de desarrollar posteriormente un estudio para comprobar la eficacia de nuestro programa.

OPTA A PREMIO

RELACIÓN ENTRE DIFERENTES ÁREAS POBLACIONALES SOBRE EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES

Delgado Pacheco, J; Lainez Rube, R;

Hospital Universitario Puerta Del Mar. Cádiz

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades vasculares son la primera causa de muerte en los países desarrollados. Los factores de riesgo cardiovascular junto a los estilos de vida, aumentan la probabilidad de padecer eventos cardiovasculares indeseables en aquellos individuos que las presentan.

La detección temprana de estos factores de riesgo pasa por un control a través de Atención Primaria y por un cambio en los estilos de vida a través de la educación sanitaria.

OBJETIVOS: Conocer los factores de riesgo cardiovasculares de dos grupos poblacionales con situación sociodemográfica diferentes así como su relación y efecto sobre el control de los factores de riesgo detectados.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo trasversal o de prevalencia sobre un total de 99 pacientes de edades comprendidas entre 18 y 88 años. Distribuidos en dos áreas poblacionales diferentes de 43 (72% mujeres y 28% hombres) y 56 (61% mujeres y 39% hombres) pacientes respectivamente. Se relacionan datos socio- culturales como estudios realizados, renta per cápita familiar, índice de hacinamiento, ocupación y situación laboral con el control y efecto sobre la hipertensión, diabetes, dislipemia e índice de masa corporal. A través del programa estadístico SPSS 17 y valoración de encuestas e historias clínicas se obtuvieron los resultados.

RESULTADOS: A través de este estudio se comprobó que la relación existente entre los factores de riesgo estudiados y el nivel social, es estadísticamente significativa, interviniendo de forma importante sobre los factores de riesgo detectados ró tras la intervención educativa por videoconferencia (ESCBs pre= 15.3±0.6 vs post=13.6±0.5 p=0.001).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: La mayoría de las personas reaccionan con un cambio de hábitos de vida solo cuando se enfrentan a una enfermedad.

A través de los programas sobre educación para la salud nos aseguramos el conocimiento y el control de los Factores de Riesgo

OPTA A PREMIO

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Alba Saá, F; Sánchez Alonso, A; Rama Merchán, JC; Casado Romo, MA; Borrego Blanco, B; Del Campo Bujedo, F;

Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN: Durante el ingreso hospitalario, tras un episodio isquémico agudo, puede ser el momento ideal para realizar educación para la salud, y así aplicar un programa multidisciplinar de tratamiento del tabaquismo.

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad, a corto-largo plazo, del programa para el abandono del hábito de fumar en pacientes ingresados en nuestro Servicio, con síndrome coronario agudo.

MÉTODO: Estudio aleatorio, prospectivo que incluyó consecutivamente a pacientes fumadores ingresados en el Servicio de Cardiologia por síndrome coronario agudo desde Febrero 2010 hasta Enero de 2011, y que manifestaron su intención de dejar de fumar.

MATERIAL: Historia completa de tabaquismo de cada paciente, con determinación de niveles séricos de cotinina al ingreso. Entrega de una guía informativa, elaborada junto al Servicio de Neumología, sobre efectos secundarios del tabaco y beneficios de dejarlo. Entrevista diaria reforzando los beneficios del cese del tabaco, y las estrategias conductuales referidas en la guía. Seguimiento telefónico con llamadas al mes, 6 y 12 meses, y consulta presencial a los 3 meses. Análisis de datos con el programa informático SPSS 15.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 102 pacientes, 88 varones (86,3%), con una media de edad de 53± 8 años.

Las tasas de abandono autoreferido del tabaco fueron del 93% al mes, 80% a los 3, 83% a los 6 meses y 79% al año.

A los 3 meses del alta, se tomaron al azar 25 pacientes que referían haber abandonado el tabaco, de ellos el 96% tenía niveles de cotinina negativos en sangre.

CONCLUSIONES: Un programa de tratamiento del tabaquismo con intervención directa (consejo mínimo), puede ser útil en el control de este factor de riesgo cardiovascular modificable, y así conseguir reducir la probabilidad de aparición de nuevos eventos coronarios.

PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS DEL HABITO TABAQUICO EN PACIENTES INGRESADOS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA

De la Torre Merelles, B; Vinuesa del Arco, AB; Garcia Marin, JM;

Hospital Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud

INTRODUCCIÓN : El objetivo del presente trabajo es conocer las características y los hábitos tabaquico de los pacientes ingresados por cardiopatía isquémica.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha realizado un estudio observacional y descriptivo de los pacientes ingresado por cardiopatía isquémica y fumadores en una unidad de cardiología durante los meses de febrero a mayo de 2011. Las variables estudiadas han sido: edad, edad de comienzo, otros hábitos tóxicos, situación laboral, ingresos previos, consumo de tabaco y perspectiva de dejar de fumar. Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario diseñado “ad hoc”.

RESULTADOS: Se han incluido en el estudio 30 pacientes. La edad media fue de 55,8, el inicio del consumo de tabaco fue a 17,8 años. El 30% de los pacientes presenta otro habito toxico, siendo el etilismo el mas prevalente. El 36,6% de los sujetos de estudio estaba jubilado, el 50% se encontraba trabajando y el 13,3% de los casos estaban en paro. La media de ingresos anteriores es de 2.8. El consumo medio habitual es de 25,8 cigarrillos/día.
El 86,6% de los pacientes manifiesta esta decidido a dejar de fumar.

CONCLUSIONES: Existe un importante consumo de tabaco por parte de los pacientes ingresados con cardiopatía isquémica, presentando a su vez algunos de ellos otro habito toxico. También manifiestan en un alto porcentaje la decisión de dejar de fumar.

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 3
Sala C - 09:00-10:00

¿EXISTE CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN \"LIMITACIÓN FÍSICA\" DEL TEST DE CALIDAD DE VIDA DE KANSAS Y EL TEST DE 6 MINUTOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA?

Planelles Romero, R; Grande Garcia, ME; Jordan Ferraz, C; Fernandez Sanchez, AM; Peraira Moral, JR; Alamo Tomillero, E; Martin Hinojal, M; Garcia Arranz, JG; Castellanos Fernandez, J;

Instituto de Cardiología de Madrid

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) presentan disminución de la capacidad funcional y limitación en sus actividades de la vida diaria. Todo ello contribuye a un empeoramiento en su calidad de vida, que puede valorarse con cuestionarios específicos. Dentro de la evaluación inicial en una Unidad de Insuficiencia Cardiaca (UIC), el Cuestionario de Calidad de Vida de Kansas (KCCQ) valora, entre otras dimensiones, la limitación física (LF). Además, el test de 6 minutos (T6M) permite evaluar, de manera sencilla, la capacidad funcional del paciente.

OBJETIVO: Valorar la LF en pacientes incluidos en un programa de manejo de la IC mediante la versión española del KCCQ y el T6M. Estudiar la correlación entre ambas determinaciones.

MÉTODOS: Realización del KCCQ y del T6M durante la visita inicial de Enfermería en la UIC.

RESULTADOS: Desde febrero de 2011 a enero de 2012, fueron incluidos en el programa de seguimiento de nuestra UIC 16 pacientes (75% hombres), con una edad media de 74 ± 7 años y predominio de la etiología isquémica (50%). La distancia media recorrida en el T6M fue de 207.1 ± 115.94 metros y la puntuación media en la dimensión LF del KCCQ fue de 86 ± 17.81 puntos. La correlación entre ambas por el método de Pearson fue 0,725 (p=0.003).

CONCLUSIONES: Enfermería está capacitada para valorar mediante herramientas validadas, la LF en pacientes incluidos en un programa de manejo de IC. En nuestra experiencia, existe correlación entre la dimensión LF del KCCQ y la distancia recorrida en el T6M. Una evaluación precoz de la LF permite orientar las actividades educativas respecto a la actividad física.

PERFIL DEL PACIENTE DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Marín-Barnuevo Fabo, C; Martinez Puerta, MD; Mellinas Atienzar, A; Lazaro Castañer, C;

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN: Val incumplimiento terapéutico, dietético y al déficit de conocimientos sobre su enfermedad.

OBJETIVO: Conocer el perfil de los pacientes que acuden a la consulta de enfermería de insuficiencia Cardiaca.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo. Muestra de 22 pacientes que asistieron a una primera visita a la consulta de enfermería de insuficiencia cardiaca, en la que se recogieron datos sociodemográficos, clínicos, terapéuticos y sobre los conocimientos que tenían sobre su enfermedad, dieta, ejercicio y medicación. Los datos se analizaron con el programa SPSS 11.0.

RESULTADOS: El perfil de los pacientes que asistieron a la consulta fue: 68 % de hombres, con una media de edad de 63 años. Eran viudos o solteros 46% y el 40% vivían solos. Tenían estudios primarios el 68% y no tenían estudios el 22%. Fumadores 9% y con sobrepeso el 77%. Clínica de insuficiencia cardiaca: el 60% presentaba ingurgitación yugular y el 18% edemas, fatiga y limitación de la actividad física grado III-IV NYHA. Polimedicación: todos los pacientes tomaban más de 6 medicamentos diarios, media: 9 (6-12). Los conocimientos eran malos o regulares en el 72% sobre dieta, el 54% sobre ejercicio y 77% sobre medicación.

CONCLUSIONES: El perfil del paciente es hombre de 63 años, con estudios básicos, soltero o viudo que vive solo. La mayoría presenta sobrepeso, y pocos conocimientos sobre dieta y medicación. El perfil del paciente determinará como planificar adecuadamente las intervenciones educativas que tenemos que realizar en la consulta.

FORMACIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA NECESIDAD NO CUBIERTA Y BIEN ACOGIDA

Grande García, ME; Planelles Romero, R; Fernández Sánchez, AM; Jordán Ferraz, C; Peraira Moral, JR; Álamo Tomillero, E; Martín Hinojal, M; García Arranz, JG; Castellanos Fernández, J;

Instituto de Cardiología de Madrid

INTRODUCCIÓN: La coordinación asistencial entre Atención Primaria (AP) y Especializada es un elemento básico para aumentar la autonomía y paliar las limitaciones en todos aquellos pacientes con patologías crónicas como la insuficiencia cardiaca (IC). Así, la formación y conocimiento por parte de los profesionales son herramientas fundamentales para un proceso de mejora asistencial en la IC.

OBJETIVO: Diseño y puesta en marcha de un programa de formación en IC para AP.

MÉTODOS: Desde el comienzo de nuestra Unidad de IC (UIC) en febrero de 2011, hemos contactado con 11 Centros de Salud (CS). En cada CS se hizo una sesión de presentación de la UIC, con propuesta de colaboración formativa, asistencial y de investigación. La formación consistió en un curso teórico y 4 talleres prácticos (sobre dieta, titulación de fármacos, educación individual y grupal y seguimiento telefónico). Al final de cada actividad formativa se entregó a los asistentes encuestas de satisfacción para valorar la opinión del curso y posibles aspectos a mejorar.

RESULTADOS: Desde julio de 2011 a febrero de 2012 realizamos 5 cursos y 5 talleres prácticos en AP en 4 CS. El promedio de asistentes por curso/taller fue de 11 personas, con una edad media de 45 ± 9.6 años y predominantemente mujeres (90 %). Utilizando una escala 1-5 (1: mínimo, 5: máximo) la valoración global de la actividad formativa fue de 4,67 ± 0,56, mientras que respecto a la aplicabilidad práctica fue de 4,9 ± 0,29.

CONCLUSIONES: Para garantizar una mejora del proceso asistencial en IC, en nuestra experiencia Enfermería puede poner en marcha y liderar un programa de formación teórico-práctico para AP. El alto grado de satisfacción por parte del alumnado es un pilar fundamental para su implicación en este proceso de mejora.

INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE MUERTE SUBITA POSTRASPLANTE CARDIACO

Segura Saint-Gerons, C; Lara Lara, MD; Mengibar Pareja, V; Arizon Del Prado, JM;

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN:
El trasplante cardiaco ortotópico es un procedimiento bien establecido para la insuficiencia cardiaca terminal. La muerte repentina postrasplante es una entidad no bien definida y difícil de valorar, por lo que nuestra Unidad interdisciplinaria decidió estudiarla en nuestros pacientes y fue enfermería la encargada de recoger todos los datos de este estudio.

OBJETIVO:
Valorar la incidencia y los factores de riesgo que pudieran relaciónarse con esta entidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se analizaron 559 pacientes trasplantados entre Mayo de 1986 y Diciembre de 2011 y se realizó un estudio descriptivo uni y multivariable y con el paquete estadístico SPSS 17.0

RESULTADOS:
La incidencia fue del 10% (54 pacientes) siendo el 82% varones y con una edad media de 44.68 ± 17.66 años con rango entre 15 y 71 años.
El tiempo de isquemia > 220 minutos y el tiempo de circulación extracorpórea > 120, influyeron de forma significativa ($p<0.001$) en la muerte súbita; igualmente fueron factores determinantes la disfunción renal pretrasplante y sexo femenino del donante, los pacientes con tratamiento de inducción tuvieron menor incidencia de muerte súbita ($p<0.008$). El análisis multivariable demuestró como únicos factores independientes de muerte súbita el tiempo de isquemia > 220 minutos (OR de 38.957 y $p < 0.032$) y el número de episodios de rechazo (OR de 52.13 y $p < 0.013$)

CONCLUSIONES:
La incidencia de muerte súbita no es despreciable (10%). Los factores independientes fueron el tiempo de isquemia prolongado y el número de rechazos, aunque no fuesen severos.

¿SE CORRELACIONAN LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA EN LA LIMITACIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA?

Fernández Sánchez, AM; Jordan Ferraz, C; Planelles Romero, R; Grande García, ME; Alamo Tomillero, E; Peraira Moral, JR; Martín Hinojal, M; García Arranz, JG; Castellanos Fernández, J;

Instituto de Cardiología de Madrid

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con IC presentan disminución de la capacidad funcional y limitación en sus actividades de la vida diaria. La coexistencia de anemia contribuye a empeorar su pronóstico y calidad de vida, que, en estos pacientes, puede valorarse mediante el Cuestionario de Calidad de Vida de Kansas (KCCQ). Dentro de la evaluación inicial en una Unidad de Insuficiencia Cardiaca (UIC), junto con una analítica para diagnóstico y estudio de anemia, el KCCQ permite valorar la limitación física (LF). Por su parte, el test de 6 minutos (T6M) determina la capacidad funcional del paciente.

OBJETIVO: Valorar la correlación entre los niveles de hemoglobina (Hb) y la LF en pacientes incluidos en un programa de manejo de la IC, estudiada mediante la versión española del KCCQ y el T6M.

MÉTODOS: Realización, por parte de Enfermería, del KCCQ y del T6M en la visita inicial de Enfermería en nuestra UIC.

RESULTADOS: Desde febrero de 2011 a enero de 2012, incluimos en el programa de nuestra UIC 16 pacientes (75% hombres, edad media de 74 ± 7 años y predominio (50%) de la etiología isquémica). Los valores de Hb fueron 12.91 ± 1.95 g/dl. La correlación de Pearson entre la Hb inicial y LF fue de 0.258 (p= 0.395), mientras que entre la Hb inicial y el T6M inicial fue de 0.633 (p=: 0.015).

CONCLUSIONES: Enfermería dispone de herramientas validadas para valorar la LF de los pacientes. En nuestra experiencia, no existe correlación significativa entre la dimensión LF del KCCQ inicial y los niveles de Hb y sí entre estos y el T6M inicial. En pacientes con anemia, los resultados del T6M inicial permitirían promover una actividad física acorde a la limitación del paciente.

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 3
Sala A - 11:30-12:30

ANALISIS DESCRIPTIVO DE PRINCIPALES RASGOS DERIVADOS DE LA INDUCCIÓN DE ISQUEMIA CON ADENOSINA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Ortiz Martín, P.; Padrón Rodríguez, C.L; Millán Vázquez, F.J; Méndez Rubio, J.; Ortega Lozano, S.;

Hospital Universitario "Virgen de la Victoria" Málaga

INTRODUCCIÓN: La gammagrafía miocárdica mediante estrés farmacológico requiere la inducción de isquemia previa con adenosina mediante perfusión continua durante 6 minutos (ATP, 0.160 mg/kg/min).

OBJETIVO: Describir desde la óptica de enfermería diferentes aspectos de dicho procedimiento haciendo hincapié en rasgos relacionados con respuesta del paciente y actuación del personal sanitario.

MATERIAL Y METODO: Desde enero a octubre de 2011 se valoraron a 128 pacientes (53 hombres, 75 mujeres) que se realizaron una gammagrafía miocárdica para valoración de posible cardiopatía isquémica. La edad media de los pacientes fue de 68.09 ± 10.32 (36-85). Se realizó análisis descriptivo de variables tales como presencia, tipo y número de reacciones adversas (RA) durante la perfusión de adenosina, momento de aparición, actuación respecto a dicho evento y duración del procedimiento.

RESULTADO: El 92.9% (119/128) de los pacientes presentó al menos una RA , el 75% (96/128) dos, y el 48,4 % (62/128) tres. El 10.9% (14/128) presentó cinco RA distintas. El momento medio de aparición de la primera RA fue 2.1 min. ±1.08. Las RA p en cuanto a frecuencia de aparición fueron: Disnea (51/119), Dolor torácico (47/119), Cefaleas (45/119), Molestia laríngea (39/119), Rubor facial (37/119). Las reacciones más graves fueron: 2 episodios de bloqueo AV completo y 2 de taquicardia ventricular sostenida, con escasa repercusión clínica y que cedieron sin medicación. 2 pacientes presentaron disnea severa con repercusión en la satO2. Estos pacientes no presentaban antecedentes de EPOC y cedieron tras administración de aminofilina. El procedimiento se completó en 113/128 (88.2%) de los pacientes.

CONCLUSIONES: La inducción de isquemia con adenosina es una técnica con frecuentes RA, la mayoría de ellas de escasa transcendencia que no impiden completar el protocolo completo, aunque requiere una cuidadosa vigilancia por parte del personal de enfermería ante la posibilidad de RA graves.

PRESERVACIÓN DE LA VÁLVULA AÓRTICA

De Burgos Cassinello, M; García Benitez, R;

Hospital 12 de Octubre

INTRODUCCIÓN: Preservar la válvula aórtica en los aneurismas de la raíz de la aorta evita la anticoagulación crónica y los problemas derivados de implantar una prótesis aórtica.

OBJETIVOS: Presentamos nuestra experiencia en la preservación de la válvula aórtica con la técnica de David, en la cirugía de los aneurismas de la raíz de la aorta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre abril de 2004 y enero de 2012, 151 pacientes fueron intervenidos con el diagnóstico de aneurisma de la raíz de la aorta. 60 presentaban Síndrome de Marfan. La edad media de los pacientes fue de 48+/-10 años y el 64% eran varones. El diámetro medio de la raíz de la aorta a nivel de los senos de valsalva fue de 52+/- 6 mm. El 39% presentaban insuficiencia aórtica (IAo) 0-I, el 12% IAo II y el 49% IAo III-IV.

RESULTADOS: La mortalidad hospitalaria fue de 1.2%.Los tiempos medios de CEC y clampaje fueron de 149 ± 36 y de 118 ± 25 minutos. Con un seguimiento medio de 48+/-11 meses, el 90% de los pacientes presenta IAo grado 0-I, el 6,7% IAo II y el 3,3% IAo III-IV. La supervivencia acumulada a los 5 años es del 98% y dos pacientes han requerido una reoperación por presentar IAo severa.

CONCLUSIONES: La técnica de David evidencia unos resultados excelentes. Evita la anticoagulación crónica y los problemas derivados de las prótesis, por lo que debe ser considerada como el tratamiento de elección en los aneurismas de raíz de aorta en pacientes jóvenes.

OPTA A PREMIO

ME SIENTO BIEN, DESEO O REALIDAD

Argenta Fernández, E; Blanco Gómez, MA; Fernández Pérez, E; Muñoz Martín, E; Ruiz Jiménez, E; Sánchez Peinado, M;

Hospital Universitario La Paz

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Estudio prospectivo observacional de los pacientes con cardiopatías congénitas del adulto, intervenidos en el año 2010, en la unidad de cirugía cardiaca, para valorar su calidad de vida tras la intervención quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS: La captación de los pacientes se realizó en la consulta de cardiopatías congénitas del adulto, en las revisiones de los 6 y 12 meses post-cirugía.
Mediante la encuesta SF-36 de calidad de vida, se realizó un análisis de los datos recogidos en una muestra de 22 pacientes, con el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS DETALLADOS: A pesar del tamaño de la muestra, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos para las variables cuantitativas IMC en relación con las dimensiones de la vitalidad, el rol social y el dolor corporal, y variables cualitativas como el nivel de estudios, con la dimensión del rol social.
Estos resultados se obtuvieron en la revisión de los 6 meses y 12 meses.
Se cruzaron los resultados obtenidos en nuestra encuesta con la SF-36 realizada sobre población sana española encontrándose mínimas diferencias.

CONCLUSIONES: La similitud de resultados obtenidos en población sana y nuestros pacientes, pudo ser debida a la adaptación de estos a las limitaciones que produce su patología crónica. Lo cual hace que la percepción de calidad de vida sea superior a la inicialmente esperada para pacientes con enfermedades que, en algunos casos, son muy limitantes. A la vista de estos resultados se pone de manifiesto la necesidad de realizar nuevos estudios que contengan pruebas objetivas tales como la ergometría con consumo de oxigeno, el test de marcha y otras que nos permitan valorar la calidad de vida de estos pacientes.

LONGEVIDAD DE LOS DAI. VIDA UTIL ESTIMADA VS FIN DE VIDA ÚTIL.

Alcahúd Cortés, C.; Rodenas Sánchez, F.; Romero González, A.; Valcarcel Piñero, A.; Torres Sanchez, E.; López Morcillo, M.A; Cantos Gutierrez, C.; Ceres Rodríguez, R.; García Sacristán, J.; Enero Navajo, J.;

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Un número considerable de desfibriladores automáticos implantables (DAI) no alcanza el tiempo de vida útil estimada.

OBJETIVOS: Conocer la proporción de DAI que no alcanzan la vida útil estimada, años perdidos de vida útil y causas.

MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Desfibriladores implantados desde enero de 2004 hasta diciembre de 2011, excluyendo los no revisados hasta el final de su vida útil. Variables: demográficas, patología, indicación primaria o secundaria, modelo, vida útil esperada, modo de estimulación, motivo de fin de vida útil y fechas de implante y retirada. Recogida de datos: Hoja de recogida datos independiente de la historia clínica. Vida útil estimada: se consultó con los fabricantes de los dispositivos. Se analizaron frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. Comparamos fin de vida útil del dispositivo con vida útil estimada por fabricantes. SPSS 11.0.

RESULTADOS: 217 dispositivos. Patologías: miocardiopatía isquémica (47%), miocardiopatía dilatada (35%), miocardiopatía valvular (6%), displasia arritmogénica del ventrículo derecho, síndrome de Brugada o del QT largo (3%). Indicación primaria: 47%, secundaria 52%. Modo de estimulación: monocameral 47%, bicameral 22% y tricameral 31%. Vida útil estimada por los fabricantes: media 6,5 años (4-9).

Antes de los 6,5 años retiramos 45 DAI (20%).

Fin de vida útil: media de 2,5 años (0,5-6).

Motivos de retirada: 24 muertes (12%), cinco extracciones por decúbito o infección (2%), una por transplante, una por agotamiento inapropiado de la batería debido a rotura del electrodo y dos recambios por up-grade. Seis agotamientos por terapia apropiada.

CONCLUSIONES: No alcanzan la vida útil esperada el 20 % de los DAI implantados. Media de años perdidos por retirada inapropiada del DAI respecto a la vida útil esperada: 4 años (0,75-8,9). La muerte del paciente ha sido la causa más frecuente.

¿ES ASUMIBLE POR LAS ENFERMERAS LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE ESFUERZO CON METABOLIMETRÍA EN LOS GABINETES DE PRUEBAS DE ESFUERZO CONVENCIONALES?

Perez Martinez de Apellaniz, MC; Quintana Pascual, MC; Molinuevo Salinas, AI; Conde Lagartos, AI;

Hospital Universitario Araba-Txagorritxu

La prueba de esfuerzo electrocardiográfica (PE-ECG) es la exploración de referencia en los gabinetes de pruebas de esfuerzo (GPE) y son realizadas por enfermeras. Recientemente se ha incorporado la realización de PE con metabolimetría directa (PE-VO2) a la práctica asistencial, lo que condiciona una mayor exigencia a la enfermera que debe realizar el estudio. El objetivo de esta presentación es enumerar los cambios que deben producirse en la actuación de la enfermera para que realice también PE-VO2.

MATERIAL: En 213 pacientes de edad media 60±13 años, 153 varones, se realizó PE por el personal de enfermería. En 105 fueron PE-ECG y 108 PE-VO2. En estas ultimas, además de los parámetros habituales de la PE-ECG se obtuvo en basal y al máximo esfuerzo (ME), el consumo de oxigeno (VO2), consumo de CO2, ventilación máxima (VE) y otros parámetros derivados. También se realizó una valoración sobre la positividad clínica y eléctrica de cada una de las pruebas.

RESULTADOS: Los pacientes con PE-VO2 con respecto a los PE-ECG, tenían la misma edad (60±10 & 59±16) y realizaron el mismo número de mets (9.2±2.6 & 9.6±3), pero presentaban una FC (68±10 & 79±14, $p<0.001$), TA basales (117±19 & 124±20, p:0.023) y FC-ME menores, en relación a que el grupo PE-VO2 tomaban mas betabloqueantes (96/105 & 24/108, $p<0.001$). En el grupo PE-VO2 se alcanzó al ME un incremento significativo ($p<0.001$) del VO2 (0.342±0.08 & 1.732±0.53) y del VE (11±3 & 58±19). No hubo complicaciones.

CONCLUSIONES: Todas las PE fueron realizadas por las enfermeras de GPE recogiendo correctamente los parámetros clínicos, electrocardiográficos y metabólicos establecidos en el protocolo de las exploraciones. La implementación de la metabolimetría en el GPE es asumible por un equipo de enfermería entrenado en PE-ECG convencionales.

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 3
Sala B - 11:30-12:30

OPTA A PREMIO

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ANCIANOS ¿Y AHORA QUE?

Lara Lara, MD; Segura Saint-Gerons, C; Mengibar Pareja, V;I; Lucena Rubio, E;

Hospital Universitario "Reina Sofia"

INTRODUCCION: La consulta de cardiología constituye el enlace entre atención primaria y atención especializada. La mayoría de pacientes que acuden a consulta son de edad avanzada. La edad es un factor de riesgo cardiovascular (FRCV), siendo estos pacientes los que acumulan más factores de riesgo.

OBJETIVOS: Determinar FRCV más prevalentes en pacientes citados en consulta. Establecer las medidas preventivas y de educación para la salud específica para estos pacientes.

MATERIAL Y METODO: Estudio prospectivo, descriptivo, de las variables demográficas y FRCV de los pacientes atendidos en nuestra consulta desde 1/09 a 31/01/2012. Análisis estadístico con SPSS

RESULTADOS: Estudiados 436 pacientes: 158 hombres y 276 mujeres. Por disparidad de edades, se agruparon por decenios: 0 a 10 años: 4 pacientes (0,91%); 10 a 20 años 8 pacientes (1.83%); 20 a 30 años 11 pacientes (2.52%); 30 a 40 años 14 pacientes
(3.21%); 40 a 50 años 25 pacientes (5.37%); 50 a 60 años 71 pacientes (16.28); 60 a 70 años 116 pacientes (26.60%); 70 a 80 años 163 pacientes (37.38%); 80 a 90 años 36 pacientes (8.25%) y más de 90 años 2 pacientes (0.45%). La HTA es FRCV predominante : 49 %, seguido hiperlipemia 24.7%, obesidad con IMC> 30 15.36%; DM 11.69%; obesidad mórbida 0.68%, tabaquismo (5.7%); sedentarismo (8.7%); actividad física limitada por gonartrosis 31.19; actividad física limitada por déficit visual 19.49%; actividad física limitada por disnea 21.1%.

CONCLUSIONES: La mayoría de nuestros pacientes están situados en la franja de edad más avanzada, predominando las mujeres (mayor esperanza de vida). Los FRCV más prevalentes son HTA e hipercolesterolemia. Estos resultados implican para la práctica enfermera dirigir y encauzar programas de promoción y prevención de FRCV modificables y su tratamiento no farmacológico mediante la educación para la salud desde la escuela y Atención Primaria.

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS SOMETIDOS A CIRUGIA CARDIACA

Ibarrola Izura, S; Lizarraga Ursua, Y; Oroviogoicoechea Ortega, C; Beortegui Urdánoz, E; Vázquez Calatayud, M; Sanz Muruzabal, P; Belcos Moreno, ME; Alzueta Aldunate, M;

Clínica Universidad de Navarra

INTRODUCCIÓN: La educación constituye una herramienta necesaria para lograr que los pacientes modifiquen hábitos perjudiciales, alcancen los conocimientos necesarios para su autocuidado y establezcan metas realistas para su recuperación después del alta.

OBJETIVO: Comparar el conocimiento y grado de adherencia al tratamiento en el consumo de tabaco, alcohol, dieta y ejercicio de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca, al mes del alta tras la implantación de un programa de educación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo comparativo pre-post intervención realizado en una unidad de hospitalización cardiológica. Se estimó un tamaño muestral de 25 pacientes en cada grupo, seleccionándose aquellos intervenidos de cirugía cardíaca. Se han recogido: a) los datos demográficos; b) el conocimiento del paciente y los hábitos relacionados con factores de riesgo cardiovascular al alta y al mes .

RESULTADOS: La muestra fue de 43 pacientes (20 en el grupo pre y 23 en el post-intervención), con una edad media de 65,5 pre y 68,6 post. No se encontraron diferencias significativas en el nivel de conocimientos y grado de adherencia al tratamiento en el momento del alta entre ambos grupos.
Tras la intervención el grado de conocimiento fue mejor al mes del alta, mientras que antes de la misma hubo un ligero empeoramiento. La diferencia pre-post de la media de conocimientos al mes fue significativa ($z=-2,686$, $p=0,007$), siendo más positiva en el post. Los pacientes en el post presentaron mayor conocimiento en cuanto a la dieta ($z=-2,799$, $p=0,005$) y la medicación ($z=-2,157$, $p=0,031$). En los hábitos no hubo diferencias significativas antes y después de la intervención.

CONCLUSIONES: La intervención ha sido efectiva en cuanto al nivel de conocimientos de los pacientes, no así en la modificación de hábitos perjudiciales. Este hecho puede deberse a la edad de los pacientes ó a que la modificación de hábitos precisa de mayor tiempo.

OPTA A PREMIO

NITROGLICERINA SUBLINGUAL: ¿QUÉ SABEN LOS PACIENTES CON UN EVENTO CARDIOLÓGICO ISQUÉMICO?

Rovira Vilamala, I; Mir Aiguade, J; Serrano Carmona, JL; Simón Llorente, S; Garriga Teixidó, C; Amo Polo, J; Guardia Azara, M; Vélez Pérez, Y; Puig Calvet, M; Muñoz Bautista, AM; Baltasar Bagué, A;

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Uno de los retos del sistema sanitario es mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes crónicos. Desde la práctica clínica, uno de los problemas observados es el uso incorrecto de la nitroglicerina (NTG) en pacientes isquémicos cardiológicos. El objetivo de nuestro estudio es describir qué saben los pacientes con cardiopatía isquémica sobre la NTG para posteriormente elaborar un instrumento que permita evaluar el grado de conocimientos sobre su utilización.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo. Población formada por pacientes diagnosticados de síndrome coronario agudo con prescripción de NTG. Muestra de conveniencia. Se excluyeron: pacientes con problemas cognitivos y los dependientes para las actividades de la vida diaria. Se estudiaron variables sociodemográficas y clínicas. Para medir los conocimientos se elaboró una encuesta que valoró la acción, actuación y administración del medicamento.

RESULTADOS: La muestra la componían 50 personas: 36 hombres y 14 mujeres, con una edad media de 65,24 años. Casi la mitad tenía estudios primarios y hacía más de 3 años de su primer evento cardiológico. El 66% manifestó conocer la NTG y la relacionó con el nombre de su medicación, aunque más del 60% no reconoció ningún efecto secundario.
De los que manifestaron conocer la NTG: menos del 50% sabía la dosis correcta a tomar ante un episodio de dolor y sólo 6 pacientes supieron el tiempo que debía transcurrir entre tomas; más del 87% supieron cuándo debían tomarla, el 40% en qué posición y casi la totalidad la vía de administración. Finalmente, más del 65% sabía que debía llevarla siempre consigo.

CONCLUSIÓN: Si bien dos tercios de los encuestados manifestaron conocer la NTG, presentaban conocimientos insuficientes en algunos aspectos relevantes. Como enfermeras, esto nos ha de hacer reflexionar sobre el camino que aún queda por recorrer en la Educación del paciente en las enfermedades crónicas.

OPTA A PREMIO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SEXUALIDAD DEL PACIENTE CARDIOLÓGICO HOSPITALIZADO

Moya Ruiz, T; Iglesias Guerra, S; González Oliveros, M; Torne Perez, E; López Rodríguez, L;

Hospital Universitario Virgen Del Rocío

INTRODUCCIÓN: El reajuste de las vidas sexuales de las personas con enfermedad cardiovascular supone todo un desafío, siendo además el ámbito que más varía en sus vidas y el tema sobre el que menos información se recibe a nivel hospitalario.

OBJETIVO: Analizar las intervenciones de enfermería en el patrón sexualidad del paciente cardiológico hospitalizado.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Población: Pacientes hospitalizados en Cardiología entre 2009 y 2011. Criterios de inclusión: Hombres y mujeres. Hospitalización durante al menos 3 días consecutivos; diagnosticados de infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardiaca congestiva; edades entre 25 y 75 años. Variables: registros de enfermería relacionados con el patrón sexualidad presentes en la valoración integral de enfermería, planes de cuidados estandarizados e informe de continuidad de cuidados.

RESULTADOS: Analizadas 183 historias clínicas validadas según criterios de inclusión descritos. EL 95% (n=174) presentaba registro de valoración inicial de enfermería por patrones funcionales de salud. El patrón sexualidad valorado en un 43,7%. Disfunción Sexual (00059) y Patrón Sexual Inefectivo (00065) en ninguna de las historias revisadas (N=183), ni aún en las que contemplan un plan de cuidados (n=130), se hace mención a los mismos. El 61,2% (n=112) de la muestra disponía de un informe de continuidad de cuidados. Sólo en 2 casos (1,1%) se hacía referencia al patrón sexualidad.

CONCLUSIONES: El patrón sexualidad del paciente cardiológico hospitalizado es poco tratado en la práctica clínica de Enfermería. Creemos necesaria la formación en salud sexual, la creación de grupos de enfermería de referencia y la actualización de los registros de enfermería para favorecer la inclusión de las intervenciones de enfermería en salud sexual.

EDUCACION SANITARIA TRAS IMPLANTE DE MARCAPASOS

Clemares Garcia, MA; Crespo Carrion, MJ;

Hospital Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud

INTRODUCCIÓN: El objetivo del presente trabajo es conocer la utilidad que manifiestan los pacientes respecto a la educación sanitaria tras el implante de marcapasos.

MATERIAL Y METODO: Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Las variables estudiadas han sido sexo, edad, entrega de hoja informativa, utilidad de la misma, dudas sobre el procedimiento, manejo de la herida y percepción del trato recibido por el personal de enfermería durante el ingreso. Se han seleccionadazo pacientes a los que se les implanto un marcapasos durante los meses de noviembre de 2011 y enero de 2012. La recogida de datos fue realizada mediante un encuesta “ad hoc” administrada telefónicamente.

RESULTADOS: El número de sujetos incluidos en el estudio fue de 41. De estos, se pudo contactar telefónicamente con 31 (80,5%). El 53,65% de los pacientes fueron mujeres. El 93,5% de los encuestados manifestó que le habían entregado la hoja informativa y la totalidad de estos les fue de utilidad. El 96,8% de los pacientes no tenía ninguna duda sobre el manejo de su patología y solo una persona manifestó una consulta a la enfermera “¿puedo dormir de ese lado?”. El 96,9% conocía adecuadamente la fecha de la revisión. Así mismo, el 97% no presento problemas en la herida y 100% se retiro los puntos/grapas de la herida en la fecha indicada.

Respecto a la consideración sobre el trato recibido por el personal de enfermería durante el ingreso el 45,5% lo califico como “bueno” y el 54,5% como “muy bueno”.

CONCLUSIONES: La educación sanitaria tras el implante de marcapasos es adecuada, no presentando dudas y siendo de utilidad para los pacientes. Así mismo, el trato de personal de enfermería se considera muy adecuado.

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 3
Sala C - 11:30-12:30

PREVALENCIA DE LAS COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS EN LA FASE AGUDA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Rodríguez Huerta, D; Fernández Izquierdo, M; Prieto Gargantilla, M; Ramos Elvira, C; Gómez Mena, A; Muñoz Gómez, I; Zarco Calonge, G; Rodríguez Gonzalo, A;

Hospital La Princesa, Hospital Ramón y Cajal, Ntr[a] S[a] de Sonsoles

INTRODUCCIÓN: Las hemorragias secundarias en el Síndrome Coronario Agudo (SCA) comprometen gravemente la seguridad de los pacientes. Dado que se han introducido nuevos fármacos en el tratamiento, conocer su frecuencia y características de estas complicaciones, nos ayudará a mejorar la calidad de atención a nuestros pacientes.

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de complicaciones hemorrágicas en la fase aguda del SCA.
Conocer localización y tipo más frecuente de sangrado.
Evaluar la relación entre las complicaciones hemorrágicas y factores de riesgo de sangrado.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo trasversal, sobre pacientes con SCA incluidos por muestreo de conveniencia. Variable principal: sangrado agudo según la clasificación GUSTO. Variables secundarias: clínicas, farmacológicas, relacionadas con los cuidados y factores de riesgo de hemorragia. Los datos cuantitativos se expresaron en mediana y rango intercuartílico, los cualitativos en frecuencias y porcentajes; el análisis se realizó con el programa SPSS v11.00.

RESULTADOS: La prevalencia de complicaciones hemorrágicas fue del 17,7%, 100% grado leve, de un total de 96 pacientes. El 72,9% fue tratado según criterios que siguen las recomendaciones europeas. Los cuidados de enfermería han sido homogéneos según protocolo de la unidad. El 43,75%, se localizan en la zona de punción del cateterismo, seguida por epistaxis (20%) y hematuria (18,75%). El 62,5% fueron sangrados activos y el 31,25% hematomas.

CONCLUSIONES: La frecuencia de hemorragias leves observada es mayor que en otros estudios, si bien no son ámbitos y poblaciones comparables 100%. No se registra ningún sangrado grave, frente a la prevalencia entre el 1 y el 10% reflejada anteriormente por distintos autores. Evitar y detectar precozmente el sangrado mejora la seguridad y el bienestar del paciente, ya que disminuye el riesgo de la suspensión del tratamiento antitrombótico, evitando así futuros reinfartos.

SEGUIMIENTO Y VALORACION DE PACIENTES CON INFARTO ANTERIOR CRONICO TRAS LA INFUSION DE CELULAS DE MEDULA OSEA

Cepas Sosa, A; Muñoz Villarreal, AB; Luque Serrano, ML;

Hospital Universitario Reina Sofia Cordoba

INTRODUCCIÓN: Diferentes estudios han demostrado que la infusión de células de médula ósea en paciente con IAM mejora la función ventricular.
Los factores que inciden en la recuperación no son bien conocidos, aunque hay datos que indican que es mayor cuando se infunden mayor número de células durante los primeros 7 días tras el infarto y su efecto es más detectable en infartos extensos.

OBJETIVO: Analizar la mejora del grado funcional en pacientes que han sufrido IAM en situación basal y tras la infusión de células de médula ósea.

MÉTODO: Desde junio de 2005 hasta enero de 2008 se seleccionó a 19 pacientes según criterios de inclusión. A todos los pacientes se les realizó un cateterismo cardíaco, un ecocardiograma y una valoración inicial de enfermería.
Posteriormente se programaron a los pacientes para terapia celular.
A los 6 meses el paciente ingresa para un cateterismo para evaluar los resultados y enfermería reevalúa según la valoración inicial.

RESULTADOS: Los 19 pacientes seleccionados tenían una media de edad de 56+-8años, 17 eran varones y 2 mujeres. Todos los pacientes mostraron una buena evolución tras la infusión de células de médula ósea.
La evolución del grado funcional de los supervivientes fue positiva , el 21% mejora II grados y el 42% mejora en I grado, no hubo cambios detectables en el 21% pacientes y el 16% de los pacientes fallecieron.

CONCLUSIONES: Tras la infusión de células de médula ósea en pacientes con IAM crónico y disfunción ventricular severa , se produce una mejoría significativa a los 6 meses tras la infusión, en los grados funcionales según la NYHA.

OPTA A PREMIO

LA ENFERMERA DE ENLACE HOSPITALARIA ESPECIALISTA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Beistegui Alejandre, I; Aguayo Esgueva, BE; Conde Lagartos, AI; Autor Arbizu, MR;

Hospital Universitario Araba Santiago y Hospital Universitario Araba Txagorritxu

OBJETIVOS:
Principal:
• Describir las características demográficas, de cronicidad, y el nivel de conocimientos y autocuidados previos a la intervención de enfermería en pacientes con IC.
Secundarios:
• Identificar las patologías asociadas a la IC más frecuentes.
• Identificar el nivel de conocimientos respecto a cuidados como el control de peso, dieta hiposódica, monitorización de líquidos, medicación y manejo de la hipo/ hiperglucemia, y la cardiopatía isquémica.
• Identificar el grado de cumplimiento o adherencia al régimen medicamentoso.
• Identificar si el debut en diagnóstico de la IC, influye en el nivel de conocimientos y/o autocuidado de la enfermedad.
• Cuantificar el número de casos nuevos de comorbilidad y riesgo social a partir de la utilización de escalas validadas.
Material y método:
• Estudio observacional descriptivo de seguimiento de 9 meses en pacientes con IC NYHA II - IV
• Criterios de exclusión negativa del paciente, esperanza de vida inferior a 3 meses, estar institucionalizado e incapacidad para el autocuidado.
• Variables a estudio: Variables sociodemográficas: (Edad, Sexo), patologías asociadas, nivel de dependencia: Escalas Barthel y Lawton y Brody, riesgo social: Escalas Duke. , sobrecarga del cuidador: Escala Zarit, adherencia al tratamiento: Escala Morinsky, calidad de vida: Escalas SF-12 y Minnessota, autocuidado: Self Behaviour Scale, conocimientos de la enfermedad, debut.

RESULTADOS: Muestra: 35 pacientes. Edad 80,40 ± 9,96. Índice de Charlson: 5,6 ± 1,269.
Patologías nuevas detectadas: DM (3), deterioro cognitivo (8), caquexia (2) y depresión (14.70%). Polimedicación: 82.85%, no adherencia 25.71%
Dependencia: AVD: 47.06%. Actividades instrumentales: 45.71%
Conocimientos sobre IC: ninguno y escaso 71.42%, moderado y extenso 28.57%. Relación entre debut y conocimientos: p =0.46

CONCLUSIONES:
El paciente con IC, es un paciente complejo y de elevada fragilidad por su pluripatología, polifarmacia, edad avanzada.
El grado de conocimientos que poseen sobre la IC, es escaso, dificultando el autocuidado.

OPTA A PREMIO

COMUNICACIÓN INTRAPROFESIONAL DURANTE EL CAMBIO DE TURNO

Martín Pérez, S; Lizarraga Ursúa, Y; Vázquez Calatayud, M; Oroviogoicoechea Ortega, C; Unzu Alonso, I; Juandeaburre Pedroarena, B; Labiano Pérez-Seoane, C;

Clínica Universidad de Navarra

INTRODUCCIÓN: La comunicación efectiva entre los profesionales es relevante para garantizar la seguridad del paciente. La Joint Commission Internacional identifica que hasta un 65% de los errores centinela se asocian a problemas de comunicación, de los que parte derivan de la falta de información transmitida durante el cambio de turno entre los profesionales de enfermería.

OBJETIVOS: Explorar el proceso de comunicación intraprofesional durante el cambio de turno. 1) Identificar las fortalezas y limitaciones del proceso existente; 2)Identificar estrategias de mejora para su implantación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio exploratorio realizado en un Área de Críticos. Muestreo de conveniencia.
Recogida de datos: 16 observaciones estructuradas del proceso de comunicación; 4 entrevistas semiestructuradas y 16 encuestas anónimas (diseñadas mediante la evidencia, las entrevistas y observaciones). Las enfermeras accedieron voluntariamente a participar en el estudio.
Análisis descriptivo para variables discretas. Análisis de contenido de las observaciones, entrevistas y preguntas abiertas de las encuestas.

RESULTADOS: Tasa de respuesta de las encuestas: 100%. Más de la mitad de las enfermeras (68,75%) refirieron que parte de la información transmitida era irrelevante y la duración excesiva. Todas ellas percibieron la necesidad de un cambio en el proceso existente.
Fortalezas: proceso completo y registro informático de gran utilidad. Limitaciones: falta de estructura común, repetición y olvido de información, numerosas interrupciones durante el proceso y ruido ambiental.
Se identificaron como estrategias de mejora la elaboración de una guía basada en la nemotécnica SAVR (Situación, Antecedentes, Valoración y Recomendaciones), adaptada a la estructura del programa informático así como un cambio en la ubicación para la transmisión de la información.

CONCLUSIONES: Para que la comunicación intraprofesional sea efectiva y así garantizar la seguridad del paciente, se plantea que la transmisión de la información durante el cambio de turno se realice mediante un proceso estructurado y sistemático y en un lugar sin ruidos ni interrupciones.

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 3
Sala A - 12:30-13:30

OPTA A PREMIO

¿ES SEGURA LA REALIZACION DE UN CATETERISMO CARDIACO EN PACIENTES AMBULANTES ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROL(SINTROM®)?

Rodríguez Carcelen, M.D; Iglesias Mier, T.M; García_Casarrubios Jimenez, J.; Gómez Martínez, O.; Gutiérrez Diez, A.; Gallardo López, A.; Jiménez Mazuecos, J.M; Melehi, D.; Córdoba Soriano J.G;

Complejo Universitario Hospitalario de Albacete

OBJETIVO: Para realizar un cateterismo suele suspenderse la anticoagulación oral, añadiendo o no heparina. No esta establecida la seguridad/eficacia de realizar cateterismos manteniendo la anticoagulación.

MÉTODOS: Estudio prospectivo de 229 pacientes ambulantes sometidos a cateterismo radial. Se comparan 34 pacientes sin supresión previa del tratamiento con Acenocumarol (G-A) con el resto (G-B). El protocolo de vendaje y duración de la compresión fue similar. Se evaluaron: características basales, antecedentes, acceso, complicaciones tras retirada del vendaje (resangrado, oclusión radial por pletismografia, hemotoma).

RESULTADOS: La edad media del G-A fue mayor (72±8 años vs 66±11, p:0.001). En el G-A la causa más frecuente de anticoagulación fue fibrilación auricular (62%). El INR medio fue 2,3±0.5(3% INR>3.5). La indicación más frecuente del procedimiento en el G-A fue la evaluación de valvulopatías (47%), en el G-B la cardiopatía isquémica (72%). No hubo otras diferencias en los perfiles de ambos grupos de pacientes y duración del procedimiento.
No hubo ningún cruce de acceso a abordaje femoral. Tras la compresión se produjeron un 1.8% de resangrados en el G-B (nueva compresión) y ninguno en el G-A (p:NS). Se produjo una oclusión de la arteria utilizada en el G-B, ninguna en el G-A. Hubo un 9% de hematomas en el G-A y un 7% en el G-B (p:NS). A las 24 horas ningún paciente presentó resangrado. Un 2.4% de los P en el G-B presentó hematoma a las 24 horas por el que consultó, ninguno del G-A (p:NS). Ningún hematoma tuvo trascendencia clínica

CONCLUSIONES: Un protocolo de compresión radial rápida y sin retirada de la ACO es seguro en pacientes crónicamente anticoagulados. Pueden evitarse las desventajas que pudiera presentar la retirada temporal de ACO.

OPTA A PREMIO

UN PROTOCOLO REGIONAL DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN EL TRATAMIENTO DEL SCACEST. ¿INFLUYE EN LA MEJORA DE LOS TIEMPOS HASTA LA REPERFUSION?

Iglesias Mier, T.M; Rodriguez Carcelen, M.D; Garcia-Casarrubios Jimenez, J.; Gomez Martinez, O.; Gutierrez Diez, A.; Jimenez Mazuecos, J.M; Gallardo Lopez, A.; Melehi, D.; Cordoba Soriano, J.G;

Complejo Universitario Hospitalario de Albacete

OBJETIVO: La intervención coronaria percutánea primaria (ICPP) es el método de elección en el SCACEST. Nuestro objetivo es evaluar si la instauración de un programa de ICPP autonómico es una medida útil para reducir el tiempo de reperfusión.

MÉTODO: Estudiamos prospectivamente a todos los pacientes a los que se realizó ICPP en los últimos 5 años en los que está funcionado un protocolo de ICPP. Los pacientes se han dividido en 3 grupos. Grupo A: Pacientes en los que no existían medidas para disminuir los tiempos de reperfusión (TR) 79 Pacientes. Grupo B: Pacientes en los que se pusieron en marcha una serie de medidas locales u hospitalarias para disminuir el TR, 198 Pacientes. Grupo C: 133 Pacientes atendidos en el año 2011 en los que existe un protocolo autonómico de reperfusión. Se comparó el tiempo puerta-balón (TiPuBa, desde que el Paciente llegaba al hospital hasta que la arteria responsable del IAM tenía flujo normal) entre los tres grupos.

RESULTADOS: 410 Pacientes con SCACEST sometidos a ICPP, 76% varones, edad media 64±13 años, HTA en el 62%, DM en el 29% y Fumadores el 66%. Localización del IAM; inferoposterior (42,6%), anterior un 37%. La mortalidad durante el ingreso alcanza el 4%, al año el 6%. El TiPuBa fue significativamente menor en el grupo B que en el grupo A (75\0; RIC 25-75: 52-105\0 VS 100 minutos; RIC 25-75: 75-120\0) ($p<0.001$; IC 95%). El Grupo C también presentó un TiPuBa significativamente menor respecto a los dos anteriores (38 minutos; RIC 25-75: 26-71 minutos, $P<0.001$).

CONCLUSIONES: La instauración de un Código Autonómico de Repercusión Urgente en el SCACEST que coordine la atención extra e intrahospitalaria es sumamente efectiva para reducir los tiempos hasta la repercusión y tratar de forma óptima a estos pacientes.

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO "CICERONE" EN UNA UNIDAD DE HEMODINÁMICA

Luque Cossi, ML; Japón Ruiz, M; Lombardo Martínez, J; Pedrosa Carrera, C; Díaz Bejarano, D; Valero López, A; González Díaz, JM; Gómez Santana, C; Fernandez Alvarez, V; González Rivero, D; Sánchez Baños, B; Antonio Mora, J; Martín González, A; Ruiz Sabariego, S;

Hospital Universitario Virgen De Valme

OBJETIVO PRINCIPAL: Determinar si en los pacientes ambulatorios incluidos en un programa de acompañamiento desinteresado (Cicerone) previo a ser sometidos a cateterismo, la intervención del voluntario causa disminución en los niveles de ansiedad y aumenta los conocimientos relacionados con la interpretación de la información, y familiaridad con los recursos.

ANTECEDENTES: Es inexistente la bibliografía que avale nuestra actuación en el ámbito sanitario intervencionista, aunque tenemos referencias sobre su implantación en algunas áreas (urgencias, consultas). Donde el acompañamiento desinteresado ha dado grandes resultados, ha sido en eventos deportivos (olimpiadas) y celebraciones culturales (Expo\092).

MÉTODO IMPLANTACIÓN: Se realizaron reuniones de puesta en común y tormentas de ideas para perfilar las necesidades. Se contactó con las 13 asociaciones de cardiacos del área, para tratar de implicar en el programa a su cuerpo de voluntariado como motor de arranque. Se definió el perfil de los pacientes que se incluirían como "cicerones" definiendo motivos de inclusión/exclusión. Se citaron a reuniones para su adiestramiento (aporte de trípticos), por personal de enfermería, en conocimiento del medio hospitalario, oferta de servicios y transvase de información. Se utiliza la escala Goldberg de ansiedad, enc uesta de satisfacción y de nivel de conocimientos tipo escala de "Likert", pre/post intervención.

RESULTADOS: El estudio está en su fase previa y no disponemos de resultados con nivel de significación.

CONCLUSIONES: Estimamos que el uso de voluntariado para un plan "Cicerone" de acompañamiento e información al paciente ambulatorio, supondrá una mejora tangible en la atención al paciente, aumentando su nivel de conocimientos y disminuyendo la ansiedad inherente a todo proceso intervencionista.

CORAZÓN A RITMO DE MOZART

Blanco Montserin, E; Trull, J; Tiendas, J; Arevalo Blanco, L; Francisco Lucena, A;

Clínica Corachan

INTRODUCCIÓN: La Musicoterapia es una técnica de apoyo que simultaneada con la farmacológica puede desarrollar optimos resultados en enfermos ingresados en instituciones hospitalarias
Nuestro estudio se ha desarrollado en la Unidad de Hemodinámica donde ingresa el paciente para practicarle un Cateterismo cardiaco o Angioplastia; en este procedimiento el enfermo se ve sometido a altos niveles de stress y ansiedad. La aplicación del modelo de Musicoterapia en el que se utilicen sonidos agradables permite verificar la modificación de los signos vitales del paciente y la disminución de la ansiedad, ademas de proporcionarle un estado emocional de equilibrio similar al medio en el que el individuo se desarrolla.

PALABRAS CLAVES: Ansiedad, Stres, Musicoterapia - Enfermeria, HEMOCOR (Unidad de Hemodinámica)

OBJETIVO: Influir terapéuticamente en el estado psicológico de pacientes sometidos a un Cateterismo cardiaco
Validar el efecto del tratamiento musicoterapéutico en este tipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Muestra : Se seleciono una muestra de población de 26 pacientes de ambos sexos que se realizarón un cateterismo
Divididos aleatoriamente en grupo experimental y control contando cada uno con 13 sujetos.
Técnicas e instrumentos; Test psicológico IDARE refleja la ansiedad personal y situacional. Grabadora Sony; Musica: Concierto de Violin Nº 4 W. Amadeus Mozart.

CONCLUSIONES

1. Los resultados del estudio han demostrado que la musicoterapia de tipo pasivo en su variante sedante constituye una excelente via para amortiguar el estado de ansiedad en este tipo de pacientes que se hallan sometidos a la realización de un Cateterismo cardiaco en la Sala de Hemodinamia

2. La relajación y favorable estado psicológico obtenido mediante la audición musical, constatada por sus expresiones físicas, verbales y aplicación de test psicológico IDARE demuestra que su efecto es beneficioso.

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 3
Sala B - 12:30-13:30

OPTA A PREMIO

PERCEPCIÓN Y EXPERIENCIA VIVIDAS POR EL PACIENTE CON UN PRIMER INFARTO E IMPACTO EN SU ENTORNO SOCIAL, FAMILIAR Y LABORAL

Gomez Palomar, MJ; Casajús Pérez, G; Gómez Palomar, C; Martínez Momblan, A;

Hospital De La Santa Cruz y San Pablo

OBJETIVO: Analizar la experiencia vivida en la fase aguda del infarto de debut y la adaptación al entorno habitual.

MATERIAL Y MÉTODO:
Estudio cualitavivo fenomenológico.
Población: pacientes entre 30 y 60 años, que debutan con síndrome coronario agudo e ingresan para revascularización percutánea.

Muestreo de conveniencia: 11 pacientes, entrevista semiestructurada entre 1 y 3 meses al alta, que se graban y transcriben palabra por palabra. Se analizaron mediante método Giorgi. Se codificaron e identificaron unidades de significación, se agruparon significados comunes y se destacaron los aspectos principales de la experiencia vivida.

Categorías identificadas: vivencias en la fase aguda, autoreconocimiento del problema de salud, apoyo familiar, adaptación a la situación y percepción de salud-enfermedad crónica.

RESULTADOS: Hay una gran variabilidad en la forma de presentación de la crisis isquémica, desde la tranquilidad al terror y sensación de muerte inminente, o la posibilidad de resultar una carga para la familia. 5 pacientes reconocen estar sufriendo un infarto; expresan mayor control que apoyo familiar; les cuesta adaptarse a la nueva situación de salud: “me ha roto la vida completamente”; se muestran dispuestos a llevar a cabo los cambios de hábitos necesarios, pero en su mayor parte reclaman más información para sentirse seguros.

CONCLUSIÓN: A pesar de las estratègies de repermeabilización temprana , el Infarto representa una vivencia dura con repercusiones en la vida laboral y familiar que afectan el proceso de normalización.

Aunque la capacidad para gestionar el evento esta bien resuelta en cuanto a la identificacion de los síntomas se dan mecanismos de negación.
La vulnerabilidad individual se altera fundamentalmente por la experiencia de temor en la fase aguda y la sensación de pérdida de apoyo familar al alta.
La reincorporación laboral sigue dos patrones opuestos, retraso relacionado con el temor y aceleración para demostrarse normalidad.

OPTA A PREMIO

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR 1 - FÚTBOL 1

Gaínza Calleja, A.; González Gascue, M.; Doiz Arriazu, R.; Azcona Ciriza, L.;

Complejo Hospitalario de Navarra, edificio A.

INTRODUCCIÓN: La parada cardiaca extrahospitalaria es un gran desafío por su elevada incidencia y pobres resultados en su tratamiento. Por esto es importante enseñar a la población técnicas de reanimación cardiopulmonar y la instalación de desfibriladores semiautomáticos en lugares públicos. Así pues, se planteó la importancia de formar a futbolistas en maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas.

OBJETIVOS:
- Enseñar reanimación cardiopulmonar básica.
- Valorar el grado de interés.
- Identificar el grado de conocimiento previo.
- Adquisición de nuevos conocimientos.
- Conocer el grado de satisfacción.

MATERIAL Y MÉTODO: El estudio se realizó con equipos de futbol de tercera División de Navarra entre octubre de 2011 a febrero de 2012. La muestra constaba de 150 sujetos, donde el 98,7% eran varones y la media de edad 26,13 años. Se dividió en dos fases; la primera consistió en una encuesta inicial donde se valoraba el grado de interés y conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar y en la segunda se impartió un taller y se distribuyó una encuesta de satisfacción.
El tratamiento de datos se realizó con el programa estadístico SPSS versión 20.

RESULTADOS:
1ª FASE:
El 41% consideraban malo o muy malo su conocimiento sobre maniobras de reanimación. El 35,9% lo consideraban regular.
El 97,6% consideran muy o bastante necesario recibir información.
El 60,3% creen que la totalidad del equipo debe estar formado.
El 86,3% consideran necesario instalar desfibriladores en los campos.

2ªFASE:
El 90,6% está muy satisfecho o satisfecho con el temario y el 94,6% con el método y las prácticas.
El 98,6% recomendaría el taller.

CONCLUSIONES:
- En general los participantes valoran satisfactoriamente o muy satisfactoriamente el taller.
- Mayoritariamente recomendarían a otros compañeros esta formación.
- Una pequeña parte creen interesante realizar este curso más frecuentemente.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSICOLOGICOS EN LOS PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

Sánchez Lozano, Y; Rubio Martin, S; Rodríguez Padial, L; Martínez Vizcaino, V;

Complejo Hospitalario Virgen de la Salud Toledo, Universidad de Castilla la Mancha

INTRODUCCIÓN

Los pacientes portadores de Desfibrilador pueden haber tenido una experiencia cercana a la muerte o bien el riesgo de padecer una arritmia mortal debido a su patología cardiaca, por lo que existe una elevada probabilidad de que presenten trastornos de salud mental.

Objetivo: conocer la prevalencia de los trastornos de salud mental de los pacientes portadores de Desfibrilador Automático Implantable.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión sistemática de estudios publicados desde 1980 hasta Diciembre del 2011 en los que se evaluarón trastornos de salud mental de los pacientes portadores de Desfibrilador Automático Implantable.

Base de datos consultadas: Pubmed y Wok. Términos utilizados para la búsqueda: “Quality of Life” OR “Sickness Impact Profile” AND “Defibrillators, Implantable”,OR “Heart Diseases”.

RESULTADOS

Trabajos revisados 22

Trastornos identificados:

Ansiedad 9 (36%), Estrés 1, Depresión 4 (18%), Alteración del bienestar psicológico 1, Alteración de la Función emocional 1, Alteración de la Función mental 2 y Miedo 1.

En cuanto al sexo en cinco investigaciones (22%) identifican peor salud mental en las mujeres que en los hombres.

En cuanto a la edad, los jóvenes tienen mayor incidencia de ansiedad.

El afrontamiento efectivo, la intervención psicoeducacional y cognitiva mejoran la incidencia de trastornos psicológicos de los portadores de Desfibrilador

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Existe evidencia de que los pacientes con Desfibrilador tienen alta prevalencia de trastornos psicológicos; pero no queda discriminado como factor de riesgo per se, ya que la patología cardiológica es por sí sola un estresor. La prevalencia de estos trastornos en las mujeres, junto con los buenos resultados de las terapias cognitivas nos manifiestan la necesidad de utilizar protocolos de intervención psicoeducacional pre y post para mejorar la salud mental de estos pacientes.

OPTA A PREMIO

ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA PRESENTACIÓN DE LA CRISIS ISQUÉMICA AGUDA II

Gómez Palomar C.; Gómez Palomar M.J.;

Hospital de Sant Pau, Barcelona.

OBJETIVO: Evaluar diferencias de género en la crisis coronaria aguda. Una de las conclusiones, en el estudio I, fue la necesidad de ampliar la muestra para confirmar y ampliar resultados. Decidimos ampliarla.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional sobre 674 pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica e ingresados en nuestro Centro entre 2009 y 2011. Recogimos datos sobre edad, sexo, factores de riesgo(FRCV), cara afectada, coronaria responsable, Killip, descripción del dolor y clínica acompañante.
Análisis estadístico: porcentajes, medias y X^2.

RESULTADOS: Solo 28,8% eran mujeres. Edad media 63,55±12,74(25-92) para hombres, 71,05±11,78(36-93) para mujeres.

FRCV de mayor prevalencia: HTA(62%), dislipemia(35,85%), DM(34%), tabaquismo(33%), obesidad(13,6%), ansiosodepresivos(5,34%); siendo mayor significativamente en la mujer la HTA(p=0,04), DM(p=0,02), Sd.ansiosodepresivo (p=0,0002) y la ausencia de factores de riesgo(0,01). Significativamente mayor tabaquismo en hombres (p>0,0001).

El 16,8% presentaron dolor atípico, significativamente mayor en la mujer (p=0,023). Localización del dolor mas frecuente: un 81% torácico, 6,92% epigástrico, 3,31% espalda, 1,95% ESI, 0,9% hombos, 0,75% cervical. El 8,58% no presentaron dolor: en 3,76% aparece fatiga-malestar-mareo, 1,95% disnea, 1,2% sincoparon. Dolor epigástrico y hombros está significativamente mas presentes en la mujer (p=0,002, p=0,0001), así como disnea(p=0,04) y síncope(p=0,03). El 52,7% dolores opresivos, 6,65% punzantes, 2,65% urentes, sin diferencia por sexo.
El 58,5% presentan radiaciones, predominando brazo izquierdo (27,29%), espalda(11,22%), mandíbula(8,67%), cuello(7,65%). El 45,9% presenta vegetatismo. Mayor presencia de Killip(K) I en hombres (p=0,003) y killipII en mujeres (0,003). Sin diferencias en KIII/IV.

Vasos más afectados: DA(36,64%), CD(30,56%) y CX(10,83%), sin diferencia para sexos.

CONCLUSIONES:
- Mayor presentación atípica femenina, más dolor epigástrico y hombros.
- De los FCVR estudiados, sólo tabaquismo resulta superior en varones.
- Mantenemos conclusión del estudio I sobre mayor incidencia de KI en hombres y KII en mujeres.
- Destacamos como limitación deficiencia en descripción de las crisis. Un instrumento de valoración específico mejoraría la situación.

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 3
Sala C - 12:30-13:30

OPTA A PREMIO

UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR EN UNA UCI CARDÍACA

Pérez Taboada, MA; Roca Canzobre, S; Pereira Ferreiro, Ana; Rossi López, M; Abella Arcos, J;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN: En los últimos años se ha visto un incremento en la utilización y variedad de los dispositivos de asistencia ventricular en los enfermos críticos. Asimismo, han mejorado las prestaciones que ofrecen dichos equipos.

OBJETIVOS: Estudiar el número de dispositivos de asistencia ventricular, empleados en una unidad de uci cardíaca durante un año, clasificándolos según el tipo de dispositivo, tiempo medio de permanencia y sus indicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de los pacientes a los que se les implantó algún tipo de asistencia ventricular de las que disponemos en nuestro hospital.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio los 950 enfermos ingresados durante el último año en la unidad (70,5% hombres).

Fueron portadores de algún tipo de asistencia ventricular 72 pacientes (7,57%), a 63 de ellos (6,63%) se les colocó el balón de contrapulsación, a 5 pacientes (0,52%) se les realizó la terapia con oxigenador mediante membrana extracorpórea, 2 pacientes (0,21%) fueron soportados mediante un impella y a 2 pacientes (0,21%) se les puso una bomba centrífuga.

Los tiempos medios de permanencia fueron: oxigenador mediante membrana extracorpórea 8,2 días, balón de contrapulsación 5,5 días, impella 5,9 días y bomba centrífuga 7,1 días.

CONCLUSIONES: El balón de contrapulsación es el dispositivo de asistencia ventricular más empleado en nuestra unidad, siendo superado en tiempo de permanecia por el oxigenador de membrana extracorpórea.

Cada dispositivo tiene diferentes indicaciones según el tipo de patología cardíaca de base que presente el enfermo, así como su pronóstico.

EXPERIENCIA DE LA HIPOTERMIA INDUCIDA TERAPÉUTICA EN UNA UNIDAD CORONARIA

Neiro Rey, MC; Paredes Rodríguez, A; Reino Maceiras, MV; Pereira López, E; Aguiar Souto, P;

Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: La Parada Cardíaca es una de las causas más importantes de muerte en los países desarrollados. Ningún tratamiento farmacológico ha demostrado eficacia para prevenir el daño cerebral tras la parada cardíaca. En los pacientes que son resucitados, el daño cerebral anóxico es una importante causa de morbilidad y mortalidad. El uso de la hipotermia inducida parece interrumpir varias de las vías que participan en la génesis del daño cerebral anóxico.

OBJETIVO: Implantar un protocolo para aplicación de la hipotermia inducida, tras una parada cardíaca extrahospitalaria, en la unidad coronaria, para intentar reducir las complicaciones neurológicas provocadas por la anoxia cerebral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional.

RESULTADOS: Se realizó a 11 pacientes, ingresados en la unidad coronaria entre septiembre de 2010 y diciembre de 2011, tras una PCR extrahospitalaria, con una edad media de 60 años, rango (44 -75). Un 81.8% eran varones.

Todos los ritmos cardíacos objetivados al primer contacto médico eran desfibrilables y el tiempo de inicio de la hipotermia tras la recuperación efectiva de la circulación espontánea fue de una media de 3 horas.

La temperatura media al ingreso era de 35ºC, alcanzándose la temperatura objetivo a las 2 horas, con una duración media de terapia de 30 horas, incluyendo la fase de recalentamiento (6 horas). Un 54,5 % de las hipotermias se realizaron con sistemas endovasculares.

La principal complicación relacionada fue trastorno arrítmico.

La estancia media en la unidad coronaria fue de 17 días. Mortalidad 45%(18% unidad coronaria y 27% en planta). Supervivencia 55%, todos sin déficits neurológicos.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia la hipotermia tras PCR ha demostrado beneficio en el pronóstico neurológico, siendo un factor primordial la precocidad en la instauración de las medidas de enfriamiento.

SEGUIMIENTO Y PREVENCIÓN SECUNDARIA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE BYPASS CORONARIO

Ginel Aldana, S; Villares Jiménez, A; Aguirre Montoya, JC; Carmona Heredia, A; Garcia Bermúdez, M; Sanz Girgas, E;

Hospital Universitari Joan XXIII

INTRODUCCIÓN: El control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y la prevención secundaria en pacientes coronarios es importante para mejorar el pronóstico. Aunque los pacientes intervenidos de bypass coronario son seguidos en diferentes consultas, se ha descrito en la literatura menor adherencia a estos tratamientos.

OBJETIVO: Conocer el control de FRCV según objetivos de las guías clínicas (Colesterol LDL < 100 mg/dl, TA <140/90 mmHg y HbA1c <7%) y la prescripción farmacológica. Plantear actuaciones mejorables en una consulta específica de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio a partir de base de datos prospectiva de pacientes derivados para bypass entre enero del 2002 y diciembre del 2009. Se realizó un corte transversal en el seguimiento para conocer el control de FRCV y los tratamientos prescritos mediante revisión del historial clínico. Se analizaron variables clínicas, FRCV pre-cirugía y en el seguimiento: perfil lipídico, valores de TA, HbA1c y fármacos. Análisis estadístico mediante SPSS16.

RESULTADOS: Pacientes intervenidos 203. Seguimiento de 157, 30 exitus y 16 perdidos. 76,4% hombres, edad media 63,7±10,7 años. FRCV pre-cirugía: tabaco 27.2%, HTA 57,4%, dislipemia (DLP) 57,3%, diabetes mellitus 37,2%. FRCV en el seguimiento: tabaco 6,4%, colesterol LDL <100 mg/dl 70,8%, HbA1c <7% 52,3% y TA <140/90 68,2%.

Tratamientos en el seguimiento: antiagregantes: 91,1%, betabloqueantes: 61,8%, IECAS/ARA II: 55,4% y estatinas: 98%.

CONCLUSIONES: En nuestra población el control de FRCV es mejorable, así como la prescripción de fármacos IECA/ARA-II o betabloqueantes. Crear una consulta de enfermería intermedia entre la cirugía y la visita con el equipo de cardiología es importante para hacer efectiva la prevención secundaria, realizar control de TA, analítico de DLP y HBA1c, comprobar la adhesión a fármacos y que reciben el tratamiento correcto según guías establecidas.

COMUNICACIONES LIBRES

Viernes 4
Sala A - 09:00-10:00

OPTA A PREMIO

COMPLICACIONES TRAS LA HEMOSTASIA MANUAL O NEUMATICA POST-CORONARIOGRAFIA

Urías García, R; Zamora Mesa, S; Félix González, M; Sánchez Arroyo, D; Quintas Ramos, S;

Unidad Coronaria, Hospital Virgen de la Salud de Toledo

INTRODUCCIÓN: Hoy en día persiste la preocupación por las complicaciones tras la hemostasia por la punción arterial femoral, que genera desde un malestar en el paciente hasta complicaciones vasculares que deban ser resueltas con cirugía. A pesar de los nuevos dispositivos de cierre hemostásico, la hemostasia convencional no invasiva por compresión - manual o neumática - sigue siendo necesaria en la actualidad tras la realización de una coronariografía.

OBJETIVO: Comparar la incidencia de complicaciones en la hemostasia femoral post-coronariografía en función de la técnica utilizada, siendo éstas: compresión manual o compresión neumática.
Material y método:
Estudio descriptivo prospectivo en pacientes ingresados en la Unidad Coronaria que fueron sometidos a coronariografía, seleccionados de manera consecutiva en un periodo de doce meses. Se realizó recogida de datos in-situ y revisión de los registros de Enfermería.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, 233 pacientes fueron ingresados en nuestra unidad tras coronariografía, siendo portadores de introductor arterial femoral.
De ellos, un 9.01% (n=21) fueron excluidos por obesidad mórbida; un 6.43% (n=15) por TAS >140 mmHg; un 2.14% (n=5) por agitación psicomotriz; y un 3.43% (n=8) por estenosis aórtica severa. Finalmente el estudio se realiza con una muestra de 184 pacientes, de los que el 53.26% (n=98) se realizó hemostasia neumática y el 46.73 (n= 86) se realizó hemostasia manual, apareciendo complicaciones en un 15.25% de los primeros, y un 5.5% de los segundos.

DISCUSIÓN: A la vista de los resultados obtenidos en este estudio, podríamos decir que la hemostasia manual produce menos complicaciones. El papel de la Enfermería en esta técnica es fundamental, ya que somos los responsables de realizar este procedimiento.

OPTA A PREMIO

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE DIABETICO SOMETIDO A INTERVENCIONISMO CARDIACO

Núñez Tallón, MA; Basanta Castro, MJ; Jimenez Serrano, CA; Seco Aldegunde, SI; Abad Garcia, MM; Gallego Lopez, MI; Perez Fernandez, AM; Fernandez Freire, MS; Ortega Fernandez, L; Carrera Fernandez, AM;

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

INTRODUCCIÓN: La diabetes es uno de los factores de riesgo cardiovascular más relevantes y más si va asociada a una insuficiencia renal. Si la producción de insulina es insuficiente ó si existe una resistencia a su acción, la glucosa se acumula en la sangre (lo que se denomina hiperglucemia), dañando progresivamente los vasos sanguíneos (arterias y venas) y acelerando el proceso de arteriosclerosis. Disponemos de distintos protocolos personalizados elaborados por las enfermeras y médicos de la unidad de cardiología aplicándolos según el paciente sea diabético tipo 1 o tipo 2 que tome Metformina o no, anticoagulantes orales (Sintrom)/ subcutáneos (HBPM) ó si tiene una nefropatía diabética. El hecho de que existan en nuestra unidad estos protocolos individualizados permite a la enfermería preparar al paciente para el cateterismo cardiaco con un control previo y posterior a dicha intervención previniendo posibles complicaciones adversas y garantizar una calidad de cuidados.

OBJETIVOS: Valorar la eficacia de los protocolos personalizados implantados en nuestra unidad para evitar que el paciente diabético pueda tener complicaciones graves pre y post intervencionismo cardiaco.

METODOLOGÍA: Estudio transversal, retrospectivo, descriptivo-observacional de serie de casos transversales durante el periodo 1-Enero-2011 a 31-Diciembre-2011. Los pacientes mantuvieron cifras de glucemia en sangre entre 80 y 180 mg/dl, creatinina < 1.3 y una buena perfusión tisular.

RESULTADOS: Total ingresos 1465. Recogidos datos de 1465 historias clínicas, 529 eran diabéticos y 482 de estos pacientes fueron sometidos a cateterismo cardiaco con protocolo individualizado de diabetes; 40 pacientes presentaron glucemia >180 mg/ dl; 22 pacientes elevaron cifra de creatinina > 1.3; 0 pacientes presentaron hipoxia tisular.

CONCLUSIONES: Al final del estudio se observó que la aplicación del protocolo personalizado generó muy pocas complicaciones en los pacientes observados dando mayor validez al protocolo aplicado. Los protocolos individualizados nos permiten realizar intervenciones de enfermería con bastante autonomía.

ANGIOPLASTIA CORONARIA CON LÁSER

Cereijo Silva, E; Seoane Bello, M; Beiras Otero, P; Iglesias Santomé, J; Bóveda Álvarez, R;

Unidad de hemodinámica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: La utilización del láser excimer con la vaina Spectranetics en el tratamiento de las lesiones coronarias crónicas y restenosis intra-stent ha demostrado ser una técnica efectiva y segura en aquellos casos en que está indicado. La incorporación de esta técnica en nuestra Unidad ha implicado la formación del personal de Enfermería.

OBJETIVOS: Describir un protocolo de actuación y presentar resultados de nuestra experiencia en la revascularización percutánea de lesiones coronarias crónicas utilizando el sistema láser excimer.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional reprospectivo de 5 pacientes con lesiones coronarias crónicas en los que se ha realizado angioplastia coronaria con láser excinter, desde Junio del 2011 hasta Febrero del 2012.

RESULTADOS: De los 5 pacientes tratados en ninguno se había intentado el tratamiento de la lesión por otros métodos .El resultado fue satisfactorio en 4 casos. El caso fallido fue debido a imposibilidad de cruce.En ninguno de los 4 casos restantes se presentaron complicaciones debidas a la técnica con láser.
Se ha elaborado un protocolo de actuación enfermería.

CONCLUSIONES: El escaso número de procedimientos, unido a la necesaria curva de aprendizaje del personal, no permite sacar conclusiones definitivas en nuestra unidad. Podemos afirmar que es un procedimiento con prometedores resultados. El desarrollo de un protocolo nos permite aumentar la calidad de los cuidados de enfermería.

CATETERISMO CARDIACO: ABORDAJE FEMORAL VS RADIAL COMPLICACIONES QUE REQUIEREN CUIDADOS DE ENFERMERIA

March Ortiz, A; Castañ Navarro, I;
Consorcio Hospital General Universitario Valencia

INTRODUCCIÓN: El cateterismo cardiaco es una técnica invasiva, que permite el análisis morfológico y funcional de las cavidades cardiacas.

Actualmente, distinguimos entre el abordaje femoral (vía de elección rutinaria para la mayoría de hospitales 90%) y el abordaje radial (10% aunque mantiene un incremento progresivo), dependiendo del tipo de abordaje, las posibles ventajas y complicaciones /efectos adversos para el paciente varían.

OBJETIVO: Analizar las complicaciones más frecuentes que requieren cuidados de enfermería.

METODOLOGÍA: El estudio realizado comprende una muestra de 186 pacientes en nuestro hospital, dentro del servicio de hemodinámica, con ingreso en la sala de cardiología o de forma ambulatoria, en el intervalo de enero a junio de 2011. Se analiza la aparición de los siguientes efectos adversos: Sangrados, hematomas, alergias al contraste y pseudoaneurismas.

RESULTADOS:
Se evidencia nuestro estudio obteniendo los siguientes resultados:

- SANGRADOS: AR < 0’5% AF < 1%
- HEMATOMAS: AR <1% AF <2%
- ALERGIAS AL CONTRASTE (Reacciones Tardías): AR 0% AF < 0’5%
- PSEUDOANEURISMAS: No hay datos registrados en nuestra unidad. Mayor incidencia con Stents.

Los criterios empleados fueron los siguientes:

- Test de Allen positivo ≥ a 10s.
- Tener un buen pulso radial.

CONCLUSIONES: Utilizar la vía de acceso radial reporta notables ventajas para el paciente, así como una disminución de complicaciones que requieran intervenciones enfermeras, este estudio plantea su eficacia en aquellos casos en los cuales sea posible técnica de elección.

OPTA A PREMIO

LA SUPERVISIÓN EN LAS UNIDADES DE HEMODINÁMICA. SUPERVISAMOS...??

Fernández Esteban, T; Alonso Gonzalez, M.J; Hernández Sánchez, M; Coca Hernando, M; García Melchor, R; Blanco Hernández, S; Ruiz Puparelli, S; Pedraz Cacho, R; Santos Morin, M; García Vidal, M.J; Perez Prieto, M;

Hospital Clínico. Salamanca

INTRODUCCIÓN:

Son numerosas las funciones de nuestro puesto de trabajo como supervisores. En algunas unidades, bien diferenciadas de la hospitalización, la complejidad del equipamiento y material requiere la dedicación de un alto porcentaje de tiempo de la jornada de trabajo, lo que puede dificultar la propia acción de supervisar.

OBJETIVOS:

Conocer algunos aspectos de la supervisión en las Unidades de Hemodinámica en nuestro país, y proponer acciones de mejora en la gestión, que contribuyan a aumentar la calidad de los cuidados que ofrecemos a nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se elaboró un cuestionario que se envió a los supervisores/as de Enfermería de diferentes unidades de Hemodinámica del país. El tratamiento de los datos se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS:

• La mayor parte del tiempo de trabajo de los supervisores/as es empleado en la gestión de recursos materiales. El tiempo dedicado a la supervisión directa es inferior al 10% de la jornada en la mayoría de las unidades.

• La colaboración, ayuda e implicación en la gestión del equipo hacia el supervisor/a es considerada óptima sólo en el 11,5 % de los casos.

CONCLUSIONES:

1. El tiempo dedicado a la gestión de recursos materiales es elevado, y la causa más importante del escaso tiempo dedicado a la supervisión junto al equipo de enfermería y el paciente. Sería deseable disponer de más tiempo para ello.

2. La mejora en los sistemas de gestión de material, y una mayor colaboración e implicación de todos, podría incidir en una mejor gestión del tiempo del supervisor/a, y facilitaría la interrelación como partes de un equipo de trabajo.

COMUNICACIONES LIBRES

Viernes 4
Sala B - 09:00-10:00

VALORACIÓN NUTRICIONAL EN UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

Romero Aniorte, A.I; Quintana Giner, M; Grácia Ródenas, M.R; Fernández Redondo, M.C;

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

INTRODUCCIÓN: El sobrepeso, fuertemente asociado con el riesgo de enfermedad coronaria, presenta una prevalencia muy elevada en la población española. Durante la hospitalización, la prescripción dietética inadecuada, ocasiona un desajuste entre la cantidad de energía y nutrientes ofrecida y la verdaderamente ingerida.

El papel de enfermería en éste aspecto está descrito en los Diagnósticos Enfermeros NANDA.

OBJETIVO: Valorar el cumplimiento nutricional durante el ingreso y la adecuación de la prescripción dietética.

MÉTODO: Estudio observacional prospectivo de los pacientes ingresados en el S. Cardiología.

Entrevista nutricional: Registro diario de la ingesta de alimentos de los pacientes.
Valoración antropométrica: peso, talla e índice de masa corporal (IMC). La clasificación de sobrepeso se hizo a partir del IMC >25 (SEEDO-2007).
Test de Cribado Nutricional NRS-2002, Índice de comorbilidad de Charlson e Índice de Katz.

RESULTADOS: Se incluyeron 100 pacientes: el 12% tenían un peso normal, 2% infrapeso y el 86% sobrepeso. Un 4% presentó riesgo de desnutrición.
En nuestra población con sobrepeso (86%), estaría recomendado realizar una reducción calórica de la dieta según la SEEN, de una mediana de 228 (p25:181-p75:297) kcal/día, lo que se traduce en una reducción del 13,1% (10,8-15,6). Sin embargo, se realizó una reducción de 148 (+36-317) kcal/día durante la hospitalización (8,4% (+2,3-1,5). Además, un 18,6 % consumen alimentos adicionales que le proporcionan sus familiares.

Los pacientes comen sólo un 68,8 % (54,7-81,3) de la dieta prescrita. Existe correlación r=-0,32 entre el grado de dependencia y la ingesta real de la dieta prescrita (p=0,002).

CONCLUSIÓN: Es necesario prescribir la dieta hospitalaria del paciente de manera individualizada, ajustada a las medidas antropométricas y factor de enfermedad.

Enfermería debe implementar el control nutricional del paciente para asegurar un estado nutricional óptimo.

OPTA A PREMIO

EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA MEDIANTE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DURANTE UN EVENTO AGUDO

Mesa Rico, R; Rejón Amores, M; Timonet Andreu, E; Rodríguez Alarcón, P; Amor Perino, T; Rodríguez Martínez, J.L.;

Unidad de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El abandono del hábito tabáquico reduce la mortalidad en pacientes que han sufrido un episodio coronario, por lo que la motivación de estos pacientes para dejar de fumar es muy elevada. El objetivo del estudio es evaluar la efectividad de un programa de deshabituación tabáquica en pacientes que han sufrido un evento agudo coronario.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio cuasiexperimental prospectivo de 47 pacientes fumadores que ingresaron en la unidad de cardiología en un periodo de 6 meses, incluidos en un programa de deshabituación tabáquica. Una vez detectado el paciente fumador se le realizó una entrevista de enfermería en la que se detectó el grado de motivación para dejar de fumar, el nivel de dependencia a la nicotina.

RESULTADOS:

Se observó una abstinencia a los tres meses del alta del 53,2% entre los enfermos con procesos agudos cardiológicos, un 46,8% que no consiguieron el cese tabáquico, de los que el 25,5% redujo el consumo y el 21,3% continuó fumando como al inicio de su proceso. De los pacientes fumadores que respondieron al test de Richmond, el 21,2% tuvo una motivación nula o dudosa, el 4,2% tuvo una motivación moderada y el 74,4% una alta motivación para dejar de fumar después del proceso coronario agudo. En cuanto al test de Fagerström el 27,6% tuvo un nivel de dependencia bajo, el 44,6% fue moderado y el 27,8% tuvo un alto nivel de dependencia a la nicotina.

CONCLUSIONES:

La hospitalización en una unidad de cardiología después de un evento coronario agudo es un buen momento para que se inicie un programa de deshabituación tabáquica. Proporcionar las herramientas adecuadas para el abandono tabáquico pone a la disposición de los enfermos coronarios hospitalizados los recursos que le permitan decidir con la mayor libertad.

PALABRAS CLAVE:

Cesación tabáquica; Fumadores hospitalizados; Enfermedad coronaria. Tabaquismo.

SÍNDROME DE BURNOUT: ¿CÓMO AFECTA LA ACTUAL SITUACIÓN DE CRISIS ECONÓMICA EN EL ÁMBITO LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA?

Canals de la Vega, L; Bacaicoa Parrado, P; Cabrera Molina, G.M; Díaz Herrera, V; García García, J; Gea Valero, M; Porcel Arrebola, E; Rebollo Lozano, C; Sainz Magrans, S; Valle Pérez, Y;

Servicio de Cardiología y Cirugía Cardiaca
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico cuando las estrategias de afrontamiento no pueden reducirlo. Identificado por agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y baja realización personal (RP), afecta al 20% de los profesionales sanitarios apuntando a ser la primera causa de absentismo laboral. Debido a la actual crisis y a los recortes sanitarios, el trabajo del personal de enfermería puede afectarse.

OBJETIVOS:
• Comparar y analizar el síndrome burnout entre el personal de enfermería de nuestra unidad, en dos periodos, 2010 y 2012.

MATERIAL Y MÉTODO:
• Estudio descriptivo observacional sobre una muestra de 29 profesionales durante enero del 2010 y 33 durante enero del 2012.
• Recogida de variables sociodemográficas y laborales.
• Aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) y valoración de aspectos específicos de nuestra unidad.

RESULTADOS: Se formaron dos grupos de profesionales de la misma unidad, los encuestados en 2010 (29) y 2012 (33). Como resultados del MBI un 41,37% / 30,31% obtuvieron puntuación alterada de RP; 37,9% / 39,39% DP y 48,3% / 60,60% AE. Presentaron mayor alteración de una subescala: Edad 30-40 años (50% / 62,50%), estado civil soltero (83,30% / 88,88%) y trabajadores con hijos (61,10% / 64,28%).

Respecto al estrés por situaciones específicas en nuestra unidad destacaron: “la respuesta de los facultativos de guardia” (9,65% / 23,33%), “trabajar los festivos” (10,34% / 21,33%) y “la presión que ejercen otros servicios para el traslado de los pacientes” (24,13% /32,66%).

CONCLUSIONES: El personal continúa presentando niveles altos de burnout. Con la actual crisis, la AE y DP empeoran respecto al 2010; ha aumentado la RP probablemente por querer demostrar nuestra profesionalidad. Creemos útil generar programas preventivos, no consensuados aún por la falta de importancia que dan a este hecho ciertos cargos hospitalarios. Nuestro estudio sigue siendo extrapolable a otras unidades.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGIA

Laveda Lopez, P; Dolera Martinez, A; Alacid Gonzalez, N; De la Torre Merelles, B;

Hospital Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud

OBJETIVO: Identificar los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes ingresados en una unidad de cardiología

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha realizado un estudio descriptivo prospectivo de los pacientes ingresados en la unidad de cardiología desde noviembre de 2009 a noviembre de 2010. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (dislipemias, HTA, tabaquismo y diabetes) y patología cardiaca.

RESULTADOS: Se han estudiado 379 pacientes, con una edad media de 67,44 años y un 62,4% de hombres.

La prevalencia de dislipemia fue del 65,1%, de HTA el 76,2%, de tabaquismo del 21,5% y de diabetes el 39,3%.

El 64,95 de los pacientes ingresados presentaban como principal patología cardiaca la cardiopatía isquémica (CI), el 22,1% alteración del ritmo, el 6,9% insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), 4% valvulopatia y el 2,1 % miocardiopatia.

Los pacientes con alteraciones del ritmo presentaban dislipemias un 43,4%, HTA un 73,5%, habito tabaquito un 14,6% y diabetes 32,5%.

Los pacientes con valvulopatias presentaban dislipemias el 60%, HTA el 93,3%, eran fumadores el 13,2% y diabéticos el 40%.

Las dislipemias estaban presentes en el 72,2% de los pacientes con CI, la HTA en el 75,3%, el habito tabaquito en el 24,7% y la diabetes el 39,8%.

Los pacientes con ICC presentaban dislipemias el 73,1%, HTA el 88,5%, eran fumadores el 15,4% y diabéticos el 53,8%.

Entre los pacientes con miocardipatias predominaban las dislipemias con un 75%, la HTA y la diabetes con un 50% y el hábito tabaquito un 25%.

CONCLUSIONES: La patología cardiaca mas prevalente entre nuestros pacientes es la cardiopatía isquémica.

El factor de riesgo cardiovascular que presentan nuestros pacientes en mayor porcentaje es la HTA.

Los pacientes con ICC son los que presentan mayor porcentaje de factores de riesgo cardiovascular.

COMUNICACIONES LIBRES

Viernes 4
Sala C - 09:00-10:00

¿PODEMOS HACER DESENSIBILIZACION PRECOZ DE FORMA SEGURA EN ALERGICOS A AAS CON SCA?

Rodríguez Carcelen, M.D; Iglesias Mier, T.M; Garcia_Casarrubios Jimenez, J.; Gomez Martinez, O.; Cordoba Soriano, J.G; Gutierrez Diez, A.; Jimenez Mazuecos, J.M; Gallardo Lopez, A.; Valle Muñoz, A.;

Complejo Universitario Hospitalario de Albacete

OBJETIVO: Evaluar eficacia y seguridad de un protocolo de desensibilización rápida a AAS en alérgicos a AAS con Síndrome Coronario Agudo (SCA).

MÉTODO: Estudio descriptivo de pacientes atendidos por SCA en 2011 con alergia a AAS, sometidos a protocolo de desensibilización rápida al fármaco, consistente en dosis crecientes de AAS cada 15 minutos (0.1; 0.3; 1; 3; 10; 25; 50; 100 mg), previa medicación con antihistamínicos y corticoides o antileucotrienos. Se describen: características basales, antecedentes, tipo alergia, momento desensibilización, éxito, complicaciones, tipo de SCA, utilización stent. A largo plazo se comprueba la continuidad del tratamiento o el motivo de su supresión.

RESULTADOS: Se desensibilizaron 11 pacientes: 54% hombres, edad media 67±12 años, 91% Hipertensos; 64% Diabéticos, 45% Dislipémicos, 36% fumadores y 27% con antecedentes isquémicos. El protocolo se aplicó en las primeras 72 horas de ingreso. Fue precateterismo en 5 pacientes y postprocedimiento en 4, no realizándose cateterismo en 2. En 5 existía enfermedad multivaso y a 8 se implantó 1 o más stent. En 4 pacientes existía antecedente de alergia sin clínica definida. En los otros 7 la mayoría fueron de tipo respiratorio, con antecedente de anafilaxia en 4. No se realizaron pruebas de provocación por estar contraindicadas. El protocolo finalizó con éxito en el 100%. Solo hubo una complicación cutánea, no impidiendo la finalización del protocolo. El seguimiento medio fue 167 días. En 3 casos se retiró el AAS: 2 por causa digestiva y otro por razón desconocida. Se constató un éxitus en una paciente por rotura cardiaca durante el ingreso. Un paciente reingresó por causa cardiológica sin necesidad de nueva revascularización.

CONCLUSIÓN: La aplicación precoz de un protocolo de desensibilización rápida al AAS es eficaz y seguro en pacientes alérgicos al fármaco que precisen doble antiagregación en contexto de SCA

PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN EL USO DE CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS: ¿SUSTITUCIÓN DEL CATÉTER PERIÓDICAMENTE O SEGÚN SIGNOS CLÍNICOS?

Gómez Cárcaba, M.O; Gutierrez Matos, G.; Martín Sanz, A.; Del Río Martín, R.; Sanz Tinaquero, H.; García García, S;

Hospital Universitario Río Hortega

INTRODUCCIÓN:

La terapia intravenosa se ha ido extendiendo hasta hacerse imprescindible en la práctica médica actual, desarrollando la enfermera una intensa actividad en torno a ella.

Una de las complicaciones más comunes de esta terapia es la flebitis. Generalmente aparece a nivel local, ocasionando incomodidad al paciente, pero si progresa a nivel sistémico puede causar una morbilidad considerable, prolongación del ingreso hospitalario y aumento del gasto sanitario.

Ahora que la seguridad del paciente se sitúa en el centro de todas las políticas sanitarias, toma especial importancia la prevención de complicaciones, principalmente las relacionadas con la infección, así como lograr un equilibrio entre dicha seguridad y los costes.

OBJETIVO:

Analizar la incidencia de flebitis asociada al uso de catéteres venosos periféricos (CVP), los factores relacionados con su aparición y el beneficio de cambiar periódicamente el catéter cada 72-96 horas, versus según signos clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio transversal y prospectivo durante dos meses sobre la incidencia de flebitis asociada a los CVP en 297 pacientes, 183 hombres y 114 mujeres, utilizando un registro que recoge los datos sobre los pacientes, la flebitis y su evolución.

RESULTADOS:

La incidencia de flebitis fue del 8,7%. El 100% de pacientes a los que se administró vancomicina presentaron algún grado de gravedad. 220 pacientes no presentaron reacción, manteniendo el catéter una media de 3,69 días, 26 pacientes desarrollaron flebitis, manteniendo el catéter una media de 3,26 días.

CONCLUSIONES:

La flebitis se relacionó con algunos fármacos administrados. No encontramos evidencia sobre el beneficio de cambiar los CVP entre 72 y 96 horas. Cambiándolos solamente cuando esté clínicamente indicado, se produciría un ahorro de costos, de dolor innecesario a los pacientes y se reducirían los tiempos de enfermería.

OPTA A PREMIO

¿DÓNDE INGRESAN LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACION DEL ST?

Pérez Ortega, S; Vidorreta Gracia, S; Eseverri Rovira, M; Casal Rodríguez, J; Vivas Tovar, ME; Andrés Casamiquela, E;

Hospital Clínico y Provincial de Barcelona

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST(SCASEST) de alto riesgo requieren ingresar en unidades con monitorización. Debido a la gran demanda y la falta de camas, un grupo de estos ingresan en la sala de cardiología.
Las guías clínicas no proporcionan cual es la mejor ubicación de estos pacientes según su perfil de riesgo.

OBJETIVO: Determinar la seguridad de los pacientes con SCASEST en función de sus características y la unidad de ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo prospectivo de mayo a diciembre del 2011 de pacientes con SCASEST con descenso del ST y/o troponinas positivas.
Se compararon en función de la unidad de ingreso, el perfil clínico y el tratamiento recibido.

RESULTADOS: De un total de 173 pacientes con SCASEST, 89(51%) ingresaron en la Unidad Intermedios(UI) frente a 73(42%) en sala de cardiología y 11(6%) en Unidad Coronaria(UCO). La edad media fue 68±11, 77±10 y 71±6 respectivamente. En la UI se realizó cateterismo a un 85% de pacientes vs un 56% en la sala y al 100% en la UCO. Se realizó prueba de esfuerzo a un 16% de pacientes en UI vs un 33% en sala. El TIMI fue 3,74±1,47 en UI, un 4,27±1,22 en sala y un 4,55±1,22 en UCO.
El evento más prevalente fue el dolor torácico sin cambios eléctricos. Se registraron 6 muertes, 3 en sala, 2 en UCO y 1 en UI.

CONCLUSIONES: Los pacientes con SCASEST actualmente ingresan en UI que poseen los medios y personal de enfermería cualificado para atenderlos con seguridad.
Debido a la gran demanda asistencial y escasez de camas con monitorización, un gran número de pacientes con SCASEST a los que se decide tratamiento conservador, pueden ingresar en las salas de cardiología para estabilización de su enfermedad.

OPTA A PREMIO

INFECCIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICAS DE MARCAPASOS Y DESFIBRILADORES IMPLANTABLES. SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

Carmona Heredia, AM; Aguirre Montoya, JC; de Lera Martínez, MJ; Pinedo Iguiñez, MM; de Castro Arizmedi, R;

Hospital Universitari Joan XXIII

INTRODUCCIÓN

El implante o recambio de marcapasos o desfibrilador implantable (DAI) es una técnica invasiva que precisa la máxima esterilidad en quirófano y posteriores curas por enfermería.
El objetivo es detectar precozmente infecciones de la herida quirúrgica en el implante o recambio de dispositivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo de curas realizadas durante 2010 y 2011 en gabinete de cardiología. Se recogieron variables demográficas, las relacionadas con el implante del dispositivo y con las curas. Se consideró infección el inicio de antibioticoterapia y la reintervención para limpieza o explantación del dispositivo.
Se citaron los pacientes al cuarto o quinto día del alta, posteriormente a los 10-12 días para retirar puntos. Ante la sospecha de complicaciones se tomaron las medidas oportunas de forma consensuada entre enfermería, cardiólogo y medicina preventiva. El análisis estadístico se realizó con SPSS 16.

RESULTADOS

295 pacientes, 62.7% hombres, mediana de edad 77.1 años (RIC 68.8-82.4). La incidencia acumulada durante 2 años de infección fue 4,1% (12 pacientes), tres explantaciones del sistema, una limpieza quirúrgica y ocho infecciones solucionadas con tratamiento antibiótico y curas.
Las variables asociadas significativamente a la infección fueron el sexo masculino (91,7% vs 61,4%; p 0,035) y la edad (69,9 años; RIC 55-76 vs 78,1 años; RIC 69-83; p 0,003), con tendencia no significativa el implante de DAI con más de un electrodo (60% vs 27,3%)
Los signos locales relacionados significativamente con la infección fueron apósito sucio (41,7% vs 1,7%), inflamación (41,7% vs 11,9%), enrojecimiento (25% vs 5,5%), visualización de punto interno (16.7% vs 0,4%) y supuración (41,7% vs 0,8%).

CONCLUSIONES

La valoración temprana de complicaciones de la herida quirúrgica facilita una respuesta rápida y eficaz ante infecciones, permitiendo mediante curas sistemáticas y antibioticoterapia oral evitar la explantación del sistema.

EFECTIVIDAD DEL APÓSITO TRANSPARENTE PARA LA FIJACIÓN DE CVC EN LA UNIDAD CORONARIA. COMPARACIÓN DE DOS SISTEMAS: APÓSITO TRANSPARENTE Y APÓSITO DE GASA

Palomino Alba, J; Aranda Nevado, C; Montiel Molina, S; Lopez Serral, C;

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona

INTRODUCCIÓN En la unidad coronaria de nuestro centro, ingresan 850 pacientes/año. Para el manejo, control y estabilización del período crítico es necesario la colocación de un catéter venoso periférico o central. Los protocolos existentes en materia de infección nosocomial indican su fijación con apósitos transparentes de poliuretano, siendo una limitación el exceso de sudoración y sangrado. En las unidades coronarias esta limitación es más evidente dado el uso de tratamientos antitrombótico y/o antiagregante.

OBJETIVO: Evaluar la efectividad del uso del apósito transparente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo desde agosto de 2011 de enfermos a los que se implanta un catéter central en nuestro turno, en 2 grupos de 50 (A; apósito transparente, B; apósito gasa) elegidos aleatoriamente al azar con posibilidad de realizar seguimiento 72hs.

Las variables dependientes serán las horas a las que se cambia el apósito, motivo y signos de infección.

RESULTADOS: De 57 pacientes iniciales, 18 reciben alta antes 72 horas. De los 39 restantes, al 97% se implanta catéter venoso periférico, a 15 (grupo A) se coloca apósito transparente y 24 (grupo B) de gasa. Al implantarlos el 80% del grupo A precisa cambio a gasa por sangrado, a las 24 horas sólo el 66% del grupo A y el 50% del B permiten mantener/cambiar a apósito transparente. A las 48 horas el 86,6% y 79% respectivamente y a las 72 horas el 86,6% y 87,5%. Sólo 5 pacientes no sangraron, todos con apósito de gasa inicialmente, 3 se cambiaron regladamente aunque también sangraron, 1 por suciedad y sangrado y 1 se perdió accidentalmente, solo 4 presentaron eritema (75% del grupo A, aunque precisaron uso de ambos apósitos). El 64% de los apósitos transparentes colocados a las 24 horas se mantuvieron hasta el final.

CONCLUSIONES: La única ventaja en la elección de un tipo de apósito u otro sería de orden económico y el ahorro del 36% del tiempo de enfermería a partir de las 24 horas.

CASOS CLÍNICOS

Jueves 3
Sala A - 17:30-18:30

COMPLICACIONES EN UNA PORTADORA DE MARCAPASOS DEFINITIVO. CASO CLÍNICO

Varela Tomé, MD; Díaz Porta, MC; Rodríguez Freire, MR; Sabater Sánchez, MC;
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN: El implante de marcapasos definitivo está indicado en pacientes que presentan bradiarritmias, bloqueos cardíacos, enfermedad del nodo sinusal y taquiarritmias que no responden a fármacos y comprometen la vida.

DESCRIPCIÓN: Mujer de 53 años que ingresó para explante del marcapasos por infección de bolsa y sospecha de endocarditis .El marcapasos le fue implantando por disfunción sinusal en el año 92. Desde 2006, 3 ingresos por sintomatología en bolsa del generador, recibiendo en todos ellos terapia antibiótica y 3 intentos de explante sin éxito.

Se retiró el marcapasos infectado, quedando pendiente de implantar uno nuevo en un segundo tiempo.

Recibió antibioterapia intravenosa, precisando implante de PIC que fue retirada a las 24 horas por flebitis, pasando a antibióticos orales al no tener acceso venoso disponible.

Confirmado el diagnóstico médico de endocarditis, presentó otros problemas como una importante alergia a electrodos de la telemetría y apósitos adhesivos tanto de la herida como de las vías, estreñimiento crónico que empeoró con la hospitalización, náuseas, insomnio y dolor agudo.

La paciente recibió el alta tras ser valorada por el servicio de arritmias y no presentar indicación de nuevo implante.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS: Elaboramos un plan de cuidados individualizado, utilizando el modelo de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NIC - NOC.

Diagnósticos enfermeros: ESTREÑIMIENTO, INSOMNIO, ANSIEDAD, DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA, DOLOR, NÁUSEAS.

Problemas de colaboración: RIESGO DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS: CATÉTER VENOSO -CENTRAL O PERIFÉRICO
RIESGO DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS: HERIDA QUIRÚRGICA

REFLEXIÓN: El proceso enfermero es un proceso continuo y dinámico, donde una vez que la enfermera evalúa puede ver como va evolucionado la persona y redirigir los objetivos (o resultados) y las intervenciones para solucionar los problemas que vayan apareciendo. En este caso, al alta desaparecieron los diagnósticos de: ansiedad, náuseas, insomnio y dolor agudo, persistiendo el estreñimiento y el deterioro de la integridad cutánea, delegando su posterior seguimiento en la enfermera de enlace comunitaria.

OPTA A PREMIO

MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN PACIENTE CON DISTROFIA MUSCULAR DE BECKER

Rossi López, M; Abella Arcos, J; Pereira Ferreiro, A; Pérez Taboada, M; Roca Canzobre, S;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN: La distrofia de Becker es un trastorno hereditario que consiste en una debilidad muscular de las piernas y la pelvis que empeora lentamente. Los primeros síntomas aparecen hacia los 10 años de edad. La mayoría de los pacientes presenta algún grado de compromiso cardíaco y un tercio desarrolla una miocardiopatía dilatada con insuficiencia cardíaca.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 36 años con miocardiopatía dilatada secundaria a distrofia de Becker que ingresó por empeoramiento de su situación clínica, con limitación de su vida basal por disnea de reposo.
Se trasladó a nuestra UCI por episodio de bajo gasto donde precisó balón de contrapulsación, aminas y después implantación de la asistencia ventricular tipo Impella, entrando en urgencia cero para trasplante.
Permaneció consciente hasta que se trasplantó tras 19 días en la unidad.
Post-trasplante presentó leucoencefalopatía posterior reversible, cursando con hemiplejia derecha, edema cerebral e hipertensión intracraneal.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS:
Destacamos dos diagnósticos de enfermería:
Temor r/c su proceso patológico m/p nerviosismo y llanto. Resultados: Autocontrol del miedo. Intervenciones: Aumentar el afrontamiento. Apoyo emocional.
Deterioro de la movilidad física r/c trastorno neuromuscular y hemiplejia derecha m/p disminución de la fuerza y masa muscular y dificultad para moverse en cama. Resultados: Movilidad. Función esquelética. Intervenciones: Terapia de ejercicios: control muscular. Prevención de caídas. Vigilancia de la piel.
Problema de colaboración:
Trastorno del ritmo cardíaco. Resultados: Efectividad de la bomba cardíaca. Intervenciones: Cuidados cardíacos agudos.

REFLEXIÓN: La evolución fue favorable. Al alta estaba hemodinámicamente estable, consciente y tranquilo aunque con lagunas de memoria. Comenzaba a movilizar hemicuerpo derecho y la piel no presentaba alteraciones. Fue esencial la modificación periódica del plan de cuidados para un manejo adecuado del paciente.
Resaltar que ante estas patologías es imprescindible la coordinación con otros profesionales, fundamentalmente fisioterapeutas, psicólogos y trabajadores sociales.

SÍNDROME DE QT LARGO. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Rúa Pérez, MC; Suárez Fontaíña, EM; Fariñas Garrido, MP; Sabater Sánchez, MC;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de QT largo se caracteriza por una grave alteración en la repolarización ventricular traducida en el electrocardiograma por un alargamiento del intervalo QT predisponiendo a arritmias ventriculares malignas y por consiguiente a muerte súbita. Este síndrome puede ser de origen genético o adquirido.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO: Mujer de 38 años que presentó episodio de FV en domicilio. Se realizó cateterismo cardíaco: coronarias sin lesiones significativas. Durante su estancia en UCI presentó otro episodio de FV y otras complicaciones.
No antecedentes ni factores de riesgo cardiovascular.
La paciente llegó consciente pero con alteración de la memoria reciente. Deterioro de la movilidad física que la incapacitaba para caminar precisando primero silla de ruedas y luego andador. Deterioro de la mucosa oral por aftas por lo que sólo toleró dieta líquida y luego túrmix. Desequilibrio nutricional. Presentó varios síncopes por hipotensión debido al tratamiento con betabloqueantes.
Diagnóstico: Síndrome de QT largo de causa genética.
Se implantó un desfibrilador automático.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS: La planificación de los cuidados de enfermería fue encaminada a conseguir la autonomía e independencia de la paciente. Para ello utilizamos el modelo de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NIC, NOC.

Encontramos los diagnósticos: Deterioro de la movilidad física. Intolerancia a la actividad. Déficit de autocuidado: alimentación, baño, vestido, uso del WC. Deterioro de la memoria. Riesgo de caídas. Deterioro de la mucosa oral.

CONCLUSIONES: La aplicación de un plan de cuidados individualizado garantizó la seguridad de la paciente y promovió su autonomia. La paciente recibió el alta con independencia total para realizar las actividades de la vida diaria.

CUIDADOS DE ENFERMERIA A UNA PACIENTE CON MIOCARDIOPATIA DILATADA Y TRATADA CON INFUSIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

Muñoz Villarreal, AB; Cepas Sosa, A; Luque Serrano, ML;

Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba

INTRODUCCIÓN: Paciente mujer de 49 años, fumadora de cinco cigarros al día, menopausia precoz.

Antecedente familiares: padre fallecido tras trasplante cardiaco. Hermano fallecido de IAM a los 45 años.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Ingresa por presentar desde hace tres meses disnea progresiva hasta llegar a un grado funcional III-IV, lo que traducimos en el diagnóstico de enfermería: intolerancia a la actividad (00092), relacionado con disnea y frecuencia cardiaca anormal.

La paciente se somete a un cateterismo para la infusión de progenitores hematopoyéticos y a otro posterior a los seis meses para reevaluación. Como consecuencia de esto obtenemos los diagnósticos:

Riesgo de infección relacionados con procedimientos invasivos (00004)
Deterioro de la movilidad física (00085)

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS: Nuestro objetivo es conseguir a través de intervenciones de enfermería mejorar los diagnósticos tras el tratamiento y reevaluación.

El método a utilizar seria el estudio descriptivo del plan de cuidados que se realizó a la paciente basado en la taxonomía NANDA

REFLEXIÓN SOBRE EL CASO: La paciente ingreso con disnea grado funcional III-IV, tras la reevaluación mejora a grado funcional I y tras la ecografía se demuestra que recupera la fracción de eyección de un 27% a un 41%.

El diagnóstico de intolerancia a la actividad desaparece y la paciente se va de alta con el diagnóstico disposición para mejorar los conocimientos. (00161)

OPTA A PREMIO

MANEJO DE LA INFECCION EN DISPOSITIVO DE CIERRE ARTERIAL FEMORAL TRAS CATETERISMO: PLAN DE CUIDADOS CON PLATA Y ANTIBIOTICOS COMO ALTERNATIVA A LA CIRUGIA VASCULAR

García González, RF; Gago Fornells, M; Martínez García, PL; Shorbaji Puertas, L; López Sinoga, M; Bentolila Hachuel, C; Suplet González, MJ;

Hospital Universitario De Puerto Real

INTRODUCCIÓN

La vía femoral es actualmente el accesos más utilizados para la cateterización cardiaca. para el cierre se utilizan distintos tipos de dispositivos siendo la infección de este dispositivo muy infrecuente (< 1%) aconsejándose su retirada mediante cirugía vascular femoral.

DESCRIPCIÓN CASO

Paciente de 62 años que acude a nuestro servicio por dolor y molestias en región inguinal derecha posterior a cateterismo coronario presentando: eritema creciente en zona de punción, calor, febrícula, exudado purulento y molestias que le impedían deambular.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Valoración inicial según modelo de Virgina Henderson, diagnósticos NANDA adecuados y resultados e intervenciones enfermeras según las taxonomías NOC NIC. Informamos al paciente y familia de las posibles alternativas para resolución del problema: Intervención quirúrgica por Cirugía Vascular o abordaje de la infección mediante curas en ambiente húmedo (CAH) con Plata, y antibioterapia sistémica, consensuándose de forma conjunta la segunda opción. Durante las curas realizamos limpieza con Polihexanida solución y aplicación de alginato de Ag, espuma de silicona y curas cada dos-tres días espaciándolas posteriormente consiguiendo cicatrización y epitelización de la herida en 45 días. Ecografías de control no mostraron imágenes intravasculares a ese nivel, no evidenciándose pseudoaneurisma arterial ni otro tipo de complicaciones vasculares.

CONCLUSIONES

- CAH como alternativa ante este tipo de situaciones con respecto a otras más agresivas.
- Abordaje integral y multidisciplinar del paciente
- Reducción de la ansiedad y angustia en paciente y familia.
- Optimización de los recursos tanto humanos y económicos.
- Disminución de los riesgos derivados de una intervención quirúrgica.
- Aplicación de un plan de cuidados personalizado.

OPTA A PREMIO

PLAN DE CUIDADOS POST-QUIRÚRGICOS EN IMPLANTE DE ASISTENCIA CIRCULATORIA MECÁNICA

Medina Carrillo, V; Blázquez Jiménez, I; Pacheco Sánchez, E; Gutiérrez Asensio, B; Salas Olivares, A;

Hospital 12 de Octubre

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardiaca avanzada o refractaria es la última fase de la insuficiencia cardiaca. Los pacientes con esta enfermedad requieren múltiples ingresos hospitalarios y la única alternativa posible de tratamiento a largo plazo es el Trasplante Cardiaco. Debido a que el número de donantes de órganos es limitado, se considera que el uso dispositivos de asistencia ventricular permanente es una alternativa válida para salvar la vida de estos pacientes. El objetivo de este póster es dar a conocer esta alternativa, considerada en los medios de divulgación como un trasplante de corazón artificial.

DESCRIPCIÓN: Paciente de 74 años que tras ser diagnosticado de Insuficiencia Cardiaca Refractaria a tratamiento en 2009, fue valorado para Trasplante Cardiaco en Febrero de 2011 siendo desestimado por comorbilidades asociadas, por lo que se apostó por la implantación de un dispositivo de asistencia ventricular permanente y de uso domiciliario tipo Heartmate II, el primero en este país.

Los diagnósticos de enfermería más relevantes están relacionados con la adaptación en su domicilio al dispositivo, el buen manejo del régimen terapéutico y la prevención de infecciones, aspectos directamente relacionados con su calidad de vida y la disminución de la mortalidad. Tras una valoración de los patrones funcionales según M. Gordon se procede a crear un plan de cuidados según la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

REFLEXIÓN: La cirugía se practicó con éxito en Mayo de 2011 la evaluación de los resultados es muy satisfactoria considerando que la supervivencia en estos casos al año es del 52% y del 23% a los 2 años y que nuestro paciente actualmente lleva una vida independiente realizando correctamente el régimen terapéutico.

OPTA A PREMIO

TAQUICARDIA BIDIRECCIONAL: COMO AFRONTAR EL RIESGO DE MUERTE SUBITA

Molina Ruiz, MT; Lozano Ortega, MC; Nieto Garcia, E; Lerma Barba, D; Rodriguez Morales, MM;

Hospital Clínico San Cecilio de Granada

OBJETIVO:

Nuestro trabajo esta centrado en una paciente diagnosticada de taquicardia bidireccional catecolaminérgica, es una enfermedad poco prevalente, pero con graves consecuencias: un alto riesgo de muerte súbita.

Nuestro objetivo fue proporcionar a la paciente y a su familia una información completa y adecuada sobre su enfermedad. Acompañándoles siempre en la gestión de la información. Ayudándolos a afrontar sus miedos y a tomar decisiones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para la realización de este trabajo, se hizo una busqueda bibliografiaca en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane, Scielo y Cuiden.

La información obtenida nos sirvió para documentarnos a la hora de realizar nuestro plan de cuidados, formulado con diagnósticos NADA.

DESARROLLO:

El caso que hemos abordado es el de una mujer de 28 años, que ingreso con un diagnostico de taquicardia bidireccional, ligado a un riesgo importante de muerte súbita.

Durante su ingreso la paciente debió enfrentarse a los miedos que la evolución de la enfermedad le fue produciendo.

En un primer momento debimos abordar su miedo a la muerte y de forma paralela la ansiedad que esta situación produce en su entorno familiar.
Nuestro objetivo fue actuar sobre el control de la ansiedad y del miedo.
La evolución del proceso, la enfrento al implante de un DAI, y a la alteración de su imagen corporal.

Nuestra meta: la adaptación a los cambios en el aspecto físico y su autoestima.
Por último debimos enfrentar el miedo a la reinserción laboral, nos planteamos como objetivo: la adaptación psicosocial y el cambio de vida

CONCLUSIONES:

La información, la comunicación abierta y el apoyo continuado a lo largo de la enfermedad, mejoraron el afrontamiento y por consiguiente la evolución de la enfermedad.

OPTA A PREMIO

CASO CLÍNICO: MUERTE SÚBITA

Núñez López, JC; Farias Martín, M; Redondo González, AI; García Coco, C; Barba Tejedor, S; Paramio Matias, MC;

Hospital Clinico Universitario de Salamanca. Unidad de Coronarias

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso de un hombre de 44 años que sufre parada cardiaca por fibrilación ventricular. Se realizó desfibrilación saliendo a ritmo sinusal. Se le sometió a hipotermia inducida terapéutica evitando el daño por hipoxia cerebral. Pasando a Coronarias para su recuperación.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO: El objetivo fue elaborar un plan de cuidados de enfermería, fijándonos en las posibles secuelas neurológicas derivadas de la terapia por hipotermia. Centrándonos en los diagnósticos de: Temor; Deprivación del sueño y Perfusión tisular ineficaz: Cerebral. Aplicamos la Taxonomía NANDA - NOC- NIC y el modelo conceptual de Virginia Henderson.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS: En el temor, los indicadores fueron: Autocontrol del miedo y nivel del miedo, potenciando las actividades de seguridad y disminución de la ansiedad.
La deprivación del sueño. Se valoró el descanso y el equilibrio emocional, realizando intervenciones para mejorar el sueño.
En la perfusión tisular inefectiva: cerebral. Valoramos la cognición y el estado neurológico: conciencia del paciente. Mejorando de la perfusión cerebral y controlando la monitorización neurológica.

REFLEXIÓN SOBRE EL CASO:
En la evaluación de resultados vimos:
• El temor evolucionó desde a veces demostrado a siempre demostrado. Y el nivel del miedo, pasó de sustancial a ninguno.
• La deprivación del sueño, conseguimos que el descanso fuera desde comprometido a levemente comprometido. El equilibrio emocional, pasó de demostrado a siempre demostrado.
• La perfusión tisular ineficaz: Cerebral. La cognición, estuvo moderadamente comprometida, pasando a no comprometida. La conciencia pasó de moderadamente comprometida a no comprometida.
El facilitar el acompañamiento familiar, así como proporcionar estímulos externos, ayudan a su recuperación neurológica.

BENEFICIOS DE LA HIPOTERMIA INDUCIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Muñoz Castro, C; Aranda Nevado, M.C; Beneitez Vaquero, J; Berdonces Gago, A;

Hospital Universitario Germans Trias I Pujol

INTRODUCCIÓN: Estadísticamente se contabilizan más de 24.500 personas que sufren parada cardiorespiratoria extrahospitalaria. Hay una escasa supervivencia asociada a múltiples secuelas neurológicas provocadas por la hipoxia cerebral, según bibliografía consultada.
La hipotermia moderada inducida a 32º-34ºC disminuye el metabolismo cerebral y, por tanto, las necesidades de oxigeno. Con ello conseguimos una protección cerebral durante las primeras 24h post paro cardiorespiratorio.
Nuestro objetivo es describir el uso de la hipotermia y los cuidados específicos que requirió nuestra paciente y sus familiares.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Paciente de 45 años madre de dos niños (17 y 20 años) , divorciada. Laboralmente activa, sin antecedentes médicos ni familiares relevantes. Fumadora. El día 02/01/2012 sufrió un paro cardiorespiratorio presenciado en el centro de atención primaria, precisando de 45 min de reanimación cardiopulmonar. A la llegada a nuestro centro se inicia protocolo de hipotermia.

PLAN DE CUIDADOS: Se elaboró con las taxonomias NANDA, NIC y NOC. Donde los diagnósticos más relevantes fueron: Termorregulación inefectiva, Riesgo de infección, Afrontamiento familiar comprometido e Interrupción de los procesos familiares. Con la colaboración de la madre y hermana de la paciente, se hizo la recogida de datos según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

CONCLUSIÓN: El conocimiento de la técnica y la anticipación de los problemas reales y potenciales, ayudó a la resolución eficiente de los mismos y aportó cuidados de calidad asistencial.

IMPLANTE TRANSAPICAL DE "VÁLVULA DENTRO DE OTRA VÁLVULA". ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Mogollon Cardero, P; Gil Alvarez, R; Pereira Leyenda, B;

Hospital Meixoeiro (quirófano cirugia cardiaca)

OBJETIVOS:
Protocolizar la actuación de enfermería durante el proceso quirúrgico
Demostrar la necesidad de un equipo multidisciplinar en este procedimiento

MATERIAL Y MÉTODOS:
Mujer de 85 años y 45 Kgr de peso sometida a reemplazo valvular aórtico mediante prótesis biológica en 1997. Tras 9 años, presenta degeneración estructural progresiva de la prótesis. Considerando el alto riesgo quirúrgico (FEVI 38%, EUROSCORE 33,27%, Ao en porcelana y arterias ilíacas calcificadas), se decide la implantación de una nueva prótesis vía transapical.
Durante la cirugía participa un equipo multidisciplinar (cirujanos, hemodinamista, anestesista, cardiólogo, técnico de Rx, 4 enfermeras (perfusión, 2 instrumentistas y circulante), auxiliar y celador. El trabajo de enfermería se realizó mediante el uso de protocolos de actuación:

- enfermera circulante (preparación del paciente, comprobación historia clínica)
- enfermeras instrumentistas (una, preparación material quirúrgico, hemodinámico, … y preparación de la prótesis)

enfermera perfusionista (controles heparinización y recuperación celular)

RESULTADOS:
Se disminuyó la ansiedad del paciente debido al adecuado conocimiento de la técnica quirúrgica por parte del personal de enfermería.

Se realizó una exhaustiva monitorización del paciente, para el adecuado control de las constantes durante todo el procedimiento

CONCLUSIÓN:
El uso de protocolos de enfermería durante estos procedimientos quirúrgicos mejoran la actuación de enfermería así como la disminución de infección sobre la válvula. Además, una buena coordinación entre el equipo multidisciplinar reduce los tiempos quirúrgicos.

CASOS CLÍNICOS

Jueves 3
Sala B - 17:30-18:30

SÍNDROME CORONARIO AGUDO O MIOCARDITIS; NO ES ORO TODO LO QUE RELUCE

Sáez Jiménez MR; Sanmiguel Cervera D; Zamorano LLuesma M;

Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico del SCA se establece inicialmente con criterios clínicos, electrocardiográficos y analíticos. Aunque finalmente el diagnóstico definitivo se establece mediante pruebas de imagen, permitiendo así realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías no coronarias que comparten similitudes.

OBJETIVO: Describir como el seguimiento clínico y la evolución de la enfermedad orientó al diagnóstico definitivo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 40 años con 3 episodios de dolor torácico, irradiado a cuello-trapecios de más de 30 minutos de duración, uno de ellos en reposo. Como antecedentes destacan: tabaquismo, y padre con SCA a los 52 años. Los ECG seriados objetivan cambios clínicos con aparición ondas de isquemia, lesión subepicardica y necrosis inferior. Analíticamente presenta elevación biomarcadores cardiacos .Ingresa en Unidad Coronaria con el diagnóstico de SCASEST, permaneciendo asintomático. A los dos días se traslada a la sala de Cardiología, se completa estudio con ecocardiograma, objetivando ligera hipocinesia de pared posterobasal. Durante su estancia en sala se realiza ecocardiograma-doppler sin hallazgos relevantes.
En control rutinario, enfermería objetiva pico febril en el contexto de odinofagia con hipertrofia amígdalas pultáceas. Comunicándolo al cardiólogo que decide suspender el cateterismo previsto. Se solicita RMN con patrón subjetivo de miocarditis.

REFLEXIÓN: La presentación del cuadro clínico, las alteraciones en el ECG y la determinación de las enzimas cardiacas, sin otros antecedentes ni síntomas relevantes, hicieron en este caso un erróneo diagnóstico de entrada, fue la atención de enfermería y la coordinación entre profesionales la que permitió determinar el diagnóstico de certeza. Nos lleva a pensar la importancia de la atención y el registro de los cuidados de enfermería, así como su formación para detectar las señales y síntomas de alarma, que en este caso, que presentaba poca repercusión en la clínica, apoyaron y colaboraron en la determinación del diagnóstico miocarditis aguda frente al SCA.

OPTA A PREMIO

ECMO: ESPERANDO UN CORAZÓN

Pereira Ferreiro, A; Rossi López, M; Roca Canzobre, S;
Pérez Taboada, M; Abella Arcos, J;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN: Presentamos un caso de implantación de una asistencia cardiopulmonar tipo ECMO (oxigenador de membrana extracorpórea) como puente al trasplante cardíaco.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 37 años sin antecedentes cardiovasculares que acude a urgencias por dolor abdominal y persistencia de cuadro de tos, disnea y fiebre.
Se realizó colecistectomía laparoscópicapor colecistitis aguda, necesitandoreintervención por sangrado. En quirófano presentó PCR, y precisó maniobras de RCP avanzada durante 15 minutos.
Se trasladó a nuestra unidad hemodinámicamente inestable, con aminas y ventilación mecánica invasiva. Se colocó balón de contrapulsación, swan-ganz y se inició protocolo de hipotermia terapéutica. Un ecocardio evidenció una disfunción biventricular severa y se implantó el ECMO. Después se comprobó el estado neurológico y la no recuperación de la función cardíaca, incluyéndola en urgencia cero para trasplante.
Tras 16 días en ECMO se realizó el trasplante, con buena evolución, siendo alta en una semana.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS: Valoración de enfermería siguiendo el modelo conceptual de Henderson y según la taxonomía NANDA II los principales diagnósticos fueron: disminución del gasto cardíaco (00029), riesgo de sangrado (00206), riesgo de infección (00004) y riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047). Post-trasplante destacaríamos la ansiedad (00146), debido al impacto emocional que le supuso asimilar lo sucedido.
Las intervenciones enfermeras se basaron en una estricta monitorización hemodinámica, respiratoria y analítica, en la detección precoz de hemorragias y en la prevención de infecciones y de úlceras por decúbito, además de los cuidados del sistema ECMO según protocolos de la unidad. Posteriormente fue fundamental el papel de la enfermería en la disminución de la ansiedad.

REFLEXIÓN: La colocación del ECMO permitió a la paciente mantenerse estable y en óptimas condiciones mientras esperaba la llegada de un corazón.

OPTA A PREMIO

VALORACION FAMILIAR CON TEST DE APGAR EN PACIENTE JOVEN PORTADOR DE DAI

Lara Lara, MD; Segura Saint-Gerons, C; Mengibar Pareja, V;

Hospital Universitario "Reina Sofia"

INTRODUCCION: La funcionalidad familiar esta relacionada con el proceso de salud-enfermedad. Una familia que funciona adecuada o inadecuadamente puede contribuir a desarrollar problemas de salud o contrarresta su efecto.

DESCRIPCION DEL CASO CLINICO: Varón de 13 años, recientemente diagnosticado de miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO) que sufrió fibrilación ventricular(FV) con parada cardiorrespiratoria (PCR) recuperada mediante cardioversión eléctrica, ingresando en la Unidad de cuidados intensivos(UCI) con signos de encefalopatía anóxica y recuperación completa , implantándosele desfibrilador automático implantable (DAI). Tuvo varias descargas inapropiadas precisando reprogramación del dispositivo y por aumento de impedancia recambio del electrodo. Esta situación generó un temor irracional en la familia, originando un desajuste familiar que repercute en todos los miembros de la familia. En la 1ª revisión se hizo valoración de enfermería del paciente y valoración familiar con test de Apgar. Para la descripción del caso clínico utilizamos el modelo de Virginia Henderson y Taxonomía NANDA, NOC y NIC y el test de Apgar familiar.

DIAGNOSTICO, PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS: Los diagnósticos de enfermería fueron : Afrontamiento familiar comprometido manifestado por sobreprotección patológica el paciente relacionado con descargas inapropiadas del DAI.

Test de Apgar familiar inicial 5 , final 8. Los NOC, resultado inicial(RI) : afrontamiento de los problemas de la familia: (RI: 2) , resultado final (RF) (RF: 5).La valoración NOC :Normalización de la familia (RI: 2) , (RF:5) Los NIC empleados fueron: Apoyo a la familia, aumento del afrontamiento , fomento de la normalización de la familia.

CONCLUSIONES: Al realizar los cuidados planificados y evaluar los NOC la evolución fue favorable alcanzando la máxima puntuación, afrontando la familia la nueva situación familiar con confianza y seguridad.

LA EDUCACIÓN Y LA GESTIÓN DE CUIDADOS ¿INFLUYE EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE UN PACIENTE PORTADOR DE ASISTENCIA VENTRICULAR DE LARGA DURACIÓN? ESTUDIO DE UN CASO

Nebot Margalef, M; Asensio Flores, S; Barbosa Torralbo, MJ; González Costello, J; Manito Lorite, N;

Hospital Universitario de Bellvitge

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con Insuficiencia Cardiaca tratados con asistencia ventricular (AV) de larga duración, han mejorado de forma drástica los resultados de supervivencia, capacidad funcional y calidad de vida debido a los avances tecnológicos, selección de pacientes adecuados, mejor manejo peri y postoperatorio y enfoque multidisciplinario.

DESCRIPCION CASO: EGM, 56 años, policía municipal, casado y una hija:
• Diciembre1999 Infarto Agudo Miocardio. A la semana alta Edema Agudo Pulmón (EAP) y Fracción Eyección (FE)17%
• Febrero2000, dilatación ventrículo. FE:30-35%, Presión Arterial Pulmonar (PAP): 51
• Hasta2009, Tratamiento médico, controles frecuentes
• Agosto2009, DAI bicameral
• Julio2010, Descompensación, ingreso hospitalario, estudio pretrasplante:
  · Coronariografía: Enfermedad tres vasos
  · Cateterismo derecho: PAP:60, Presión Capilar Pulmonar:27, Índice Cardiaco:21.
    Criterios reversibilidad
  · Colonoscopia: masa ángulo esplénico. Resección.
  · Se decide actitud expectante para el trasplante.
• Octubre2011, insuficiencia cardiaca refractaria tratamiento. Se considera paciente tributario de implante asistencia ventricular larga duración como puente trasplante. Test de 6':315 mts, 1parada, Börj 14. QOL: regular.
•24 noviembre implante AV tipo INCOR

PLAN CUIDADOS: Antes implante:
• Déficit conocimientos AV y su manejo: paciente, familia, personal sanitario.
  • Sesiones informativas- educacionales de manejo del sistema AV al personal
    sanitario.
  •Información paciente y familia idoneidad tratamiento, beneficios, inconvenientes
Después implante:
• Déficit conocimientos autocuidado: paciente y familia
  · Paciente: Enseñar manejo dispositivo, alarmas y actuación.
  · Familia: Enseñar curas herida . Enseñar manejo, alarmas y actuación.
• Riesgo infección y Riesgo integridad cutánea:
  · Hospital
  · Domicilio
• Nivel ansiedad

REFLEXIÓN: La educación sanitaria en gestión de cuidados de enfermería ante una situación nueva tanto para personal sanitario como para paciente y familia nos ayuda a planificar, unificar criterios, evitar futuras complicaciones, favoreciendo el autocuidado, manteniendo o mejorando la capacidad funcional y calidad de vida del paciente

OPTA A PREMIO

ARTERITIS DE TAKAYASU: A PROPÓSITO DE UN CASO

Arrola Cantero, I; Santos González, G; Ortego Bilbao, I; Tellechea Rodriguez, O;

Hospital Universitario Cruces

INTRODUCCIÓN: La arteritis de Takayasu, también conocida como enfermedad sin pulso, es una arteritis de grandes vasos, de etiología desconocida, que afecta principalmente a la arteria aorta y sus ramas principales. Es más frecuente en mujeres menores de 40 años, especialmente de origen asiático ó africano, siendo poco común en nuestro entorno. Las manifestaciones clínicas tanto inflamatorias como isquémicas dependerán de los vasos afectados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer, 40 años, antecedentes: HTA, IRC, ICTUS, anemia, cardiopatía isquémica con IAM anterior. Repetidos ingresos por IC sin mejoría con situación funcional III/IV de NYHA. Implantación de DAI, siendo desestimada para trasplante cardiaco. Fallecimiento posterior por fracaso multiorgánico.

PLAN DE CUIDADOS: Personalizado y continuo, siguiendo los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon y las Taxonomías NANDA-NOC-NIC. Siendo un proceso largo y complejo se elaboró un plan de cuidados para el paciente cardiaco y las últimas intervenciones se centraron en el apoyo emocional (5270) y el cuidado en la agonía (5270).

REFLEXIÓN: Tratándose de una patología de difícil manejo, la enfermería tiene la necesidad de crear planes de cuidados individualizados así como aportar medidas de alivio para procurar una muerte digna.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UNA PACIENTE, QUE SE LE REALIZÓ UNA AMPUTACIÓN, TRAS IMPLANTE DE BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN

Simoni Pedrera, R; Arroyo Morón, F; Mengibar Pareja, V;

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN: Paciente de 80 años que ingresó en cardiología el 30/10/2011, por disnea y dolor torácico. Se realizó cateterismo diagnóstico el 03/11/2011 y cateterismo terapéutico el 04/11/2011 con implantación de stent, presentando sangrado en femoral derecha. Se implantó balón de contrapulsación y se consiguió sacarla de circulación extracorpórea. Se produjo nuevo ingreso el 12/12/2011 para amputación de miembro inferior.

OBJETIVOS: Describir a través de las etiquetas diagnósticas, intervenciones y objetivos, los resultados en este caso clínico. Conseguir: la mayor independencia posible para las actividades de la vida diaria y disminuir el dolor.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo del plan de cuidados que se le realizó a está paciente, basado en la Taxonomía NANDA, NIC y NOC

RESULTADOS: Después de las intervenciones de enfermería para los diagnósticos NANDA: Intolerancia a la actividad (00092); dolor agudo (00132). Los resultados fueron: Intolerancia a la actividad del 1 al 3. Dolor agudo del 1 al 3.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON MEDIASTINITIS POST QUIRURGICA RESUELTA CON VAC

Irizar Jauregui, FI; Reparaz, AP;

Complejo Hospitalario de Navarra

INTRODUCCION: La causa más frecuente de mediastinitis es la cirugía cardiovascular La mediastinitis post esternotomía tiene una frecuencia comunicada en diversos estudios que oscila entre el 1 y el 5%, con una morbilidad de hasta el 50% y una mortalidad del 14 - 47% El tratamiento de un paciente con mediastinitis puede requerir procedimientos quirúrgicos después del diagnóstico. El uso del sistema VAC ha demostrado ser eficaz en su resolución.

DESCRIPCIÓN: Varón de 50 años . AP: Miopía . Disección aortica tipo A, subaguda, complicada con insuficiencia aortica severa. Cirugias : Disección de Aorta 2006 y posterior aneurisma de Arco intervenido en Oct. 2008. Ingresa por tumefacción dolorosa sobre manubrio esternal. Diagnosticado de Pseudoaneurisma de Arco Aortico con alteración grave de la coagulación. Tras 3 semanas la herida continúa con mala evolución presentando tejido posiblemente fistuloso con origen mediastinico. Se interviene nuevamente para extraer alambres esternales. Se coloca sistema VAC consiguiendo la resolución del problema. Actualmente continua con sus heridas en buen estado , régimen de vida aceptable.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS: El objetivo fue crear un plan de cuidados individualizado, desde una visión bio- psico social, basada en el modelo de Virginia Henderson con taxonomía NANDA, NOC Y NIC.

REFLEXIONES: El plan de cuidados se muestra como la manera mas adecuada de tratar a un paciente desde la perspectiva de enfermería. Se adapta a las diferentes necesidades de cada individuo, a su situación clínica y respuestas humanas durante el proceso.

ECMO: UN CASO CLÍNICO.

Moreno Zorrilla, FV; Perez Rodriguez, MT; Puentes Gonzalez, L; Poza Dominguez, A;
Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN: El sistema ECMO (Extracorporeal membrane oxygenation) es una medida de soporte circulatorio y/o respiratorio capaz de sustituir las funciones de ventilación, oxigenación y bombeo. Permite mantener una oxigenación y perfusión adecuados hasta 4 semanas o hasta la recuperación del cuadro clínico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO: Se presenta un caso clínico de un varón de 65 años que ingresa en la unidad procedente de quirófano, tras la realización de Bypass x2 de safena a DA y OM, con cirugía extracorpórea de 74 minutos. Precisa soporte inotrópico con adrenalina, transfusión de concentrados hemáticos y ventilación mecánica. Portador de introductor en subclavia izquierda con catéter de doble luz, catéter radial izquierdo, 4 cables de marcapasos y 3 tubos de drenaje torácico.
El paciente es reintervenido por sangrado y coágulo en pericardio con datos de taponamiento. Se diagnóstica de shock cardiogénico precisando soporte mecánico con BIACP y ECMO. Como complicaciones presenta isquemia en miembro inferior izquierdo, síndrome compartimental, rabdomiolisis, insuficiencia renal y sepsis.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS: Elaboramos un plan de cuidados individualizado según el modelo conceptual de Virginia Henderson y Taxonomías NANDA, NIC, NOC. Seleccionamos los indicadores y las intervenciones para los problemas detectados.
Indicadores:,Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Riesgo de infección. Riesgo de sangrado. Deterioro del intercambio gaseoso. Riesgo de disminución del gasto cardíaco. Perfusión tisular periférica ineficaz. Riesgo de disminución tisular cardíaca. Perfusión tisular: cardiopulmonar inefectiva. Riesgo de perfusión renal ineficaz. Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz. Riesgo de shock.
Intervenciones: Monitorización de constantes. Cuidados cardíacos agudos. Cuidados del paciente encamado. Control de la infección y cuidados con el aparataje.

REFLEXIÓN SOBRE EL CASO: La colaboración y coordinación del equipo multidisciplinar permitió en este caso la mejoría del paciente.

OPTA A PREMIO

GESTANTE DE 24 AÑOS DIAGNÓSTICADA DE TAQUICARDIA VENTRICULAR NO SOSTENIDA (TVNS). PLANIFICACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Arnaiz Villanueva, N; Navarro Díaz, M; García López, V; Casado Dones, MJ; Oya Luis, I; Martín López, P; Aguilar Casado, C; Juárez Bonilla , M; Martín Rodríguez, M; Hernández Rivas, AA;

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

INTRODUCCIÓN: La taquicardia ventricular no sostenida (TVNS) representa una entidad arrítmica significativa dado que está demostrada su relación con la precipitación de taquicardia ventricular sostenida o muerte súbita.
El embarazo incrementa la incidencia de diversas arritmias, la evaluación invasiva es complicada y para su tratamiento se requieren consideraciones especiales. Las arritmias pueden ser de novo o pueden ser exacerbadas por el embarazo.
La taquicardia ventricular, pueden causar compromiso hemodinámico con consecuencias para la madre y el feto.

DESCRIPCIÓN: Se trataba de una mujer de 24 años, de 26 semanas de gestación que acudió al hospital por presentar cinco episodios presincopales con pérdida de conciencia en una ocasión.
Coincidiendo con Holter ambulatorio tuvo un episodio de palpitaciones sin pérdida de conocimiento que correspondía a registro de TVNS.
Ante la imposibilidad de completar el estudio con una Resonancia Magnética con contraste, y un Estudio Electrofisiológico por la situación de gestación, se decidió su estancia en la unidad de cardiología con monitorización continua del electrocardiograma hasta el momento del parto.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS: Se ideo un plan de cuidados enfermeros personalizados basados en las 14 Necesidades de Virginia Henderson y en la taxonomía NANDA, NIC y NOC, desde el ingreso hasta el momento del alta tras el parto.

REFLEXIÓN SOBRE EL CASO: Al tratarse de una mujer joven y embarazada, la planificación de los cuidados fue muy diferente a la normalmente llevada a cabo en nuestra unidad.
Los cuidados fueron dirigidos a su patología cardíaca, al embarazo, y posteriormente cuidados perinatales del bebé.
La imposibilidad de la paciente de salir de la unidad durante el ingreso aumento las demandas de atención por parte del equipo de enfermería.

CONFLICTO DE INTERESES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR ANTE UN PACIENTE CON ASISTENCIA VENTRICULAR EN SITUACIÓN TERMINAL. ¿QUIÉN ESCUCHA LA OPINIÓN DE LA ENFERMERA?

Arnaiz Villanueva, N; Navarro Díaz, M; García López, V; Antequera Guirado, A; Soria Gómez, T; Fernández Balcones, C; Briceño Hinojo, A; Hernández Bermúdez, M; Muñoz Gadea, A; Hernández Rivas, A;

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

INTRODUCCIÓN: ¿Quién pone el límite cuando la tecnología falla? ¿Dónde quedan los derechos al final de la vida?

La persona que se encuentra en el proceso final de su vida tiene derecho a que respeten sus decisiones sobre los tratamientos y cuidados que desea recibir. Toda intervención en este ámbito precisa el consentimiento libre y voluntario del paciente. Las asistencias ventriculares mejoran la supervivencia y calidad de vida en pacientes en los que fracasa el resto de intervenciones y que no son candidatos a trasplante cardiaco.

Sin embargo no siempre se consigue el objetivo deseado y no todos los pacientes con una Asistencia Ventricular Interna (AVI) mejoran, convirtiéndose en pacientes crónicos con pluripatologías y con un dispositivo que les mantiene con vida.

DESCRIPCIÓN: Paciente de 72 años con una Miocardiopatía dilatada isquémica y con empeoramiento progresivo de la clase funcional (III avanzada) rechazado en dos centros para Trasplante Cardiaco. Se le implantó una AVI como terapia destino.

El paciente tuvo múltiples complicaciones post implante: Disfunción del ventrículo derecho; Varios episodios de sangrado digestivo; Infección del cable de salida del dispositivo.

Cada complicación fue tratada pero la AVI no llego a funcionar de manera adecuada.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS: Cuidados enfermeros personalizados basados en las 14 Necesidades de Virginia Henderson y en la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

REFLEXIÓN SOBRE EL CASO: Haciendo uso de los fundamentos de la bioética; principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, se deberían tener en cuenta las decisiones tanto del paciente como de la familia.

La proporcionalidad de las medidas terapéuticas, evitando los tratamientos fútiles y la obstinación terapéutica debería ser una premisa ante un paciente terminal.

COMUNICACIONES PÓSTER FÓRUM

Jueves 3

Sala C - 17:30-18:30

CUIDADOS Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: DEL HOSPITAL A CASA

Suárez Fontaíña, EM; Rúa Pérez, MC; Fariñas Garrido, MP; Sabater Sánchez, MC;
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica que produce un deterioro progresivo, es grave, incapacitante y cursa con periodos de crisis.

Las causas más frecuentes son: cardiopatía isquémica e hipertensión. También por valvulopatías, miocardiopatías, cardiopatías congénitas, alcoholismo y otras drogadicciones.

Supone un importante problema de salud porque su incidencia va en aumento, provoca gran mortalidad y un gran deterioro de calidad de vida, por tanto, consume muchos recursos. Con el fin de reducir el número de ingresos, mantener un vínculo estable, optimizar el tratamiento y en resumen mejorar la supervivencia nace el PROMICAS.

OBJETIVOS: Protocolizar el alta de pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca para facilitar el paso del hospital a casa.

MATERIAL Y METODOS: Realización plan de cuidados con los diagnósticos de enfermería más prevalentes, siguiendo la Taxonomía II de la NANDA.
Educación sanitaria: charlas informativas y entrega trípticos informativos
Planificación del alta de enfermería.

RESULTADOS: Diagnósticos más prevalentes: intolerancia a la actividad, exceso de volumen de líquidos, manejo inefectivo del régimen terapéutico, déficit de conocimientos y ansiedad
Elaboración de Alta Especifica de Enfermería.

CONCLUSIONES: La aplicación de un plan de cuidados estandarizado, es de vital importancia en el manejo de estos pacientes, siendo primordial a la hora de elaborar el alta de enfermería.

La educación sanitaria permitirá al paciente un mejor conocimiento de su enfermedad, de los hábitos de vida, así como el manejo de los síntomas.

El PROMICAS es un proceso asistencial integrado que debe ser iniciado y finalizado en atención primaria, permitiendo que los cuidados enfermeros no se pierdan en el tránsito del hospital a casa.

OPTA A PREMIO

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UCI CARDÍACA. LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Abella Arcos, J; Pereira Ferreiro, A; Rossi López, M; Roca Canzobre, S; Pérez Taboada, M;

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN: Diversos estudios demuestran que un 10% de los pacientes hospitalizados sufre algún evento adverso como consecuencia de la actividad sanitaria y que un 50% podrían evitarse aplicando prácticas seguras, lo que disminuiría la morbimortalidad de estos pacientes.
Este problema cobra vital importancia en las Unidades de Cuidados Intensivos, tanto por la complejidad de los enfermos atendidos como por el número de recursos materiales y humanos utilizados.
En nuestra unidad disponemos de diferentes herramientas encaminadas a garantizar la seguridad del paciente.

OBJETIVOS: Identificar las prácticas seguras de enfermería en nuestra unidad para proporcionar una asistencia sanitaria más segura.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión bibliográfica de las estrategias nacionales y de los protocolos internos relacionados con la seguridad del paciente y gestión del riesgo sanitario. Asistencia a las II Jornadas de Calidad de nuestro hospital.

RESULTADOS: Identificación inequívoca del paciente: pulsera identificativa en todo momento.
Hoja de valoración de enfermería al ingreso: fundamental para planificar unos cuidados individualizados de calidad.
Check-List del Paciente Crítico: cumplimentación de las preguntas diarias.
Escala de Braden: valoración diaria del riesgo de úlceras por presión.
Valoración del riesgo de caídas y lesiones.
Informe de alta de enfermería: necesario para garantizar la correcta transmisión de la información y la continuidad de los cuidados.
Aplicación del Protocolo de Higiene de Manos y de los Proyectos de Bacteriemia Zero y Neumonía Zero, para reducir las infecciones adquiridas durante el proceso asistencial.
Cumplimiento de las recomendaciones para el uso de medicamentos potencialmente peligrosos.
SINASP: Notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

CONCLUSIONES: Garantizar la seguridad del paciente debe ser una prioridad para enfermería, siendo necesario fomentar y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad entre los profesionales.
Es fundamental la correcta cumplimentación de los registros y una adecuada formación continuada que garanticen unos cuidados de calidad.

OPTA A PREMIO

PROTOCOLO DE ACOGIDA DEL PACIENTE CORONARIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pereira Ferreiro, A; Rossi López, M; Abella Arcos, J; Pérez Taboada, M; Roca Canzobre, S;

Complejo Hospitalario Universitario da Coruña

INTRODUCCIÓN: La acogida del paciente, tanto consciente como inconsciente, se lleva a cabo con el fin de proporcionarle los cuidados inmediatos que garanticen una atención integral y de calidad.

OBJETIVO: Elaborar un póster donde se describa qué recursos tenemos que preparar para recibir a un paciente, cuáles son las intervenciones de enfermería al ingreso y cómo debe ser la atención a la familia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se creó un grupo de trabajo para revisar el protocolo de acogida del paciente coronario existente en nuestra unidad y se realizó una búsqueda bibliográfica para actualizarlo.

RESULTADOS: Se elaboró un póster en el que hacemos una descripción detallada de:

• Material a preparar: monitor, toma de oxígeno, bombas de infusión, aparato de EKG…

• Intervenciones de enfermería al ingreso del paciente: monitorización continua; administración de oxígeno; verificación de catéteres venosos y/o arteriales, drenajes, ostomías, heridas y sondajes; controles analíticos y electrocardiográficos; valoración y planificación de los cuidados de enfermería y registro en la historia. En enfermos conscientes es importante que se sienta en un ambiente seguro; debemos presentarnos, explicarle donde está y los procedimientos que se le van a realizar, ofrecerle el timbre…

• Recibir a la familia y proporcionarle la información que precise: presentarse y explicar las normas básicas de funcionamiento de la unidad, informar sobre el horario y número de visitas, transmitir seguridad…

CONCLUSIONES:

Al unificar criterios se facilita el trabajo a todos los profesionales que atienden al paciente.

El póster es una herramienta útil que sirve de guía visual tanto para el personal de plantilla como para el de nueva incorporación y el itinerante.

OPTA A PREMIO

PROTOCOLO DEL TRASPLANTE CARDÍACO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Rossi López, M; Abella Arcos, J; Roca Canzobre, S; Pérez Taboada, M; Pereira Ferreiro, A;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN: Las peculiaridades del trasplantado cardíaco y su situación crítica en el postoperatorio inmediato, nos llevó a plantearnos la necesidad de actualizar su protocolo de acogida para garantizar unos cuidados integrales y de calidad.

OBJETIVO: Sintetizar en un póster los recursos materiales y humanos necesarios, las intervenciones con el paciente y su familia, así como los controles, registros y signos de alarma a tener en cuenta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión de los protocolos de acogida del postoperado cardíaco en general y del trasplantado en particular de nuestra Unidad, y actualización de los mismos mediante revisión bibliográfica y análisis de la evidencia basada en nuestra experiencia.

RESULTADOS: Elaboramos un póster donde se expone el contenido del protocolo actualizado de recepción del trasplantado cardíaco, destacando:

- Preparación del lóbulo de trasplante, manteniendo las medidas de Aislamiento tipo A.
- Monitorización de las constantes vitales.
- Conexión a ventilación mecánica y terapia de óxido nítrico (si procede).
- Controles analíticos, electrocardiográficos, radiológicos, etc.
- Administración de sedoanalgesia, inmunosupresión, perfusión de isoproterenol y otros fármacos pautados; sueroterapia y hemoderivados.
- Cuantificación estricta del drenaje torácico y de la diuresis.
- Precaución ante la aparición de signos de alarma.
- Atención, si portara, a aparataje más específico: hemofiltro, BIACP, asistencia ventricular, etc.
- Cumplimentación de registros y justificación de acciones.
- Información a la familia de las normas internas de la unidad y ofrecerles disponibilidad y apoyo.

CONCLUSIONES: La colocación del póster en un lugar visible servirá como guía para que todo el personal lo utilice como herramienta para proporcionar unos cuidados integrales y estandarizados al paciente recién trasplantado.

ENLACE PRIMARIA-ESPECIALIZADA: PERCEPCIÓN DE LA UNIDAD DE IC DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ENFERMERÍA DE AP

Gracia Ródenas, R; Fernández Redondo, M.C.; Romero Aniorte, A.I.;

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

INTRODUCCIÓN.

Tras la puesta en marcha de la UIC en enero del 2008 en nuestro hospital, decidimos implicar activamente a todos los profesionales responsables y coordinadores de cada uno de los niveles asistenciales de los que el paciente depende, con el fin de detectar posibles deficiencias y así planificar áreas de mejora, que proporcionen una calidad asistencial integral, la satisfacción del paciente, familia y personal de ambos ámbitos sanitarios.

MÉTODO

• Reunión enfermera UIC-AP con Dirección de Especializada y coordinadores de los Centros de Atención Primaria del Área (14).
• Formación específica del personal de Primaria, implicado en el proceso: prácticas asistenciales 2-3 días / Centro, en la UIC
• Elaboración de encuesta de 5 items (años de experiencia, áreas de trabajo, expectativas, grado de satisfacción y propuestas de mejora), a cumplimentar por enfermería de AP.

OBJETIVOS

Mejora de la UIC desde el punto de vista del enfermero de AP: comunicación, optimización de recursos y mejora de calidad asistencial.

RESULTADOS

De los 14 centros, 1 no respondió a la encuesta. De los 13 restantes, un 100% coincidió en la necesidad de mejorar el espacio físico y un 50% detectó deficiente la comunicación actual. El resto de ítems les parecieron adecuados, cumpliendo sus expectativas en el 100% y con un grado de satisfacción general bueno, sólo 1 de los Centros, lo catalogo como excelente.
Con estos resultados, nuestras inquietudes y la colaboración del resto del servicio, conseguimos un espacio físico más idóneo, cubriendo necesidades antes subestimadas.
1.Ubicación de UIC en espacio físico más adecuado, con accesibilidad del paciente a las diferentes especialidades.
2. Identificación adecuada de área de enfermería y médica.
3. Mejoría evidente de la carga de trabajo de enfermería.

OPTA A PREMIO

CONSULTA DE ENFERMERIA EN FASE III DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA Y REHABILITACION CARDIACA

Ramón Carbonell, M; Martínez Hernández, MM; Hernández Castellón, CM; Hernández Hernández, I;

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

INTRODUCCION: Los estudios realizados en los últimos años constatan cifras elevadas de abandono tras dos años del diagnóstico de enfermedad crónica.
Para mantener la adherencia de los pacientes en un programa de RHC la enfermería especializada debe desarrollar un plan de cuidados a largo plazo coordinado con el resto de profesionales y con atención primaria. Hemos creado la Consulta de Enfermería de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardiaca en fase III.

OBJETIVOS
• Mantener a largo plazo los cambios en los hábitos de vida que se iniciaron en fase II.
• Controlar los factores de riesgo cardiovasculares.
• Fomentar la continuidad de la actividad física.
• Promover el asociacionismo de los pacientes y colaborar en actividades educativas.

METODOLOGIA: Póster forum descriptivo donde desarrollamos la actuación de enfermería en fase III.
Creamos un programa de sesiones periódicas para el control y evaluación de la enfermedad. Estableciéndose visitas periódicas y a demanda del paciente.
Trabajamos:
• controles de factores de riesgo y parámetros antropométricos
• revisión de diagnósticos de enfermería
• seguimiento del plan de ejercicio domiciliario
• seguimiento de sintomatología y consumo de fármacos
Realizamos labores de coordinación y derivación a otros profesionales: consultas de enfermería especializada, centro de atención a drogodependencias, psicóloga clínica y trabajador social.
Iniciamos la creación de una “Escuela de pacientes para pacientes” y recordatorios telefónicos.
Colaboramos activa con asociaciones de pacientes en actividades de educación sanitaria.

CONCLUSIONES: Este programa de cuidados enfermeros, diseñado a largo plazo, intenta aumentar el porcentaje de pacientes y familiares que mantienen su adherencia a los patrones saludables adquiridos durante la fase II y cumplir con los objetivos en prevención secundaria.

AVANCES EN ELECTROFISIOLOGÍA. ABLACIÓN REMOTA CON ROBOT AMIGO. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA

Herreros Gil, M; Cabrerizo Sanz, MP; Sanchez Sanchez, ML; Cerron Rodriguez, VB; Nuñez Chavarry, J; Capote Toledo, ML; Gacimartin Garcia, RM; Soto Martínez, AS; Jiménez Murcia, JM;

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN:

• Se trata de un sistema de control remoto para la realización de ablación de arritmias cardiacas.
• Puede combinarse con el uso de navegadores lo cual permite la realización de mapas en tres dimensiones de la anatomía cardiaca.
• Conlleva un conocimiento, manejo y montaje de material estéril por parte de Enfermería.
• Supone un avance en las ablaciones con menor cantidad de escopia.

OBJETIVOS:

• Protocolizar las actuaciones de enfermería en la preparación y realización de ablación de arritmias.
• Lograr el mejor resultado en la técnica y el mayor grado de confort en los cuidados.

DESCRIPCIÓN:

• Información al paciente: explicamos al paciente la realización del procedimiento y resolvimos las dudas sobre la técnica a la que se iba a someter.
Diagnóstico de enfermería: temor, disposición para mejorar los conocimientos.
NIC: disminución de la ansiedad, enseñanza: procedimiento/ tratamiento.
NIC: monitorización de signos vitales, precauciones cardiacas.
NOC: autocontrol del miedo, satisfacción del paciente: comunicación.
• Montaje de los componentes estériles del robot.
NIC: manejo de la tecnología, colaboración con el médico, coordinación preoperatoria, cuidados cardiacos, disminución de la ansiedad, recogida de datos para la investigación.
NOC: autocontrol del miedo, estado de recuperación posterior al tratamiento, satisfacción del paciente: cuidados, satisfacción del paciente: seguridad.

REFLEXIÓN:

En nuestro hospital se han realizado 10 casos (5 flutter, 2 casos de FA y 3 TIN). Con un resultado satisfactorio en la realización del procedimiento.
La protocolización de la atención de enfermería al paciente ofrece unos cuidados de mayor calidad y supone un avance para la especialización de la enfermería en el campo de la electrofisiología.

OPTA A PREMIO

RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA DESPUÉS DE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Cuevas López, E; De Lera Martínez, MJ; Foix Parra, A; Socias Salvat, J; Torta Castelló, R; Valverde Conde, MP;

Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona

INTRODUCCIÓN

El síndrome coronario agudo (SCA), es la principal causa de ingreso y discapacidades en nuestro servicio de Cardiología. Esto nos plantea al personal de enfermería junto con el equipo multidisciplinario, la importancia de la educación sanitaria para la prevención y el manejo de los factores de riesgo.

OBJETIVOS

- Diseñar material educativo como instrumento de prevención secundaria de los factores de riesgo cardiovascular modificables.
- Educar sobre los hábitos de vida a seguir después de un síndrome coronario.
- Asegurar la adherencia del paciente al tratamiento médico prescrito.

MATERIAL Y MÉTODOS

La confección de una guía básica, didáctica y práctica dirigida a la población que ingrese en la Unidad de hospitalización de Cardiología diagnosticados de angina de pecho o infarto, habiendo superado la fase crítica, con rango de edad entre 20-80 años, sin alteraciones psíquicas graves y si es posible con apoyo familiar. Quedando excluidos el resto de los pacientes.

RESULTADOS

Puesta en marcha del material educativo, centrándonos en los siguientes factores de riesgo modificables:

- Tabaco; afectación cardíaca y cómo dejarlo
- Diabetes; afectación coronaria, controles
- Hipertensión; valores y control
- Hipercolesterolemia; valores, cómo reducirlo
- Sedentarismo; cómo evitarlo
- Obesidad; prevención y dieta

CONCLUSIONES

La prevención secundaria es básica para el paciente y familia, debe de iniciarse justo después de salir de la fase aguda, pero antes de abandonar el medio hospitalario, y mantener un seguimiento por parte del equipo de enfermería.
La necesidad de elaborar una guía educativa ilustrada, con las principales recomendaciones de hábitos de vida saludables, como complemento al tratamiento farmacológico al alta.

¿TE PUEDO AYUDAR?: GUIA RAPIDA DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIACA

García García, J; Bacaicoa Parrado, P; Cabrera Molina, G.M; Canals de la Vega, L; Díaz Herrera, V; Gea Valero, M; Porcel Arrebola, E; Rebollo Lozano, C; Sainz Magrans, S; Valle Pérez, Y;

Hospital Universitari Germas Trias i Pujol

INTRODUCCIÓN: La rotación interna se define como los cambios de puesto de trabajo de los empleados en una organización. En las organizaciones sanitarias es habitual la rotación entre el colectivo de enfermería. Algunos autores afirman que influye en la calidad de los cuidados y en el número de errores por falta de formación del personal. En nuestra unidad normalmente trabajan profesionales que no pertenecen a la plantilla habitual y por lo tanto no están familiarizados con los protocolos específicos que se aplican a los pacientes.

OBJETIVO:
• Elaborar una guía de consulta rápida que incluya los puntos más relevantes de los protocolos de nuestra unidad.
• Analizar el índice de rotación del personal no habitual en la unidad de cardiología y cirugía cardiaca.

MATERIAL Y MÉTODO:
• Consulta y síntesis de los protocolos de cardiología y cirugía cardiaca disponibles en la intranet de nuestro centro hospitalario.
• Recuento del personal no habitual en la unidad.
• Revisión bibliográfica.

RESULTADOS: Durante el 2011, el 44% del personal de enfermería que trabajó en nuestra unidad fue personal no habitual.
Hemos revisado, sintetizado y adaptado la información de 21 protocolos para elaborar una guía de información rápida que recoja los aspectos más relevantes y que podrá ser consultada en formato papel y/o digital.

CONCLUSIONES: Una guía de consulta rápida de los protocolos de nuestra unidad puede facilitar la incorporación del nuevo personal, garantizando la calidad de la atención. También, puede utilizarse en la formación de los alumnos en prácticas. Nos planteamos valorar su utilidad en un futuro.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN LA ALTERACIÓN VALVULAR AÓRTICA. INTEGRACIÓN EN HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA FLORENCE® DEL HOSPITAL DEL VINALOPÓ

Aldea Castello, L; Fernandez Perez, R; Ferrandez Garcia, VB; Vico Peñalver, A; Salar Lledo, JM; Vicente Campello, J; Moleron Mancebo, L; Piedecausa Quero, J; Tejero Domenech, L; Mendoza Casares, J; Ballesta Lopez, FJ;

Hospital del Vinalopó

OBJETIVOS:

En los últimos años se ha desarrollado la gestión de procesos asistenciales integrados en las estrategias de calidad asistencial. La estandarización de planes de cuidados de enfermería aporta una disminución de la variabilidad clínica, eficiencia en los cuidados y una práctica basada en las mejores evidencias disponibles. Se aplican en el entorno de un proceso asistencial conocido de respuestas predecibles.

Los objetivos propuestos fueron:

- Elaborar un plan de cuidados estandarizado para pacientes diagnosticados de alteración valvular aórtica.
- Registrar el plan de cuidados en la historia clínica informatizada Florence®.

METODOLOGÍA:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos internacionales y nacionales de las palabras clave: plan de cuidados, protocolos clínicos y valvula aórtica y se revisaron los artículos seleccionados.

Se eligieron los diagnósticos de enfermería, las complicaciones y problemas colaborativos más prevalentes, los resultados, las intervenciones y los procedimientos. Tras su desarrollo se incorpora al sistema informático para su utilización en el ingreso de un paciente con el diagnóstico de alteración valvular aórtica.

RESULTADOS:

Tras la implementación de esta herramienta se consiguió:

- Disminución de la variabilidad de la práctica clínica.
- Planificación horaria de las actividades de enfermería.
- Disminución en los tiempos de registro.
- Satisfacción del personal de enfermería con el registro.

CONCLUSIONES:

A la vista de los resultados obtenidos se concluye que la estandarización de los procesos asistenciales se muestra como una herramienta de calidad y seguridad en la práctica clínica potenciada, en este caso, por la integración en una herramienta informática.

COMUNICACIONES PÓSTER

OPTA A PREMIO

ECMO: UN CASO CLÍNICO

Moreno Zorrilla, FV; Perez Rodríguez, MT; Puentes González, L; Poza Domínguez, A;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN:

El sistema ECMO (Extracorporeal membrane oxygenation) es una medida de soporte circulatorio y/o respiratorio capaz de sustituir las funciones de ventilación, oxigenación y bombeo. Permite mantener una oxigenación y perfusión adecuados hasta la recuperación del cuadro clínico.

A pesar de estandarizar los planes de cuidados, el personal de enfermería debe tener en cuenta la complejidad de cada paciente para individualizarlos y que los cuidados sean eficaces y profesionales.
Este trabajo se justifica por ser nuestro hospital de referencia a nivel nacional para el tratamiento de cardiopatías y trasplante cardíaco.

OBJETIVO:

Realización de un plan de cuidados aplicable al paciente portador del ECMO.

METÓDOS:

Describimos el caso clínico de un paciente sometido a terapia ECMO con múltiples factores de riesgo cardiovascular. Se utilizó el modelo Henderson, la TAXONOMÍA NANDA, NIC y NOC, así como una revisión bibliográfica de estudios científicos y de nuestra propia experiencia.

Los principales problemas fueron los derivados de los diagnósticos enfermeros: “ deterioro del intercambio gaseoso” y “ riesgo de sangrado”. En los NOC destacamos el ”intercambio gaseoso” y la “coagulación sanguínea“ y como NIC, “manejo vía aérea” y “análisis de laboratorio a pie de cama”.

RESULTADOS:

La implantación del ECMO ha evolucionado hasta ser un procedimiento que mantiene la hemodinamia del paciente, seguro y con amplios resultados. Mediante la aplicación de este plan de cuidados conseguimos trabajar en equipo, mejorando los mismos y la variabilidad injustificada en la práctica de enfermería. Se consigue facilitar el trabajo, ahorrar tiempo, mantener la cohesión y el avance conjunto de los profesionales.

CONCLUSIONES:

Al realizar los cuidados planificados y evaluar los NOC la evolución fue favorable. El avance en nuevas técnicas hace necesario el replanteamiento constante y la revisión de los cuidados de enfermería en nuestras unidades.

ASISTENCIA CIRCULATORIA CON OXIGENADOR DE MEMBRANA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Roca Canzobre, S; Pérez Taboada, MA; Pereira Ferreiro, A; Abella Arcos, J; Rossi López, M;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El sistema ECMO es una medida de soporte circulatorio y/o respiratorio cuyo objetivo es el de sustituir las funciones de ventilación, oxigenación y bombeo en aquellos pacientes en los que las medidas de soporte convencional son insuficientes.

MATERIAL Y MÉTODO

• 2 Cánulas: venosa y arterial
• 2 Líneas: venosa y arterial
• Bomba centrífuga: genera el flujo de sangre.
• Oxigenador: donde está la membrana de intercambio gaseoso.
• Mezclador: permite el ajuste de los flujos de gas total y oxígeno.
• Consola: permite el control hemodinámico del sistema, refleja los parámetros detectados por los distintos sensores y ejerce de interfaz para la programación del equipo.
• Calentador: regula la temperatura del circuito.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

• Verificar la presencia de 4 clamps.
• Cura estéril de la zona canulada con suero y clorhexidina cada 48horas. Si sangrado activo se empleará un apósito hemostático y cura compresiva.
• Pasta spear 1cc orofaríngeo y solución 10cc por sonda nasogástrica.
• Higiene bucal con clorhexidina 2% por turno.
• Colocar apósitos reductores de presión a lo largo del recorrido de las líneas.
• Vigilar zonas susceptibles de sangrado.
• Gasometría ECMO cada 24 horas.
• Gasometría del paciente cada 8 horas.
• Registro de ACT cada 2 horas.
• No heparinizar ningún suero ni vía.
• Registro de constantes y parámetros ECMO horarios.
• Vigilancia y registro de coágulos y fibrina en el oxigenador y el circuito.
• Control del miembro canulado: color, calor , temperatura y pulsos .
• Vigilar que el calentador tenga agua una vez por turno.
• Cuidados propios de cualquier enfermo de UCI.

CONCLUSIONES

El ECMO es una terapia no exenta de complicaciones que precisa de unos cuidados de enfermería específicos encaminados a minimizar los riesgos para el paciente.

DÍPTICO-CONSULTA PARA ENFERMERIA EN CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE PACIENTES CON BALON DE CONTRAPULSACIÓN INTRAÓRTICA (BIAC)

Belmonte Vico, R; González Martin, M; García Ripòlles, CM; Montesinos García, M; Molina Miñana, C; Andorrà Lopez, M;

Hospital Vall d´Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El paciente con BIAC es de alto riesgo, requiriendo una vigilancia compleja de enfermeria.
Las circunstancias socio-económicas actuales de la sanidad, originan una rotación por nuestra unidad coronaria de personal de enfermería, no muy familiarizada con este dispositivo provocando un temor e inseguridad a la hora de llevar este tipo de paciente.
Para atender a estos pacientes correctamente es imprescindible conocer el mecanismo básico del BCIA, los cuidados que precisa y las posibles complicaciones potenciales que nos podemos encontrar.

OBJETIVO

Elaborar un tríptico de consulta para enfermería poco habituada al BCIA, para perder el miedo, pero no el respecto, a esta asistencia circulatoria. Plasmando pautas básicas en pacientes portadores de BCIA que contenga las complicaciones potenciales y las intervenciones de prevención y vigilancia que permita unificar pautas de actuación para contribuir y garantizar la continuidad y calidad de los cuidados, siendo una herramienta para reducir la incidencia y consecuencias de dichas complicaciones.

MÉTODOS

Recopilación bibliográfica, consulta de protocolos, y artículos en biblioteca e Internet, sobre el cuidado de enfermería en pacientes portadores de BCIA.
Encuesta a enfermería candidata rotante por nuestra unidad para conocer sus conocimientos y temores sobre el BCIA.

RESULTADOS

Con la información recopilada se elaboró un tríptico de cuidados de pacientes portadores de BCIA.
La mayoría de profesionales, sufre cierto grado de ansiedad con este tipo de paciente por el desconocimiento del dispositivo.

CONCLUSIONES

Actualizar el conocimiento enfermero sobre el cuidado del paciente con BCIA es necesario, ya que al tratarse de un procedimiento agresivo y con complicaciones potenciales de alto riesgo, requiere una vigilancia enfermera intensa y continua.

CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CARDIÓPATA

Díaz Porta, MC; Rodriguez Freire, MR; Varela Tomé, MD; Sabater Sánchez, MC;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN: La OMS definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad.
El término Calidad de Vida es un concepto multidimensional que pretende valorar el efecto que la enfermedad tiene sobre el individuo en su contexto individual, familiar y social.

La Calidad de Vida relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional.

OBJETIVOS: Proporcionar información clara y concisa, comprensible para el paciente y sus familiares, sobre el control de la enfermedad y mantenimiento de la salud en el paciente cardiópata.

METODOLOGÍA: Elaboración de un póster que explica de manera gráfica y simple los principales cuidados y controles que debe seguir el paciente cardiópata al alta.
El póster se colocó en la sala de estar de los pacientes, visualmente accesible a todos ellos y sus familiares.

RESULTADOS:
Este póster aborda los aspectos más importantes sobre el auto cuidado del paciente cardiópata.

CONCLUSIONES: Los profesionales de enfermería tenemos un papel decisivo en la educación sanitaria. Con este póster pretendemos orientar y fomentar el auto cuidado del paciente, mejorando así su calidad de vida y el pronóstico de la enfermedad.

OPTA A PREMIO

TXAPELDUN

Arroyo Vivo, Mª A; Álvarez Crespo, E; Lorenzo Martín, Mª I; del Campo Urigúen, Mª J; Gallego Valdenebro, C; García García, R; Gorospe Arrazuria, Mª L; Revuelta Arechaga, A Mª; Rodríguez Paz, A Mª; Vega Castillo, Mª D;

Hospital Universitario de Cruces. Cruces-Baracaldo. (Vizcaya)

INTRODUCCIÓN:

Queremos haceros participes de nuestra experiencia en improvisar un quirófano para urgencias fuera del Área Quirúrgica.

En los últimos años nuestras salidas han sido cada vez mas frecuentes y complejas, contábamos con un carro de transporte que ya no cubría las necesidades ni las expectativas.

Este nuevo carro con baldas, cestos y compartimentos nos permite distribuir en él todo lo necesario haciendo mas cómodo el desplazamiento le llamamos **"Txapeldun"**, la presentación del Póster narrada en versión cuento permitirá presentar: **el material, el método, el tipo de intervenciones así como el numero de ellas realizadas en un año.**

En el último año (desde Abril de 2010 hasta Abril de 2011) las intervenciones realizadas fuera del área quirúrgica fueron 109 y el tipo de cirugías:

- Cierre de Ductus en la UCI Neonatales.
- Cambios de bolsa de Bogotá en (UCI) adultos y (CIP) infantil.
- Taponamiento cardiaco en (UCI) adultos y (CIP) infantil.
- Limpieza y cierre esternal, adultos e infantil.
- Revisión por sangrado adulto e infantil.
- Canulación arterial y venosa por vía femoral para técnica de Ecmo en adultos e infantil.
- Canulación arterial y venosa por vía femoral para asistencia ventricular en adultos e infantil.
- Colocación de válvulas cardiacas por vía transfemoral en la unidad de Hemodinámica.

RESULTADOS:

Con este sistema, no se observa mayor incidencia de infecciones.

CONCLUSIONES:

1. Aumenta la seguridad del paciente por la rapidez de acción.
2. Evita posibles complicaciones secundarias al no tener que trasladar al paciente.
3. Minimiza esfuerzos.
4. Facilita el trabajo de equipo.
5. Acorta tiempos entre el aviso y el procedimiento real.

PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA GAMMAGRAFIA DE PERFUSION MIOCARDICA MEDIANTE ESTRÉS FARMACOLOGICO CON ADENOSINA

Ortiz Martín, P.; Padrón Rodríguez, C.L; Méndez Rubio, J.; Millán Vazquez, F.J;

Hospital Universitario "Virgen de La Victoria" Malaga

INTRODUCCIÓN: La gammagrafía miocárdica (GM) mediante estrés farmacológico con adenosina es una prueba cada vez más demandada por el servicio de cardiología de nuestro centro en paciente que son incapaces de realizar un estrés físico adecuado (ergometría). La enfermera juega un papel fundamental en la recepción y preparación, tanto psíquica como técnica del paciente.

OBJETIVO: Elaborar un plan de cuidados enfermeros que faciliten la realización de la (GM), utilizando para ello la taxonomía NANDA/NIC/NOC.

MATERIAL Y MÉTODO: Desde enero a octubre de 2011 se valoraron a 128 pacientes que acudieron a nuestro servicio para realizarse una GM.El Personal de enfermería fue el responsable de la recepción del paciente (y acompañante en caso necesario) y la consiguiente detección de problemas (diagnósticos NANDA) más relevantes. Estos fueron: Ansiedad (00146).

Conocimientos deficientes del procedimiento a realizar (00126), Conflicto de decisiones (00083).Una vez establecidos los diagnósticos, se aplicaron las intervenciones apropiadas (NIC): Enseñar el procedimiento a realizar (5618), Disminución de la ansiedad (5820), Asesoramiento (5240), Información preparatoria sensorial (5580).

RESULTADO: A partir de las distintas intervenciones, conseguimos en el 88,2% (113/128) los siguientes resultados codificados según los criterios NOC y por tanto finalizar con éxito el protocolo de administración de adenosina (0.160mg/Kg/min, 6 min): Conocimiento del procedimiento (1814), Control de la ansiedad (1402), Participación en la decisión sobre la asistencia sanitaria (1606), Satisfacción del paciente: control de los síntomas (1608).

CONCLUSIONES: La GM con estrés farmacológico es una prueba segura, pero no exenta de complicaciones. Creemos necesaria y positiva la aplicación de un plan de cuidados estandarizado que ayude a los pacientes a concluir la prueba de forma satisfactoria.

¿QUE ME DICES QUE ME VAS A PONER?

García Suarez, E; Pastor Franco, R;

Hospital Central de Asturias

INTRODUCCIÓN: Teniendo en cuenta la inseguridad que el paciente presenta ante el implante de un dispositivo de resincronización cardiaca (DAI o Marcapasos tricameral), nos planteamos la necesidad de realizar una "Guía de Educación Sanitaria" dirigida al usuario y su familia.

OBJETIVOS

- Educación Sanitaria al paciente y familiares con la entrega de un tríptico informa tivo (en proceso de elaboración)
- Difusión de dicho tríptico entre el personal sanitario, intentando conseguir un consenso para implantarlo en el centro como herramienta de trabajo.
- Lograr un resultado satisfactorio para el paciente y familiares al final del proceso

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión y análisis bibliográfico, acompañado de la propia experiencia.

Se realizaron reflexiones sobre cómo se trabaja habitualmente, cómo quiere trabajar el equipo de enfermería y cómo tiene que ser la relación con el enfermo y su familia. Se organizaron reuniones y puestas en común mediante lluvia de ideas, y se registraron anotaciones para la posterior elaboración del tríptico.

CONCLUSIONES

Trabajar para llegar a cumplir la regla de las 3 C:

- Calma - disminución de la ansiedad;
- Conocimiento - de lo hasta el momento desconocido;
- Colaboración - por parte del paciente y familiares en todas las fases del procedimiento.

RESULTADOS:

No se conocen resultados por estar en vías de elaboración. Se pretende instaurar en el centro de trabajo a corto plazo, teniendo en cuenta la inestabilidad del momento político/económico en el que actualmente nos encontramos.

DIETA DASH: "ATACA Y GANA A TU HIPERTENSIÓN"

Presa Garcia, S; Miguelez Gonzalez, N; Cousillas Corrales, A; Zuloaga Quiroga, P;

Hospital Universitario Basurto

INTRODUCCIÓN: DASH "Dietary Approaches to Stop Hypertension" (Enfoques Dietéticos para Reducir la Hipertensión) hace referencia a un estudio de investigación que observó los efectos de los patrones de alimentación sobre la presión arterial alta, y como una dieta rica en frutas, verduras y productos lácteos bajos en grasa reducían significativamente las cifras de presión arterial.
La dieta DASH combinada con una reducción del consumo de sodio consiguió disminuir aún más la presión arterial: la denominada dieta DASH 2.

Características de la dieta DASH:
- Baja en sal, grasas saturadas, colesterol y grasa total.
- Basada en el consumo de frutas, vegetales y productos lácteos sin grasa o con bajo contenido en grasa.
- Limitación del consumo en la dieta de carne roja, dulces, azúcares añadidas y bebidas que contienen azúcar.
- Consumo de pescado, aves y nueces y granos enteros.
- Rica en potasio, magnesio y calcio al igual que en proteínas y fibra.

OBJETIVO
Dar a conocer y educar a pacientes hipertensos en nuevos hábitos alimenticios para controlar las cifras de presión arterial.

MÉTODO
- Revisión bibliográfica.
- Elección del póster como herramienta para la Educación Sanitaria.

CONCLUSIONES
La dieta DASH es un programa alimentario sencillo, económico y sostenible a largo plazo, que puede adaptarse a los requerimientos calóricos de cada persona y que ha demostrado ser efectivo en la disminución de la presión arterial, incluso hasta alcanzar niveles normales; ayudando también a mantener un peso saludable.

En definitiva, la dieta DASH actúa de forma beneficiosa sobre los factores de riesgo cardiovascular.

GUÍA FARMACOLÓGICA Y EDUCATIVA PARA EL PACIENTE CARDIOLÓGICO

Garriga Teixidó, C; Navazo Subirana, L; Simón Llorente, S; Vélez Pérez, Y; Muñoz Bautista, AM; Guardia Azara, M; Oyanguren Artola, MJ; García Garrido, L; Joher Sabat, S;

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

INTRODUCCIÓN: El pasado año, un grupo de enfermeras de cardiología de nuestro servicio, elaboró una tabla en la que se clasificaron diferentes grupos de medicamentos según su acción terapéutica, teniendo en cuenta los más utilizados en la patología cardiaca. Esta guía ha resultado ser un instrumento útil para el profesional de enfermería. No obstante, la importancia de la adhesión terapéutica por parte del paciente nos lleva a creer necesaria la elaboración de la presente guía, que tiene como objetivo ser una herramienta de soporte para el paciente cardiológico, que debe gestionar su enfermedad y tratamiento, así como saber la importancia del conocimiento de los fármacos que toma (indicación, efectos adversos, interacciones, posología, etc).

MATERIAL Y MÉTODO: A través de la revisión bibliográfica se ha elaborado una tabla de fácil comprensión en la que se han clasificado los diferentes grupos medicamentosos más frecuentemente utilizados en el tratamiento del paciente cardiológico con la idea de que éste reconozca, asocie e identifique el fármaco prescrito para su buen conocimiento y correcto manejo.

Esta tabla describe, en lenguaje asequible y visual para el paciente, las características de los diferentes medicamentos: el nombre genérico, el comercial, la acción y actuación de cada fármaco, la posología, la vía de administración, los efectos adversos y las consecuencias de no tomar una dosis o suspender la medicación.

CONCLUSIÓN: La guía que presentamos sirve, por una parte, para que el paciente y su familia manejen y conozcan mejor su tratamiento, ya que con una simple visualización de la tabla, pueden adquirir la información justa y necesaria para el buen uso de su/s medicamento/s.

Por otra parte, sirve para que las enfermeras la puedan utilizar en la enseñanza a sus pacientes cardiológicos y sus familias.

REGISTRO CHECK LIST COMO OBJETIVO DE ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA

Luque Serrano, MI; Muñoz Villarreal, Ab; Cepas Sosa, A;

Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba

INTRODUCCIÓN: El cateterismo cardiaco es la técnica más habitual del nuestro servicio de hospitalización.

Destacamos la importancia de la preparación adecuada del paciente previa al cateterismo, para ello se ha elaborado una hoja de registro.

OBJETIVO:
Identificar los procedimientos a realizar en la preparación del cateterismo.
Verificar y comprobar la ausencia de alguna prueba complementaria en la historia clínica.

MÉTODO:
El registro se realizó durante el año 2011 a todos los pacientes que se sometieron a cateterismo. Este registro se llevó a cabo en un formato A4 (check list) con 10 items de pruebas complementarias y 2 items del lugar donde se realizaba el registro (Hospitalización y cateterismo) cumplimentado por el personal de enfermería de estas unidades.

RESULTADOS:
El número de pacientes a los que se les realizó el cateterismo en el 2011 fue de 810 de los cuales 783 fueron con el check list debidamente cumplimentado, por tanto obtuvimos un 96.66% de buen resultado en la identificación y verificación de los procedimientos previos al cateterismo.

CONCLUSIONES:
Tras el seguimiento de este cuestionario al identificar y verificar los procedimientos se produjo una mejoría en la preparación del paciente.

TRASPLANTE CARDIACO A UN PACIENTE EN SHOCK SÉPTICO Y HEMODINÁMICO POR ENDOCARDITIS

Berral Baeza, T; Sanchez Moyano, M; Luque Lopez, R; Mengibar Pareja, V; Arizón del Prado, JM;

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN: El Trasplante cardiaco es considerado en la actualidad como tratamiento de elección en la insuficiencia cardiaca terminal, refractaria a tratamiento médico y quirúrgico, y cuando se estima que la supervivencia y calidad de vida no pueden mejorarse con otras alternativas terapéuticas. Entre las indicaciones absolutas para Trasplante Cardiaco se encuentra: shock cardiogénico refractario a tratamiento médico y la dependencia de inotropos para mantener una adecuada perfusión de los órganos y entre las contraindicaciones absolutas: la infección activa no controlada.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 27 años que ingresa por sospecha de endocarditis infecciosa sobre válvula aortica bicúspide e insuficiencia aortica severa, evolucionando a meningoencefalitis, generando shock séptico y cardiogenico,requiriendo cirugía de válvula aortica. Por no evolucionar favorablemente y continuar con el shock séptico se indica Trasplante cardiaco.

OBJETIVO: Descripción del caso excepcional de paciente con contraindicación absoluta de Trasplante Cardiaco, siendo esta la única opción terapéutica para la mejora clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se elabora un plan de cuidados estandarizados individualizados de endocarditis e insuficiencia cardiaca. Valoración según modelo conceptual de Virginia Henderson y Taxonomía NANDA, NIC, NOC.

CONCLUSIONES: El plan de cuidados estandarizados aplicado nos ayudó a la superación de varias fases críticas en el estado de salud del paciente, dando cuidados adecuados en cada momento y apoyo psicológico demandado tanto por enfermo como familiares.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE PROGRAMADO PARA IMPLANTACIÓN DE ASISTENCIA VENTRICULAR PERMANENTE

Sánchez Moyano, M; Luque López, R; Berral Baeza, T; Mengibar Pareja, V; Arizón del Prado, JM;

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN: La Asistencia Ventricular Izquierda permanente ayuda a prevenir la mortalidad por Insuficiencia Cardiaca y proporciona opción y mejora en la calidad de vida a pacientes que se encuentran en situación de Insuficiencia Cardiaca Terminal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que se descartó para trasplante cardiaco por presentar patologías asociadas que conllevaban la contraindicación absoluta o varias relativas para trasplante cardiaco.

PLAN DE CUIDADOS: Se elabora un plan de cuidados individualizado, centrado en la fase preoperatoria, realizando valoración inicial de enfermería según modelo de Virginia Henderson y Taxonomías NANDA, NIC y NOC

CONCLUSIONES: La estandarización de los cuidados enfermeros permitió elaborar unos planes de cuidados individualizados que garantizaron una atención al paciente segura y de calidad.

CUIDADOS PROTOCOLIZADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON ASISTENCIA VENTRICULAR PERMANENTE

Luque López, R; Berral Baeza, T; Sanchez Moyano, M; Mengibar Pareja, V; Arizón del Prado, JM;

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN: La asistencia ventricular es un procedimiento para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca terminal. El tipo de asistencia puede ser intracorpórea o paracorporea y de flujo pulsátil o continuo.

La indicación puede ser: como recuperación, puente al trasplante o como terapia definitiva. Esta técnica ha sido novedosa en nuestro hospital, siendo la primera vez que se implanta en un enfermo en Andalucía.

OBJETIVO: Dar a conocer nuestra experiencia en el cuidado de este tipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo del protocolo instaurado para este procedimiento y consensuado con el resto de servicios implicados.

CONCLUSIONES: Gracias al seguimiento de este protocolo, los cuidados de enfermería fueron uniformes para todos los turnos de trabajo, obteniendo resultados óptimos. El cuidado de enfermería que requirió el paciente en la planta de hospitalización fue especial ya que era un paciente con alto riesgo de inestabilidad hemodinámica.

CHECK LIST PREQUIRÚRGICO. PREVENCIÓN EFECTOS ADVERSOS EN CIRUGIA CARDIACA

Gutiérrez Plata, M; Domínguez Baños, A; Graña Castro, A;

Hospital Meixoeiro

INTRODUCCIÓN: En la actividad asistencial hay áreas donde la consecuencia de los errores tienen repercusión severa. En nuestro hospital, en ocasiones nos encontrábamos con pacientes que no estaban preparados para iniciar su intervención quirúrgica; así, hemos elaborado una hoja que detalle las condiciones para que el paciente pueda ser intervenido de forma rápida y eficaz evitando la preparación en el quirófano con los riesgos y demora que conllevan.

OBJETIVO: Mejorar la calidad asistencial ofrecida al usuario proporcionando al profesional sanitario una herramienta que facilite su labor diaria, minimizando los tiempos quirúrgicos y complicaciones ocasionadas por una mala praxis enfermera.

MATERIAL Y MÉTODO:
- Datos paciente
- Intervención quirúrgica - diagnóstico
- Tipo de acceso: urgencias, programado…
- Procedencia
- Preoperatorio completo:
- Pruebas preoperatorios, consentimiento informado, reserva de sangre
- Preparación
- Ayunas…..tiempo
- Rasurado…..descripción de zonas
- Higiene corporal…..genitales
- Higiene oral
- Prótesis móviles
- Alergias medicamentosas y alimentarias
- Profilaxis antibiótica
- Tipo
- Dósis
- Hora administración
- Localización de catéteres, sondas, drenajes, heridas…especificar
- Desinfección prequirúgica
- Observaciones

RESULTADOS: El trabajo en equipo es imprescindible en nuestra rutina profesional, por ello, si al paciente quirúrgico le realizamos unos cuidados preoperatorios eficaces y eficientes se evitaría un mayor riesgo de complicaciones:
- Infecciones, estancia hospitalaria
- Aminora espera prequirúrgica
- Seguridad en el trabajo diario, menor riesgo de errores
- Disminución de la ansiedad

CONCLUSIONES: La recopilación de nuestro trabajo por escrito durante el preoperatorio facilitaría la rutina diaria en el quirófano, aminoraría el riesgo de complicaciones quirúrgicas y crearíamos un hábito de trabajo idóneo para que nuestros cuidados fuesen eficaces y eficientes.

LESIÓN CORONARIA EN FASE PRECOZ POST-TRASPLANTE CARDIACO. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Sanclemente Gimenez, S; Tarancón Finestra, M.E; Santamaria Luna, E.M;

Hospital Universitario Miguel Servet. Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Servicio de Cardiología

INTRODUCCIÓN

La vasculopatía del injerto cardiaco es una de las principales causas de fracaso del corazón trasplantado. Muchas veces cursa asintomática o con síntomas atípicos debido a la alteración de la sensibilidad autónoma que se produce tras explantar y reimplantar el órgano.

Para detectar esta vasculopatía en fases preclínicas y proceder al tratamiento se realizan coronariografías y biopsias periódicas, desde fases tempranas del trasplante. Se considera que las lesiones coronarias presentes en el primer mes post-trasplante serían propias del donante.

La angiografía muestra estrechamientos luminales, pero otras técnicas diagnósticas como la ecografía intracoronaria y todavía más, la tomografía de coherencia óptica, permiten la visualización de engrosamiento intimal incluso antes de que cause estenosis significativa.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente trasplantado cardiaco que cursó con disfunción de ventrículo derecho en el postoperatorio. Tras 15 días se realizó estudio hemodinámico. En coronariografia se objetivó lesión severa en coronaria derecha que fue tratada con implante de stent. Al año se realizó coronariografía, incluyendo ecografía intracoronaria y tomografía por coherencia óptica.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

El plan de cuidados durante el estudio hemodinámico se elaboró utilizando las taxonomías NANDA-NIC-NOC. Tras la valoración de enfermería se identificaron diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales (problemas de colaboración), asociando a cada uno sus correspondientes resultados e intervenciones.

REFLEXIÓN

Las técnicas aceptadas para el diagnóstico de la enfermedad vascular del injerto son la coronariografía y la ecografía intracoronaria. La tomografía de coherencia óptica sería una herramienta con capacidad diagnóstica superior a la de las técnicas actualmente disponibles en la práctica actual.

ENDOCARDITIS VALVULAR PROTÉSICA

García de la Calle, R; Domínguez Méndez, C; Ramos Isabel, A; Sánchez Benítez, A.M; Velasco Collado, J.M; Gómez Barriga, M.D; Gacimartín García, R;

Hospital Universitario Clínico San Carlos

La endocarditis infecciosa es una enfermedad que ha aumentado su incidencia por diversas razones: aumento de intervenciones cardiacas, aumento de patología valvular degenerativa, mayor número de intervención de sustitución de válvula, procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos capaces de generar bacteriemia. La endocarditis valvular protésica continúa siendo una de las complicaciones más graves de la cirugía de sustitución valvular. En las endocarditis tempranas (aparecidas en los primeros 60 días postimplante) las cifras de mortalidad son muy elevadas, de ahí la importancia que supone para la enfermería una detección precoz de complicaciones.

Se presenta el caso de un varón de 55 años implantado recientemente de tres válvulas metálicas (aórtica, mitral y tricúspide) que ingresa en la planta de cardiología por síndrome febril de cuatro días de evolución sin foco aparente, en paciente con mucho riesgo para una potencial endocarditis, objetivándose en ecografía transesofágica imágenes sugerentes de vegetaciones. Se decidió tratamiento antibiótico y posteriormente sustitución valvular.

El objetivo fue crear un plan de cuidados personalizado y adecuado al caso (paciente de alto riesgo) desde una visión bio-psico social utilizando la valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

Destacan los problemas potenciales, teniendo que prestar una mayor atención a los posibles complicaciones que puedan surgir en el proceso de la endocarditis.

SEGURIDAD DEL PACIENTE CON ENDOCARDITIS: AUMENTO EN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS

García de la Calle, R; Domínguez Méndez, C; Ramos Isabel, A; Sánchez Benítez, A.M; Velasco Collado, J.M; Gómez Barriga, M.D; Gacimartín García, R;

Hospital Universitario Clínico San Carlos

Mantener unos niveles aceptables de seguridad en los centros hospitalarios es uno de los temas más complejos, un centro hospitalario es una zona con una mayor densidad de población con peligros y riesgos, es un lugar habitado por personas enfermas, en el que a su mismo tiempo trabajan otras personas, también hay visitantes que lo desconocen. Esto unido a que la endocarditis infecciosa ha aumentado su incidencia y que conlleva una alta mortalidad supone un reto para la enfermería una detección precoz de complicaciones aumentando la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente se define como la ausencia de lesiones o accidentes prevenibles producidos durante su atención.

Como métodos utilizados está la adopción en nuestro servicio de las instrucciones de seguridad estandarizadas y unificadas de nuestro hospital desde el momento que ingresa en nuestra unidad hasta el alta médica o traslado a otra unidad, entre las que destacan: prevención de bacteriemia asociado a catéter venoso, identificación de pacientes alérgicos y notificación de eventos adversos, entre otras, unido a la creación de un plan estandarizado del paciente con endocarditis.

Se pretende conseguir como resultado un aumento de la seguridad de la integridad del paciente y una temprana detección de las complicaciones derivadas de la enfermedad como son edema agudo de plumón, septicemia, disritmias y embolia.

Como conclusión se obtiene una mayor precisión en las intervenciones de enfermería encaminadas a una mejor calidad en el cuidado del paciente al mismo tiempo que se aumenta su seguridad.

CIERRE PERCUTÁNEO DE DEHISCENCIAS PERIPROTESICAS VALVULARES, MITRAL Y AORTICA

Pereiro Pérez, MA[1]; Peña Larrazábal, I[1]; Hernando García, FJ[1]; Etxebarria Izquierdo, EJ[2]; Gómez García, X[3];

Hospital de Cruces[1]; Unidad de Hemodinámica[2]; DUE[3] Alumno EUE.

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

La insuficiencia mitral o aórtica periprotésica y la hemólisis secundarias a fugas perivalvulares son complicaciones de la cirugía de reemplazo valvular que se pueden corregir en la sala de hemodinámica por vía percutánea como alternativa a una segunda cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos dos casos clínicos, (aórtico y mitral), realizados en nuestra unidad en el 2011.

La implantación se llevó a cabo bajo anestesia general. En ambos casos se utilizó ecocardiografía transesofágica para definir la anatomía del “leak” y ayudar durante el procedimiento.

La intervención fue realizada por dos médicos hemodinamistas y dos enfermeras,(instrumentista y circulante).

El cierre de la dehiscencia valvular aórtica se realizó a través de cateterismo arterial por vía femoral. Para el cierre mitral se procedió por punción de vena y arteria femoral, accediendo a la válvula desde aurícula izquierda por técnica transeptal.

En ambos casos se utilizó para el cierre un dispositivo de Amplatzer Vascular Plug III, (8-4 para el aórtico y 10-5 para el mitral).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En los dos pacientes intervenidos, se constató la disminución de la insuficiencia aórtica y mitral respectivamente de forma inmediata, observándose una mejoría clínica significativa.

El cierre percutáneo de dehiscencias peri-protésicas valvulares se puede realizar por vía percutánea en la sala de Hemodinámica, reduciendo la severidad de la Insuficiencia mitral o aórtica, así como los síntomas en pacientes con alto riesgo quirúrgico.

Esta técnica supone una importante reducción de costes con respecto a la cirugía convencional.

Es importante destacar el papel de la enfermería durante el desarrollo del procedimiento y en los cuidados posteriores.

EXTRACCIÓN DE ELECTRODOS EPICARDICOS TEMPORALES

Alonso Porto, M.J; Lopez Caballero, M.T; Garcia Fidalgo, J.; Gonzalez Martinez, M.I; Sal Diez, A.; Martinez Barrera, M.J; Calvo Fernandez, M.A; Barrios Melero, M.C; Garrido Merino, A.; Tejerina Diez, M.; Castaño Ruiz, M.;

Complejo Asistencial Universitario de León

INTRODUCCIÓN: Las intervenciones quirúrgicas cardiacas permiten el acceso directo al corazón y por tanto, la posibilidad implantar electrodos temporales epicárdicos auriculares y ventriculares.
Su implantación y extracción pueden producir diversos tipos de complicaciones (sangrado pericárdico con taponamiento, infecciones, perforación o rotura de injertos coronarios).

La extracción de los electrodos se realiza en la planta de Cirugía Cardíaca por parte del personal de enfermería.
Es fundamental su formación en la correcta extracción de los cables de marcapasos para evitar las complicaciones antes mencionadas.

En nuestra unidad esta técnica está dentro de un protocolo así como la mayoría de las actuaciones de enfermería.

OBJETIVOS: Unificar criterios para la excelencia en los cuidados de enfermería.
Disminuir el número de complicaciones tras la retirada de los electrodos de marcapasos.

MÉTODO: Aplicación del protocolo siempre que se vaya a realizar esta técnica:
• Nos ponemos guantes de un solo uso (no es preciso que sean estériles)
• Con el enfermo encamado se aplica Betadine en la piel circundante a la salida del cable.
• Una vez retirados los puntos de fijación, se tracciona suave pero firmemente de él hasta su extracción completa.
• Se aplica Betadine y se tapa con apósito estéril.

CONCLUSIONES: Los protocolos nos ayudan en la unificación de criterios y en una correcta formación para la práctica sanitaria, y su creación, consenso y actualización son fundamentales para la seguridad del paciente y al aumento de la calidad asistencial. La extracción de electrodos epicárdicos temporales por Enfermería, según nuestro protocolo, es reproducible y segura.

OPTA A PREMIO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PLANTA DE CARDIOLOGÍA A PACIENTES QUE SE SOMETEN A IMPLANTE DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDIACA

Cabrerizo Sanz, M.P; Santos Vergel, J.J; Capote Toledo M.L; Gómez Barriga M.D; Gacimartín García R.M.;

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

OBJETIVOS:
• Protocolizar los cuidados que deben recibir los pacientes, tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio.
• Facilitar la actividad a compañeros de nueva incorporación o alumnos en prácticas de enfermería.
• Ayudar a que el paciente y familiares se adapten a la nueva situación.

MÉTODOS: Se realiza un P.A.E para este tipo de paciente en el cuál se identifican diagnósticos de Enfermería, se llevan a cabo las intervenciones enfermeras (NIC) y obteniendo así unos resultados (NOC) que cumplan unos estándares de calidad necesarios para el buen funcionamiento de la unidad de hospitalización.

RESULTADOS: Obtenemos unos cuidados protocolizados que ayudan al paciente a tener una acogida y un postoperatorio más agradables, y a su vez una mayor valoración hacia los cuidados administrados por parte de Enfermería.

CONCLUSIONES: El uso de protocolos de enfermería supone un avance para obtener el mayor grado de satisfacción en los cuidados prestados al paciente. Además implica un paso más hacia la especialización de la enfermería en el campo de la cardiología.

EL TIEMPO, ¿ENEMIGO O ALIADO?

Lopez Zarrabeitia, I.; Morales Vicente , M.J; Collado Martin, M.;

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

"A mi no me da tiempo", "yo necesito un día de al menos 48h" o "yo no doy para más" son expresiones que emitimos y escuchamos continuamente en todos los ámbitos de nuestra vida. Las vivimos como realidades, condicionan nuestras relaciones y nuestra efectividad, generándonos mucho estrés.
Pero, hay personas a las que sí les da tiempo, cuyos días parecen durar más, no viven tan estresadas y son más efectivas, pero ¿cómo lo hacen?

OBJETIVO: Aprender a realizar una adecuada gestión del tiempo, que repercutirá en la relación con el paciente, los cuidados dispensados y vida personal.
Método.
Análisis y revisión bibliográfica, así como la propia experiencia asistencial.

RESULTADOS: El tiempo es un recurso y de cómo lo administremos va a depender nuestro éxito profesional y nuestro bienestar personal. Resulta bastante democrático, todos tenemos 24 horas al día y no es ni almacenable ni comprable. Es necesario administrarlo adecuadamente para no caer en la insatisfacción, frustración, ansiedad y estrés.

Existen cinco reglas que conducen a una adecuada gestión del tiempo:
1. Analizar cómo utilizamos el tiempo.
2. Calcular cuánto vale nuestro tiempo.
3. Realizar un cronograma diario.
4. Priorizar adecuadamente.
5. Aprender a decir no.

CONCLUSIONES: Es posible realizar una gestión adecuada del tiempo, que permite optimizar el tiempo dedicado al paciente mejorando la calidad de los cuidados, la seguridad y la eficacia del trabajo, además disminuye la insatisfacción, frustración y estrés de los profesionales.

LA COMUNICACIÓN: UN GRAN VALOR QUE DEBEMOS MANEJAR

Lopez Zarrabeitia, I; Collado Martin, M; Morales Vicente, MJ;

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

La comunicación es la base de la relación terapéutica. Sin ella, no se pueden desarrollar la empatía ni el respeto propio de la interacción enfermera-paciente. Pero ¿Realmente sabemos comunicarnos?, ¿Se sienten nuestros pacientes escuchados y atendidos?, ¿Somos conscientes del poder terapéutico de la comunicación? O ¿tenemos demasiada prisa, demasiadas tareas que hacer y descuidamos la comunicación con nuestros pacientes?

OBJETIVO: Acercar a los profesionales de enfermería los conocimientos sobre comunicación, que les permitan reflexionar y mejorar su interacción con los pacientes.

MÉTODO: Análisis y revisión bibliográfica, así como la propia experiencia asistencial.

RESULTADOS: La teoría de la comunicación hace una división entre comunicación analógica (la no verbal y paraverbal) y comunicación digital (la verbal).
La comunicación no verbal se divide en proxémica, (el estudio de la percepción y empleo que hacemos los seres humanos de nuestro espacio físico), y en cinésica (el estudio de los gestos y movimientos corporales que se hacen al hablar).
La comunicación paraverbal se refiere a las inflexiones de la voz como modulación, tono, timbre, pausas y silencios.
La teoría de la comunicación sostiene que la parte digital sólo expresa el 20 % del mensaje y que la parte analógica es la que nos informa de emociones y sentimientos.

CONCLUSIONES: La comunicación abarca lo digital y lo analógico. Lo digital solo expresa el 20% del mensaje, siendo la comunicación analógica quien nos informa de las emociones y sentimientos. Manejar adecuadamente la comunicación mejora la relación enfermera-paciente lo que repercute en la calidad de los cuidados.

UN VENTRÍCULO ARTIFICIAL PERMANENTE COMO ALTERNATIVA AL TRASPLANTE CARDIACO: UN CASO CLÍNICO

Flórez Losantos, A; Fernández Iriarte, E; Alzueta Aldunate, M; Belcos Moreno, ME; Sanz Muruzabal, P; Ibarrola Izura, S; Oroviogoicoechea Ortega, C; Vázquez Calatayud, M; Beortegui Urdánoz, E;

Clínica Universidad de Navarra

INTRODUCCIÓN: El trasplante cardíaco esta considerado actualmente el tratamiento de elección en la insuficiencia cardíaca terminal. En España, sólo se han implantado dos dispositivos de asistencia ventricular (Heart Mate II®) de forma permanente. Diversos estudios ponen de manifiesto que estos dispositivos de nueva generación utilizados como terapia definitiva mejoran significativamente la calidad de vida y la capacidad funcional de estos pacientes, disminuyendo así los reingresos hospitalarios y los costes. Cabe destacar que, hasta el momento no se ha encontrado ningún estudio que describa el papel de enfermería en estos casos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO: Paciente varón de 66 años diagnosticado de Insuficiencia cardíaca que ingresó en una Unidad de Hospitalización de Cirugía Cardíaca en septiembre de 2011, tras haberle colocado un dispositivo de asistencia, HeartMate II®, como terapia definitiva. Este tratamiento estuvo indicado por presentar una fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor del 15% asociada a una patología coronaria grave, nefropatía crónica y diabetes mellitus. Su evolución durante la estancia hospitalaria fue favorable, siendo dado de alta a los 10 días de ingresar en la unidad.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS: El plan de cuidados del paciente no difiere de los de la cirugía cardíaca convencional, excepto en los derivados del dispositivo; destacando la educación al paciente y familia e insistiendo en los aspectos psicosociales como ansiedad, autonomía, seguridad y confianza.

REFLEXIÓN SOBRE EL CASO: Este caso ha permitido el desarrollo de un plan de cuidados de enfermería estandarizado en la unidad de hospitalización. De esta forma, el personal de enfermería de la unidad ha podido actualizarse y formarse en nuevas técnicas, imprescindible para poder asegurar una calidad asistencial. Asimismo, la educación proporcionada al paciente y su familia, ha podido favorecer su autonomía, seguridad y confianza, evitando así la ansiedad que pueda generar este dispositivo.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN LA TERAPIA CON RENALGUARD

Seoane Bello, M; Beiras Otero, P; Cereijo Silva, E; Bóveda Álvarez, R; Iglesias Santomé, J;

Unidad de Hemodinámica.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN: La terapia con Renalguard está diseñada para reducir los efectos tóxicos que produce el contraste sobre el riñón , especialmente en pacientes con riesgo potencial de desarrollar nefropatía inducida por contraste.

OBJETIVOS:
1. Elaborar un plan de cuidados estandarizado de enfermería en los pacientes sometidos a terapia con Renalguard en base a las taxonomías NANDA,NIC Y NOC, que facilitan su posterior difusión.
2. Analizar nuestra actuación en la aplicación de esta terapia para mejorar la calidad de los cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional sobre 14 casos realizados durante el año 2011 (Enero-Diciembre) a través de la revisión de historias clínicas y la experiencia profesional acumulada.

RESULTADOS: La experiencia acumulada nos ha servido para la elaboración de un plan detallado de cuidados de enfermería utilizando un lenguaje común para todos los profesionales de enfermería.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:
La elaboración de este plan de cuidados nos ha permitido:
- Mejorar la comprensión de la terapia y la formación del personal de enfermería en este procedimiento.
- Servir como guía de actuación al profesional.
- Trabajar con criterios basados en la evidencia científica.
- Estandarizar los cuidados de enfermería .
- Servir de evaluación de nuestra intervención.
- Divulgar el conocimiento y la importancia de los cuidados de enfermería.

VENTILACIÓN ASISTIDA AJUSTADA NEURONALMENTE (NAVA): UNA MODALIDAD POR DESCUBRIR

Casal Carrera, P; Garcia Rodriguez, N; Perez Justel, M;

Galaria. Hospital Meixoeiro. Vigo

INTRODUCCIÓN AL TEMA Y OBJETIVOS: Modalidad ventilatoria que se basa en sincronizar la respiración espontánea del paciente con la ventilación mecánica para conseguir la mejor adaptación respiratoria del paciente.

El ventilador detecta la actividad diafragmática del paciente a través de una sonda nasogástrica dotada de sensores esofágicos incorporados en su parte distal.

La sincronía conseguida entre paciente y ventilador ayuda a disminuir la incomodidad y/o desadaptación, permitiendo la respiración espontánea con una sedación mínima o incluso sin ella.

MATERIAL Y MÉTODOS: Seguimiento del paciente mediante la observación, recogida de datos, registro fotográfico y escrito.
Revisión bibliográfica.

RESULTADOS DETALLADOS: Al sustituir la modalidad convencional (modalidad asistida con presión de soporte) por la modalidad NAVA, se consigue una mejor adaptación del paciente con la mínima sedación. A nivel de enfermería no supone una mayor carga de trabajo ni la realización de técnicas novedosas, ya que consiste en la realización de los cuidados propios de paciente con ventilación mecánica y portador de sonda nasogástrica.

DISCUSIÓN Y /O CONCLUSIONES: Aunque el estudio realizado se basa en una experiencia muy limitada y aún no se pueden demostrar los beneficios en cuanto a la duración de la ventilación mecánica, estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos y morbimortalidad frente a otras modalidades, la NAVA permite una respiración más fisiológica y efectiva con menos esfuerzo, mejor respiración espontánea.

MEDIASTINITIS POSTOPERATORIA

Sánchez Benítez, A.M; Dominguez Mendez, C.; Ramos Isabel, A.; Garcia De La Calle, R.; Chamizo Luque, A.; Velasco Collado, J.M; López San José, M.M; Garcimartín García, R.;

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN: La mediastinitis se define por inflamación del mediastino y sus estructuras, fundamentalmente debido a la presencia de material purulento en el espacio mediastínico en contigüidad con el esternón y las pleuras. Tiene una incidencia del 1 al 5% de todas las cirugías cardiovasculares. Ésta es mayor en la revascularización miocárdica que representa el 75% de los casos de mediastinitis postoperatoria. Su tratamiento es complejo, para ello estamos utilizando, además de tratamiento antibiótico, un nuevo sistema que fue introducido en 1997 y está originado cambios espectaculares en la práctica clínica, la terapia de vacío también denominada VAC (Vacuum assisted closure).

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO: Se presenta el caso de una mujer de 84 años intervenida de sustitución de válvula aórtica y bypass coronario que reingresa en planta de Cirugía Cardiaca por presentar dehiscencia esternal, diagnosticándole infección de la herida quirúrgica esternal con cultivos positivos para Serratia Marcencens. Se maneja con antibioticoterápia y terapia VAC y posteriormente se somete a cirugía para cierre del defecto de cobertura supraesternal.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS: El objetivo es formar un plan de cuidados personalizado e integral, basándonos en las catorce necesidades de Virginia Herderson y las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

REFLEXIÓN SOBRE EL CASO: La mediastinitis continúa siendo un problema relativamente frecuente en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular y conlleva alta morbilidad, por ello es importante prestar una mayor atención a las posibles complicaciones que puedan surgir durante el proceso de la mediastinitis y a la utilización de la terapia VAC, mediante una adecuada cualificación del personal de enfermería.

FLEXI-SEAL. UN GRAN AVANCE EN EL MANEJO DEL PACIENTE CRÓNICO

Casal Carrera, P; Garcia Rodríguez, N; Lago Celada, I; Pérez Justel, M;

Galaria. Hospital Meixoeiro. Vigo

INTRODUCCIÓN AL TEMA Y OBJETIVOS: Uno de los mayores problemas que nos encontramos en el paciente crónico con antibioterapia y al que se inicia nutrición enteral en la unidad de recuperación de cirugía cardíaca es la incontinencia fecal y diarreas de repetición que terminan ocasionando lesiones en la piel y riesgo de ocasionar infección nosocomial. La utilización de sistemas de control fecal (flexi-seal) mejoran las lesiones cutáneas ocasionadas, nos permite contabilizar el débito fecal, disminuyen el riesgo de infección y evitar movilizaciones innecesarias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Dispositivo Flexi-seal, lubricante urológico, gasas, empapadores, suero fisiológico y/o agua estéril y paciente que cumpla los criterios de utilización del dispositivo. Puesta en marcha del protocolo de utilización.

RESULTADOS DETALLADOS: El uso del dispositivo flexi-seal, nos permite el control fecal, monitorización de heces, mantiene la integridad cutánea, disminuye la infección fecal reduce el tiempo de trabajo del personal y costes.

DISCUSIÓN Y /O CONCLUSIONES: Tras el uso durante dos años de este dispositivo observamos una mejoría notable en el cuidado del paciente con diarrea que presentan un mayor confort y un mejor manejo por parte del personal de enfermería.

PROCEDIMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CIERRE PERCUTÁNEO DE LAS DEHISCENCIAS PERIVALVULARES

Collado Martín, M.; Morales Vicente, MJ.; López Zarrabeitia, I.;

Unidad de hemodinámica. Instituto Cardiovascular.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Existe un tipo de Insuficiencia Mitral originada tras la sustitución quirúrgica de la válvula por dehiscencias alrededor del anillo y/o de la sutura de la prótesis, conocidas como Leak Mitral.

Aunque aparecen hasta en el 50 % de los pacientes intervenidos, adquieren especial importancia por su tamaño en pacientes con anillos valvulares muy calcificados o con infección, pues desarrollan insuficiencia mitral que se traduce en insuficiencia cardiaca, anemia hemolítica o endocarditis.

El tratamiento médico es paliativo y la reparación quirúrgica se asocia a alta morbimortalidad y riesgo de recurrencia. Son pacientes con alto grado funcional y gran demanda de cuidados de enfermería tanto en atención especializada como en primaria.

Se ha desarrollado una técnica percutánea para el cierre de estas dehiscencias en pacientes en los que el tratamiento médico es insuficiente y el riesgo quirúrgico alto.

OBJETIVO: Mostrar a los profesionales de enfermería del área cardiológica, la técnica de cierre percutáneo del leak mitral y los cuidados de enfermería específicos.

MÉTODO: Revisión de la bibliografía existente y análisis de la práctica clínica diaria.

RESULTADOS: Describimos el procedimiento de cierre percutáneo del leak mitral, y los cuidados de enfermería preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios adecuados para los pacientes sometidos a éste procedimiento.

CONCLUSIONES: La cirugía sigue siento la técnica de elección para la reparación de estas dehiscencias aunque el cierre percutáneo es un alternativa para pacientes con una gran morbi-mortalidad.

Se trata de un procedimiento complejo que requiere un equipo multidisciplinar coordinado. El papel de enfermería es fundamental para asistir al equipo y realizar unos cuidados adecuados reduciendo las complicaciones y mejorando la calidad asistencial.

COMPOSICIÓN DEL AGUA: ELABORACIÓN DE UN TRÍPTICO SEGÚN SU CONTENIDO DE SODIO PARA LOS PACIENTES CARDIOLÓGICOS

Gea Valero, M; Bacaicoa Parrado, P; Cabrera Molina, G.M; Canals de la Vega, L; Díaz Herrera, V; García García, J; Porcel Arrebola, E; Rebollo Lozano, C; Sainz Magrans, S; Valle Pérez, Y;

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

INTRODUCCIÓN: En el estudio realizado en nuestra unidad de cardiología y cirugía cardiaca en 2011 "El agua: el elemento olvidado de la dieta cardiosaludable", valoramos 151 marcas de agua embotellada y el agua del grifo de diferentes zonas de Barcelona, observando una cantidad de sodio distinta entre ellas. Destacamos que el 40% de los pacientes creía que el agua no contenía sal y el 80% nunca había consultado la tabla de composición química. Por estos motivos, consideramos necesario crear un folleto informativo con el que los pacientes conozcan que el agua contiene sodio y que deben tenerlo en cuenta en su dieta diaria.

OBJETIVO

Elaborar un tríptico que incluya:

• Recomendaciones básicas para que el paciente conozca la cantidad de sodio del agua que consume y adaptarla a su dieta cardiosaludable.
• Cómo identificar la cantidad de sodio en las aguas embotelladas.

MATERIAL Y MÉTODO

• Registro de pacientes ingresados durante 2011 por cardiopatía isquémica (CI) e insuficiencia cardiaca (IC).
• Revisión de los datos de nuestro estudio.
• Revisión bibliográfica.

RESULTADOS

Durante el 2011 ingresaron, en nuestra unidad, 1157 pacientes diagnosticados de CI/ IC. A todos ellos se les recomendó al alta, una dieta hiposódica y se les facilitó, de forma verbal, un resumen de las conclusiones de nuestro estudio.

CONCLUSIONES

Un mayor conocimiento de las propiedades del agua que se consume es fundamental para que el paciente cardiológico pueda mantener una dieta cardiosaludable adecuada, promoviendo un buen estado de salud y previniendo complicaciones.

FIBRILACIÓN VENTRICULAR EN PACIENTE JOVEN

Domínguez Méndez, C; Sánchez Benítez, AM; Ramos Isabel, A; García De La Calle, R; Velasco Collado, JM; Gómez Barriga, MD; Garcimartin, R;

Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN: Se denomina fibrilación ventricular o trastorno del ritmo cardiaco que presenta un ritmo ventricular rápido (>250 latidos por minuto), irregular, de morfología caótica y que lleva irremediablemente a la pérdida total de la contracción cardíaca, con una falta total del bombeo sanguíneo y por tanto a la muerte del paciente. Es el ritmo final en la mayoría de las muertes súbitas y puede aparecer como complicación en prácticamente todas las patologías cardíacas. En la mayoría (entre el 75-80%) tienen enfermedad coronaria, cerca de un 20% otros tipos de patología cardíaca como la miocardiopatía hipertrófica y la miocardiopatía dilatada y finalmente en un 5% en los que no se detecta patología.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO: Se presenta el caso de un varón de 19 años que ingresa tras fibrilación ventricular idiopática con parada cardiorrespiratoria recuperada. Se procede a implantación de DAI monocameral que en el postoperatorio inmediato presenta derrame pericárdico con signos de taponamiento cardiaco que precisó pericardiocentésis urgente mediante catéter que mantuvo dos días. Durante su estancia en planta se objetivó trombo en el cable de DAI que se soluciona con anticoagulación.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS: El objetivo fue crear un plan de cuidados personalizado y adecuado al caso utilizando la valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

REFLEXIÓN SOBRE EL CASO: La implantación de estos dispositivos es frecuente en nuestras unidades por lo que es importante tener conocimiento de las complicaciones potenciales que puedan producirse así como saber detectar los signos y síntomas de una manera precoz.

IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS RESINCRONIZADOR EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Ramos Isabel, A; Domínguez Méndez, C; García De La Calle, R; Sánchez Benítez, AM; Velasco Collado, JM; Bover Freire, R; Gómez Brriga, MD; Garcímartin, R;

Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardiaca es considerada por los expertos internacionales como una auténtica epidemia cardiovascular de nuestro siglo. El 10% de la población mayor de 70 años padece insuficiencia cardiaca. La gestión de pacientes con insuficiencia cardiaca supone una carga económica considerable y la hospitalización causa más del 50% de ese gasto. Todos los ensayos clínicos aleatorizados han confirmado un alivio relevante de los síntomas y una mayor capacidad de ejercicio gracias a la terapia de resincronización cardiaca (TRC).

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO: Se presenta el caso de un varón de 81 años con miocardiopatia dilatada que durante el último año ha presentado varios episodios de descompensación de la insuficiencia cardiaca. Durante el último ingreso por insuficiencia cardiaca el paciente presentó bradicardia sinusal sintomática en relación con uso de betabloqueantes y de disfunción del nodo sinusal por lo que se decide implantación de marcapasos resincronizador.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS: El objetivo fue crear un plan de cuidados personalizado y adecuado al caso, utilizando la valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

REFLEXIÓN SOBRE EL CASO: Como indican los ensayos clínicos es evidente que el uso de dispositivos implantables ayuda a mejorar en la mayoría de los casos los síntomas de insuficiencia cardiaca y por consiguiente la calidad de vida de los pacientes pero tanto en la hospitalización como en las unidades de insuficiencia cardiaca es muy importante el papel que juega la enfermería en su labor educativa para asegurar tanto el cumplimiento terapéutico cómo dietético por parte de las pacientes y así minimizar en la medida de lo posible nuevas descompensaciones y reingresos hospitalarios.

ADAPTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA DE LA OMS A HEMODINÁMICA

Carrasco Ruiz, R; Millán Vázquez, F; Duarte Arlandi, M; Gil Pérez , R; Macías Pérez, J; Méndez Rubio, J; Padrón Rodríguez, C; García Alvarez, A; Moreno Gonzalez, P;

Hospital Virgen de la Victoria de Málaga

Bajo el Reto Mundial "La cirugía salva vidas", la OMS definió la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica, adaptable a distintos entornos quirúrgicos. Es una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas, la complejidad de los procedimientos en Hemodinámica y el ritmo vertiginoso de los preparativos, justifica el uso en dichas unidades.

OBJETIVOS: Mejorar la seguridad de los pacientes en los procedimientos realizados en hemodinámica y reducir los incidentes evitables.

Revisar y adaptar el listado de verificación quirúrgica de la OMS, a las necesidades de nuestro entorno.

METODOLOGÍA: El equipo quirúrgico de nuestro servicio de Hemodinámica, formado por Cardiólogos, Anestesistas y personal de Enfermería, adapta el "Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica" de la OMS a las necesidades de nuestro entorno clínico.

Establecemos un periodo de prueba en una de nuestras salas de Hemodinámica y anotamos las observaciones, que nos ha llevado a realizar cambios.

RESULTADOS: La Lista de verificación respeta el modelo original y lo divide en tres fases: periodo anterior al comienzo de la intervención, al acceso percutáneo o quirúrgico, y salida del paciente.

Debe haber una única persona encargada de realizar los controles de seguridad, por la dinámica de nuestro servicio, creemos más funcional que los realice el enfermero circulante.

CONCLUSIÓN:
Las modificaciones se llevan a cabo atendiendo los diez objetivos de la OMS para una cirugía segura. La inclusión de ítems no nos aleja de la idea de realizar un diseño atendiendo a la simplicidad.

DETECCIÓN PRECOZ DE DISLOCACIÓN DE ELECTRODO VENTRICULAR MEDIANTE SEGUIMIENTO REMOTO

Represa Pastor, T; Alejandre Leyva, M; Fernández Bárcena, A; Represa Pastor, T; Alejandre Leyva, M; Fernández Bárcena, A; Razzo, O; González Villegas, E; Silvestre García, J; Mesa García, JM;

H.U.L.P

INTRODUCCIÓN: Se presenta el caso clínico de un paciente al cual se le realiza un recambio de marcapasos definitivo, la modalidad de seguimiento postquirúrgico elegido es la monitorización domiciliaria o seguimiento remoto, que permite la detección precoz de anomalías en el funcionamiento del sistema. Se detectó de forma precoz una dislocación del electrodo ventricular.

OBJETIVO: Mostrar la eficacia del seguimiento remoto en cuanto a detección precoz de anomalías en el funcionamiento de los dispositivos de estimulación cardíaca.

CASO CLÍNICO (MATERIAL, MÉTODOS, RESULTADO): Varón de 61 años, se le realiza un recambio de marcapasos DDD (por agotamiento de la batería) y electrodos auricular y ventricular. El paciente es incluido en el sistema de seguimiento remoto Carelink (Medtronic). En la primera transmisión de datos realizada al mes del implante es detectada por enfermería una anomalía en los umbrales del cable ventricular, lo que hace sospechar de una disfunción en éste. Mediante revisión presencial y realización de radiografía de tórax se comprueba que efectivamente el cable ventricular se encuentra dislocado. Se procede a la recolocación del electrodo dislocado y revisión del generador. El paciente continúa en la actualidad incluido en el grupo de pacientes con seguimiento remoto Carelink, a través del cual comprobamos que el funcionamiento del marcapasos es correcto a día de hoy.

CONCLUSIONES: Actualmente y gracias a los sistemas de seguimiento remoto de dispositivos de estimulación cardiaca es posible detectar anomalías de forma precoz, evitando complicaciones graves. El papel desempeñado por enfermería en este tipo de seguimiento es fundamental, realizando una revisión de todas las transmisiones y filtrando sólo las que requieren de actuación médica.

ENFERMERA COMPETENTE EN HEMODINAMICA

García Jarillo, CM; Rejón Amores, M; Mesa Rico, R; Palomino Escario, A; Tore Meléndez, F; Dominguez Naranjo, A; Rodriguez Garcia, E; Repullo Cortes, G; Timonet Andreu, E;

Hospital Costa del Sol-Marbella-Málaga

OBJETIVO: Garantizar que los profesionales de enfermería, en el ámbito de los cuidados específicos adquieran y potencien las competencias técnicas necesaria, para prestar unos cuidados de enfermería de calidad, preservando la seguridad para el paciente minimizando la variabilidad de las intervenciones realizadas.

MÉTODO: Desarrollo de competencias técnicas centradas en el desempeño del profesional en la sala de cardiología intervencionista, evaluadas con pruebas que sirven de instrumentos o elementos objetivos de medición y evaluación que determinan el cumplimiento de las evidencias asociadas a cada buena práctica. Habiéndose establecido tres niveles progresivos para su consecución.

RESULTADO: Partiendo del proyecto desarrollado por el Sistema Sanitario Público de Andalucía de Acreditación de Competencias Profesionales, en el Hospital Costa del Sol hemos desarrollado un modelo de gestión de competencias técnicas paralelo . Un modelo que lo complementa ya que tiene la capacidad de situarse en entorno específicos según el puesto de trabajo. Siendo la competencia: MANEJO DEL PACIENTE EN EL INTERVENCIONISMO CARDIACO, la competencia amoldada a la enfermera de hemodinámica.

CONCLUSIONES: La ausencia de formación reglada especializada en la enfermería española nos empuja a que tengamos que buscar la manera de mostrar las competencias que hemos desarrollado. Queremos distinguirnos como enfermeras especializadas en cardiología intervencionista capaces de desarrollar una labor compleja, autodidacta y responsable de la formación del personal de nueva incorporación.

MI MARCAPASOS A MI RITMO, NUEVOS TIEMPOS

Temprano Ramos, A; Veiga Rodriguez, Mª; Someso Fernandez, E;

USP Hospital Santa Teresa

INTRODUCCIÓN: Las interferencias electromagnéticas son señales eléctricas de origen no fisiológico que afectan o pueden afectar a la función normal de un marcapasos (MP) o desfibrilador automático implantable (DAI).
La demanda de dispositivos electrónicos para uso diario cada vez es mayor, esto genera múltiples dudas a los pacientes con MP y DAI; además el espectro de pacientes también es variable.

OBJETIVO: Establecer una guía sencilla y útil adaptándose a la actualidad tecnológica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Elección de poster como método complementario en educación sanitaria. Díptico realizado basándose en: revisión bibliográfica, las recomendaciones de la sociedad española de cardiología, nuestra experiencia en el día a día en el servicio de cardiología así como en una encuesta telefónica a los pacientes de dicho servicio y la colaboración de Medtronic.

RESULTADOS: Se realizó una encuesta telefónica a 20 pacientes con MP y DAI demostrando que el 80 % tenía múltiples dudas acerca del uso de dispositivos; lo que justifica la necesidad de elaborar una guía actualizada. Se desarrolló un díptico informativo especificando la seguridad o no de los dispositivos electrónicos más empleados en la sociedad actual.

CONCLUSIONES: Nuestros pacientes demandaban información clara y actual , el empleo de este díptico resultara útil en la educación para la salud realizada fuera del ámbito hospitalario.

SOPORTE VITAL BÁSICO + DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO EXTERNO

Rovira Vilamala, I; Serrano Carmona, JL;

Hospital Doctor Josep Trueta

INTRODUCCIÓN: Morir por un ataque al corazón es frecuente. Esta muerte, se podría haber evitado si se hubiera practicado inmediatamente la resucitación cardio-pulmonar. Se sabe que la mayoría de paros cardíacos pasan en la calle. Cuando el corazón se detiene de forma repentina, a menudo, se debe a un ritmo caótico que se conoce con el nombre de Fibrilación Ventricular (FV). Un desfibrilador externo automático (DEA) es un aparato que administra una descarga eléctrica controlada al corazón para interrumpir la FV y restablecer la función cardiaca. Su utilización es muy sencilla y se basa en señales acústicas y visuales. Por eso, nuestro objetivo es elaborar una guía visual que sirva a la población para realizar con éxito un SVB con DEA.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha creado un grupo multidisciplinar, que previamente ha realizado el curso de SVB + DEA, y mediante las nuevas guías de Resucitación del European Resuscitation se ha enseñado a la población cómo realizar correctamente un SVB + DEA a través de imágenes.

RESULTADOS: Se ha creado un póster que refleja, utilizando imágenes, cómo hacer un correcto SVB y cómo utilizar el DEA.

CONCLUSIONES: Las paradas cardiorrespiratorias son frecuentes cada día y la mayoría se dan en la calle sin que haya cerca un equipo de reanimación. La formación de la población en SVB y DEA constituye un hecho clave para la recuperación de las personas que precisan este tipo de ayuda. Por eso creemos que mediante imágenes podemos recordar los pasos que hay que seguir.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ACTUALIZACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES ENTREGADAS AL ALTA

Cabrera Molina, G.M; Bacaicoa Parrado, P; Canals de la Vega, L; Díaz Herrera, V; García García, J; Gea Valero, M; Porcel Arrebola, E; Rebollo Lozano, C; Sainz Magrans, S; Valle Pérez, Y;

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

INTRODUCCIÓN:
La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en la población adulta de países desarrollados. La prevención de la evolución de la enfermedad depende del control de los factores de riesgo cardiovasculares. Para ello, desde 2001, se entrega a los pacientes de nuestra unidad un documento informativo con unas pautas generales a seguir. Por tanto, creemos necesario revisar y actualizar su formato y contenido para adaptarnos a las tendencias actuales.

OBJETIVO:
- Revisar y actualizar el documento informativo existente.
- Conocer el número de folletos entregados en nuestra unidad, durante los años 2010 y 2011.

MATERIAL Y MÉTODO:
- Recuento de la totalidad de los folletos entregados a los pacientes al alta.
- Revisión bibliográfica.

RESULTADOS: Durante los años 2010 y 2011, se entregaron un total de 2217 folletos informativos a los pacientes ingresados en nuestra unidad con cardiopatía isquémica.

Se creó un nuevo tríptico informativo actualizando su diseño y contenido, en formato papel.

CONCLUSIONES: Una correcta educación sanitaria al paciente afecto de cardiopatía isquémica, sobre cuales son los factores de riesgo más influyentes sobre su enfermedad, mejora los conocimientos de los pacientes y de esta manera, fomenta la adquisición de hábitos saludables en su estilo de vida. Debido al elevado número de folletos entregados, creímos necesario actualizar su contenido ya que no habían sido revisados desde 2001.

CASO CLINICO: SINDROME WILLIAMS. PROBLEMAS CARDIACOS. PLAN CUIDADOS DE ENFERMERIA

Oliver Valcarcel, E; Gracia Gimeno, C; Melus Aznar, M;

El paciente es un niño de trece años procedente de Honduras,diagnosticado en 2008, mediante cateterismo de estenosis supravalvular aórtica e hipoplasia del itsmo aórtico sin tratamiento.

Aquí, se estudió su caso, encontrando como diagnósticos principales:
• Estenosis supravalvular aórtica.(PSVI 222 mmHg, PSAo asc 116 mmHg, gradiente de 106 mmHg)
• Hipoplasia de itsmo aórtico.(Gradiente de 44 mmHg)
• Hipertrofia de ventriculo izquierdo
• Hipertensión secundaria
• Estenosis pulmonar
• Fenotipo peculiar
• Retraso psicomotor

Confirmado mediante estudio genético el síndrome de Williams, se realizó cateterismo diagnóstico, previo a la cirugía cardiaca, que solucionó con éxito la estenosis supravalvular aórtica.

Actualmente, continúa con planificación individualizada de atención al paciente, para el cumplimiento de objetivos de enfermería antes, durante y despues del procedimiento

24 HORAS EN HEMODINÁMICA

Blanco González, C; Arias García, P; Torre Cabo, J; García Aranda, FJ; Fernández Maese, JM; Cabezas Rodríguez, J; Miranda Suárez, P; Caveda Lorenzo, R; Alonso Fernández, A; Rivilla Soblechero, J;

Equipo de Enfermería del Servicio de Hemodinámica
del Hospital Central de Asturias

INTRODUCCIÓN: Los laboratorios de Hemodinámica, debido a su aislamiento propio de un quirófano especializado son, para el personal de Enfermería, el gran desconocido tanto en sus instalaciones y trabajo diario, como en sus métodos.

OBJETIVO DEL PÓSTER: El objetivo principal de este póster fue hacer llegar, a todo el Personal de Enfermería, cómo y en qué consistió nuestro trabajo en un día cualquiera en el Servicio de Hemodinámica.

MATERIAL Y MÉTODOS: El material utilizado va desde jeringas y agujas (para anestesia, lavados de catéteres, introducción de contraste yodado y para insuflar presión a los balones de angioplastia) hasta catéteres y guías específicos para cateterización de las diferentes arterias coronarias, así como otro tipo de herramientas y recursos necesarios para la realización de las pruebas propias del Servicio. Todo esto será ilustrado con documentación gráfica de los diversos procedimientos.

En cuanto al método utilizado consistió en recordar la técnica Seldinger referida a las punciones, tanto venosas como arteriales.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN: Los resultados presentados en el póster se elaboraron en base a la estadística anual de las diferentes exploraciones y el resultado radiológico de dichas pruebas de los pacientes del Servicio de Hemodinámica.

Este póster pretendió acercar y explicar, de manera breve y sencilla, a los profesionales de Enfermería que desconozcan este tipo de pruebas, los procedimientos que se aplican a los pacientes que llegan a la Unidad de Hemodinámica.

Esperamos que todo ello haya valido para darnos a conocer un poco más a nuestros compañeros, y que sirva como modelo de interrelación con otros servicios hospitalarios.

BIBLIOGRAFIA:

• Sociedad Española de Cardiología (www.secardiologia.es)
• Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista (www.hemodinamica.com)
• Pubmed-Elsevier
• Dpto.de Cardiologia .St.Lukes Episcopal.Houston

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA CARDIÁCA TRANSAPICAL

Cuesta Arribas, C;

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN: La cirugía transapical consiste en implantar una bioprótesis en el anillo aórtico, es una técnica mínimamente invasiva, innovadora y multidisciplinaria.

Evita la esternotomía y la circulación extracorpórea (evitando los riesgos que ambas técnicas incluyen) ya que el abordaje se realiza mediante una minitorocatomía anterolateral por el 4º y 5º espacio intercostal alcanzando el ápex del corazón, concretamente en el ventrículo izquierdo.

Criterios de inclusión: pacientes con Aorta de porcelana, mayores de 75 años, insuficiencia renal, hipertensión pulmonar y enfermedad arterial periférica.

Como propósito pretendo identificar los diagnósticos de enfermería en aquellos pacientes que se les aplica este tipo de cirugía y con ello poder instaurar los objetivos intervenciones adecuadas para conseguir lo más rápido posible la autonomía del paciente y que ésta sea eficaz y sin secuelas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo en el cual se aplican todas las etapas del proceso enfermero (Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación) utilizando los instrumentos necesarios (NANDA,NOC y NIC) para llevar a cabo un proceso de atención de enfermería de calidad en pacientes intervenidos por cirugía transapical.

RESULTADOS: Podemos definir que todos aquellos pacientes intervenidos con esta técnica presentan unos diagnósticos de enfermería similares: Riesgo de infección r/c cirugía, hipertermia r/c intervención quirúrgica, insomnio r/c ansiedad y disconfort, dolor agudo r/c heridas quirúrgicas.

CONCLUSIONES: Si aplicamos un proceso enfermero de forma adecuada, podemos, valorar y actuar sobre las necesidades reales de los pacientes quirúrgicos y con ello conseguir la máxima autonomía del paciente y mejorar su calidad de vida lo antes posible.Evitando la aparición de efectos adversos.
También es de utilidad para la calidad asistencial; coste- efectividad- eficiencia.

PALABRAS CLAVE: Cirugía transapical, proceso enfermero, calidad de vida, autonomía del paciente, calidad asistencial.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN INICIAL EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

Sánchez Terrón, V; Gutiérrez Lobo, MT; Ruiz Forner, E;

Complejo Hospitalario de Avila, Hospital Nuestra Señora de Sonsoles.

INTRODUCCIÓN: La nueva definición de síndrome coronario agudo engloba cualquier proceso coronario isquémico, infarto agudo de miocardio o angina.

Actualmente, es suficiente tener troponinas positivas tanto si se acompaña o no de otros criterios diagnósticos, ya que reflejan la fisiopatología de la enfermedad, y deben ser integrados en la estratificación del riesgo junto con otras variables de valor pronóstico (ECG, clínica, etc.)

La identificación precoz de estos pacientes, permite iniciar el tratamiento adecuado y así mejorar el pronóstico, precisando una valoración individualizada.

Es importante agrupar a los pacientes en dos grandes bloques: con y sin elevación del ST, si existe elevación del ST debe organizarse el tratamiento de reperfusión en el menor tiempo posible, si no existe elevación del ST, debe valorarse primero la probabilidad de isquemia coronaria y seguidamente la estratificación del riesgo.

OBJETIVO: Establecer un protocolo de actuación que resulte efectivo y detectar los pacientes de alto riesgo mediante la participación del personal de enfermería en la aplicación del mismo.

MATERIAL Y METODOS:
- Elaboración y puesta en marcha del protocolo.
- Agrupación de pacientes: SCACEST y SCASET.
- Aplicación de la escala de riesgo cardiaco TIMI.
- Indicación de cateterismo primario en centro hospitalario de referencia o en su defecto de rescate o preferente.
- Valoración del paciente post cateterismo.

RESULTADOS: El trabajo en equipo multidisciplinar permitió la unificación de criterios en la elaboración del protocolo y su puesta en marcha, garantizando así, la calidad de la atención prestada.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:
Es fundamental la difusión de dicho protocolo entre todo el personal y ofrece una metodología de trabajo para la aplicación del proceso de atención de enfermería. Planificar los cuidados de enfermería favorece una atención segura y de calidad.

HOSPITAL DE DÍA DE HEMODINÁMICA

M. Mahamud, I. García, D. Rodríguez, P. Diez, M. Uson, L. Cantarero; P. Julián

Hospital Universitario Mutua Terrassa, en Terrassa. Barcelona

INTRODUCCIÓN:
Los hospitales de Día responden a la necesidad de crear un espacio donde acoger a pacientes que deben someterse a un procedimiento diagnostico y/o terapéutico. Los pacientes proceden del mismo centro o de otros cercanos, que no disponen de servicio de Hemodinámica propio por lo que son trasladados al centro al que referiremos, de forma programada y/o urgente, (CODIGO INFARTO).

OBJETIVO: Describir la actividad en el Hospital de Día de Hemodinámica y el servicio prestado.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio descriptivo y retrospectivo realizado en enero, febrero y marzo del año 2011, en nuestro centro hospitalario perteneciente a la red catalana de hospitales de utilización publica, que engloba el Servei Català de la Salut.
El hospital dispone de Hospital de Día ambulatorio, lindante a la sala de Hemodinámica con una capacidad total de 5 boxees. Se realizo seguimiento del número de pacientes acogidos, registrándose las siguientes variables:

- Procedencia del paciente, (el propio centro hospitalario y/o sus centros de aten ción primaria, traslados de otros centros hospitalarios y/o sus centros de atención primaria).
- La forma de acceder a la unidad (programada o urgente).
- Procedimientos (diagnostico y/o terapéutico)
- Tiempo de permanencia en la unidad.

RESULTADOS: Un total de 289 pacientes fueron sometidos a procedimientos coronarios, de los cuales 115 se programaron en Hospital de Día, (21 pacientes del propio centro y 94 de otros centros).
Urgencias atendidas 51, (CODIGO INFARTO).
Procedimientos totales realizados 395.
Tiempo medio de estancia en la unidad ambulatoria ¾ horas.

CONCLUSIONES:
Es significativo el número de pacientes atendidos en la unidad.
Disminuye la presión asistencial en los servicios de hospitalización y urgencias.
Responde necesidades de la población local y comarcal.
Al activar una urgencia permite ser atendida segura y rápida.
Se reducen tiempos de espera para someterse a procedimientos coronarios que no precisan de ingreso.

NOTAS

NOTAS

NOTAS

NOTAS

SECRETARÍATÉCNICA

congrega
grupo de servicios

dirección C/ Rosalía de Castro, 13 - 1º Izda. 15004 A Coruña teléfono 981 216 416
fax 981 217 542 e-mail congrega@congrega.es web www.congrega.es