aeec

Asociación Española de Enfermería en Cardiología

34 CONGRESO NACIONAL

DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

avanzando, mejorando y compartiendo cuidados

8-10 de mayo de 2013 - Girona

Palau de Congressos

PROGRAMA

aeec

Asociación Española de Enfermería en Cardiología

34 CONGRESO NACIONAL

DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

avanzando, mejorando y compartiendo cuidados

8-10 de mayo de 2013 - Girona

Palau de Congressos

Producción y Maquetación:
CONGREGA S.L.

Rosalía de Castro nº13, 1ºIzqda. 15.004 A Coruña
Tlf: 981 216 416 - Fax: 981 217 542
www.congrega.es · congrega@congrega.es

Depósito Legal: C 780 2013

ÍNDICE

PROGRAMA

Carta de presentación 5
Comité de honor 7
Junta directiva 8
Comités 10
Esquema de programa 13
Programa 14
Cursos de formación 39
Información general 50
AEEC 53
Página web 54
Revista científica 56
Premios comunicaciones 57
Plano 58
Colaboradores 59

COMUNICACIONES

Comunicaciones libres. Jueves 9 de mayo (Salas A, B y C) 9.00 a 10.00h 65
Comunicaciones libres. Jueves 9 de mayo (Salas A, B y C) 11.30 a 12.30h 89
Comunicaciones libres. Jueves 9 de mayo (Salas A, B y C) 12.30 a 13.30h 113
Comunicaciones libres. Viernes 10 de mayo (Salas A, B y C) 9.00 a 10.00h 129
Casos clínicos. Jueves 9 de mayo (Salas A y B) 17.30 a 18.30h 151
Comunicaciones póster fórum. Jueves 9 de mayo (Sala C) 12.30 a 13.30h 177
Comunicaciones póster fórum. Jueves 9 de mayo (Sala C) 17.30 a 18.30h 189
Comunicaciones póster 201

CARTA DE PRESENTACIÓN

Estimadas/os compañeras/os:

Es para todo el Comité Organizador del 34º Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología un placer daros la bienvenida a Girona, ciudad inmortal.

Para nosotros ha significado un gran reto la organización de este evento, a lo que hemos tenido que añadir las dificultades económicas que nos hemos ido encontrando por el camino, debido a la situación de crisis que nos rodea y con la que hemos topado en más de una ocasión. A veces nos han flaqueado las fuerzas, pero no nos hemos venido abajo y hemos trabajado duro para este congreso, no sólo desde el punto de vista organizativo, sino también en el programa científico. Esperamos que vuestra satisfacción esté a la par de nuestro esfuerzo. Mil gracias por vuestras aportaciones, sin las que nada hubiera sido posible. Gracias también porque compartiendo cuidados se puede avanzar y mejorar, tal como reza nuestro eslogan. Aunque nos ha tocado vivir en estos tiempos difíciles, como profesionales, tenemos el deber moral de hacer todo aquello que esté en nuestra mano para mejorar la salud de pacientes y ciudadanos. Es en situaciones como ésta, en las que tenemos que ser más inteligentes y echar mano de nuestra imaginación, para conseguir ser más eficaces.

Estamos seguros de que Girona os va a cautivar. Tiene el encanto de las ciudades pequeñas, sin multitudes ni aglomeraciones. Es una ciudad viva, aunque con siglos de tradición a sus espaldas, que pueden respirarse en todos sus rincones. Es un lugar fascinante que invita a pasear por las calles de su famoso Casco Antiguo, del Barrio Judío, de la Muralla, etc. y, como sabéis, con una gastronomía de renombre mundial.

Como valor añadido, en mayo, Girona se cubre de flores. Durante nueve días, la ciudad es una explosión de colores, olores y sensaciones, pues en monumentos, patios y jardines de la ciudad se preparan diversas propuestas florales e instalaciones artísticas que tienen como materia prima las flores. Os animamos a que disfrutéis de ello a partir del sábado 11 de mayo.

Os deseamos a todas/os un buen congreso y una feliz estancia,

Ana María Muñoz Bautista,
Presidenta del Comité Organizador

COMITÉ DE HONOR

EXCMO SR. D. CARLES PUIGDEMONT I CASAMAJÓ
Alcalde de Girona

DR. D. JOSEP TRIAS FIGUERAS
Director Servicios Territoriales de Salud. Girona

DR. D. JOSEP Mª COROMINAS I BARNADAS
Vicepresidente 1º de DIPSALUT. Girona

DR. D. VICENÇ MARTÍNEZ IBÁÑEZ
Gerente Territorial Institut Català de la Salut (ICS Girona)
Institut d'Assistència Sanitària (IAS)

DRA. Dª. JOSEFINA PATIÑO MASÓ
Decana de la facultad de Enfermería de la Universidad de Girona

SRA. Dª. MONTSE TEIXIDOR FREIXA
Decana del Consejo de Colegios Oficiales de Enfermeros/as de Cataluña

SRA. Dª. Mª CARME PUIGVERT VILALTA
Presidenta del Col·legi Oficial d´Infers/ers de Girona y vicedecana del Consell de Col.legis d´Infermeres i Infermers de Catalunya

SRA. Dª. Mª LUZ CAPOTE TOLEDO
Presidenta Asociación Española de Enfermería en Cardiología

DR. D. ALBERT BARBERÀ LLUÍS
Director del Institut d'Investigació Biomèdica de Girona
Doctor Josep Trueta (IdIBGi)

DR. D. JOAN SALA MONTERO
Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Girona
Doctor Josep Trueta

SRA. Dª. Mª LLUÏSA PRIVAT MARCE
Directora de Enfermería del Hospital Universitario de Girona
Doctor Josep Trueta

SRA. Dª. TERESA VILALTA ALTÉS
Directora de Enfermería del Institut d'Assistència Sanitària (IAS)

JUNTA DIRECTIVA

Mª JOSÉ ZABALA OSÉS
Presidenta de Honor

AMPARO PEIRÓ ANDRÉS
Presidenta saliente

Mª LUZ CAPOTE TOLEDO
Presidenta

Mª MERCEDES RODRÍGUEZ MORALES
Vicepresidenta

Mª JESÚS PÉREZ GONZÁLEZ
Secretaria

MARÍA JOSÉ MORALES VICENTE
Vicesecretaria

VANESSA A. GARCÍA MOSQUERA
Tesorera

VERA RODRÍGUEZ GARCÍA-ABAD
Vocal de Hemodinámica

PILAR CABRERIZO SANZ
Vocal de Electrofisiología y Estimulación Cardíaca

PASCUAL M. GARCÍA HERNÁNDEZ
Vocal Prevención y Rehabilitación Cardíaca

MAGDALENA NEBOT MARGALEF
Vocal Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

ASUNCIÓN GIMÉNEZ MATEO
Vocal Cirugía Cardíaca

CARLOS SANTOS MOLINA MAZÓN
Vocal Imagen Cardíaca y Técnicas no invasivas

Mª TERESA ARIAS FERNÁNDEZ
Vocal Cuidados Críticos Cardiovasculares

JUNTA DIRECTIVA

ALBERTO LUIS FERNÁNDEZ OLIVER
Vocal Grupo Europeo

EMMA VICTORIA SANTANA BENÍTEZ
Vocal del congreso (Las Palmas 2.012)

ANA Mª MUÑOZ BAUTISTA
Vocal del congreso Girona 2.013

FRANCISCO JAVIER GRACIA PÉREZ
Director de la Revista Enfermería en Cardiología

JAVIER GARCÍA NIEBLA
Director del portal en internet

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta:	Ana Mª Muñoz Bautista
Vicepresidenta:	Alícia Baltasar Bagué
Tesorera:	Goretti Capella Molas
Vicetesorero:	Carles Duran Escuadra
Secretaria:	Mònica Guàrdia Azara
Vicesecretario:	Xavier Pericot Mozo
Vocal Científico Girona:	Lluïsa García Garrido
Vocales:	Ester Abellán Gómez Cristina Badosa Ventura Mercè Domingo Riba Marta Puig Calvet Margarita Oliveras Julià Íngrid Rovira Vilamala Mª Àngels Huertas Álvarez Dolors Torres martínez Yolanda Vélez Pérez Margarita Puigvert Vilalta Montserrat Masó Donadeu Maribel Jofre Valls

COMITÉ CIENTÍFICO

Directora	Carmen Bermejo Merino
Subdirectora	Juana Oyanguren Artola
Vocales	Blanca Esther Aguayo Esgueva Idoia Beistegui Alejandre María Lluïsa García Garrido Elena Maull Lafuente Carmen Naya Leira Susana Rubio Martín

PROGRAMA

ESQUEMA DE PROGRAMA

	MIÉRCOLES 8 de mayo (Facultad de Enfermería)
16:00-20:00 h	CURSOS DE FORMACIÓN
20:30 h	Inauguración oficial
21:00 h	Cóctel de bienvenida

	JUEVES 9 de mayo (Palau de Congressos)				
	Sala A	Sala B	Sala C	Sala D	Sala E
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 Cardíaca	Prevención y Rehabilitación Cardíaca	Insuficiencia Cardíaca y Trasplante	Cirugía Cardíaca
14:00 h	Almuerzo de trabajo				
16:00-17:30 h	MESA REDONDA: Manejo de la diabetes en el paciente cardiológico: problemática actual				
17:30-18:30 h	CASOS CLÍNICOS		PÓSTER FÓRUM		

	VIERNES 10 de mayo (Palau de Congressos)					
	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: La magnitud de la fibrilación auricular: tomar conciencia del enemigo en la sombra					
17:30 h	Conferencia de clausura					
18:15 h	Entrega de premios y acto de clausura					
21:00 h	Cena clausura					

MIÉRCOLES, 8 DE MAYO

16.00-20.00 CURSOS DE FORMACIÓN

Facultad de Enfermería de la Universitat de Girona

Reanimación cardio-pulmonar (RCP)

Modera: Carlos Santos Molina Mazón
Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona
Docentes:
Josep Olivet Pujol. Universidad de Girona
Susanna Martín Hernández. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona
Vicenç Carreres Frau. Universidad de Girona
Manel Vicente Carrascal. Hospital de Figueres. Girona
Ramon Batalla Llordes. Hospital de Figueres. Girona
Vicenç González Martín. Parc Hospitalari Martí i Júlia. Salt. Girona
Pere Rimbau Muñoz. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

La alimentación en la prevención cardiovascular: respondiendo a las necesidades del paciente cardiológico complejo

Modera: Carmen Bermejo Merino. Hospital Clínico Universitario. Salamanca
Docente: Joima Panisello Royo. Fundación para el Fomento de la Salud. Barcelona

Presentación de casos clínicos para el estudio y análisis del electrocardiograma

Modera: Vera Rodríguez García-Abad. Hospital Clínico San Carlos. Madrid
Docente: Juana Oyanguren Artola. Centro de Salud. Basauri-Ariz Osakidetza. Bilbao
Colaboradoras:
Elena Maull Lafuente. Hospital Parc de Salut Mar. Barcelona.
Blanca Esther Aguayo Esgueva. Hospital Universitario Araba. Vitoria
María Mercedes Rodríguez Morales. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada
Susana Rubio Martín. Hospital Virgen de la Salud Toledo

El baile como terapia cardiosaludable

Modera: María José Morales Vicente. Hospital Clínico San Carlos. Madrid
Docente: Josep Grimaldi. Bigdance instructor de baile

20.30 INAUGURACIÓN OFICIAL DEL CONGRESO

21.00 CÓCTEL DE BIENVENIDA

JUEVES, 9 DE MAYO

9.00-10.00 COMUNICACIONES LIBRES

SALA A

Modera: Mariona Vilar Pont. Área Básica de Salud de Can Gilbert del Pla. Atención Primaria. Girona

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN UNA UNIDAD FUNCIONAL DE INSUFICIENCIA CARDÍACA LIDERADA POR ENFERMERÍA

Nebot Margalef, M; González Costello, J; Barbosa Torralbo, MJ; Giménez Requena, A; Asensio Flores, S; Roca Elias, J; Manito Lorite, N;

Hospital Universitàrio de Bellvitge

INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA SUPERVIVENCIA DE NUESTROS PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN

Segura Saint-Gerons, C; Lara Lara, MD; Roldan López, R; Mengibar Pareja, V; Arizon del Prado, JM;

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA CLÍNICA DE UN PROGRAMA DE TELEMONITORIZACIÓN Y TELEINTERVENCIÓN POR VIDEOCONFERENCIA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: ESTUDIO CLÍNICO ALEATORIZADO

Badosa Marcè, N; Ivern Díaz, C; Ruíz Rodríguez, P; Linás Alonso, A; Ollé Olive, L; Guerrero Gancedo, M; Mendoza García De Paredes, L; Zamora Sánchez, JJ; García Rodríguez, M; Pujolar Fulquet, N; Bruguera Cortada, J;

Programa Integrat d'Insuficiència Cardíaca Mar-Litoral, Servei de Cardiología, Hospital del Mar-IMAS, Barcelona.

ESTRATEGIA ENFERMERA MEDIANTE EL PACIENTE EXPERTO PARA MEJORAR LOS ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Burset Carreras, M; Ferrer Morell, N; Reig García, G; Tremols Iglesias, S;

AP. ABS Cassa de La Selva. Girona

JUEVES, 9 DE MAYO

GESTIÓN DE CASOS: VALORACIÓN DEL AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Borràs Pallí, G; Vilar Pont, M; Ruiz Ordoñez, A; Julià Camps, A; Quirch Nuñez, M; Marichal Plana, M; Perpinya Bosch, D; Farre Pla, I; García Garrido, Ll;

Hospital Josep Trueta - Atención Primaria – Girona

SALA B

Modera: Margarita Puigvert Vilalta. Área Básica de Salud de Salt. Atención Primaria. Girona

ENFERMERÍA Y EVIDENCIA CIENTÍFICA: ¿UN MISMO LATIDO?

Gaínza Calleja, A; Azcona Ciriza, L; Doiz Arriazu, R; Zubiri Cañada, MS;

Complejo Hospitalario de Navarra

VALORES INTERLINGÜÍSTICOS DEL CORAZÓN: CONSECUENCIAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Crous, B; Ferrerós, C; Gràcia, L; Baltasar, A;

Universitat de Girona

CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA SOBRE SU LABOR COMO AGENTE ACTIVO EN FARMACOVIGILANCIA

Fernández Redondo, MC; Romero Aniorte, AI; Quintana Giner, M; Pérez Martínez, MT; Hernández Romero, D; Gracia Ródenas, MR;

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

DISTRIBUCIÓN DE CARDIOPATÍAS HEREDITARIAS EN POBLACIÓN INMIGRANTE EN UNA UNIDAD DE CARDIOPATÍAS FAMILIARES EN LA REGIÓN DE MURCIA

López Cuenca, D; López Cuenca, AA; López Ruiz, M; Pérez Sánchez, I; Gómez Milanes, I; Sabater Molina, M; García-Molina Sáez, E; Fernández Redondo, C; Lison Yesares, A; Gimeno Blanes, JR; Valdes Chavarri, M;

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

JUEVES, 9 DE MAYO

POLÍTICA DE VISITAS EN UNIDADES DE CUIDADOS ESPECIALES. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Martín Pérez, S; Oroviogoicoechea Ortega, C;

Clínica Universidad de Navarra

SALA C

Modera: Judit Mir Aiguade. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA CARDÍACA

Noueched, M; Salvador Alabau, I;

Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE IMPLANTE DEL STENT BIORREABSORBIBLE TRAS SEIS MESES DE EXPERIENCIA

Rubio Alcañiz, V; Latorre Jiménez, JM; Rodríguez Rodríguez, L; Suárez Cerpa, J; Martel González, M;

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

TIEMPOS CORTOS DE HEMOSTASIA RADIAL CON DISPOSITIVO TR-BAND® EXPERIENCIA PILOTO EN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Gómez Fernández, M; Martínez Pérez, M; Cereijo Silva, E; Herrera Álvarez, C; Seoane Bello, M; Argibay Pytlik, V; Beiras Otero , P; Bóveda Álvarez, R; Iglesias Santomé, JA; Ocaranza Sánchez, R;

1. Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

2. Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo

JUEVES, 9 DE MAYO

IDENTIFICACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA TRAS UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Blanc Querol, A; Compte Vilella, M; Cortijo Guitart, M; Costa Company, E; Fullà Corredor, I; Riesgo Seoane, L; Saló Sánchez, L; Sanjuan Güell, C;

Clínica Girona. Girona

IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO INFARTO EN EL VOLUMEN DE TRABAJO DE ENFERMERÍA

Domínguez Peramarch, R; Gil Dueñas, J; Canovas Vergé, D; Gutiérrez Capdet, M; Niebla Bellido, M; Pardo González, M; Trilla Colominas, M; Espinosa Moreno, T; Fernández Rodríguez, D; Brugaletta, S;

Hospital Clinic de Barcelona

10.00-11.00 CONFERENCIA INAUGURAL

"35 años del estudio REGICOR: desde un registro hospitalario a la genética poblacional"

Modera: Anna Muñoz Bautista. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona
Conferenciante: Joan Sala Montero. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

11.00-11.30 PAUSA - CAFÉ

11.30-12.30 COMUNICACIONES LIBRES

SALA A

Modera: Margarita Gou Massot. GICOR. Associació Gironina de Prevenció i d'Ajuda a les Malalties del Cor. Girona

CONTROL INTEGRAL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN EL PACIENTE ANCIANO CON ALTO RIESGO: EFICACIA DE UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL. CORAL

Blanco Abril, S; Pumares Álvarez, M; Moralejo Martín, M; Sánchez Gallego, MC;

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

JUEVES, 9 DE MAYO

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, SU CONOCIMIENTO Y CONTROL EN PACIENTES QUE INGRESAN CON UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

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

Hospital Clínic de Barcelona

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA

Romero Aniorte, A.I; Quintana Giner, M; Marín Ortuño, F; Hernández Romero, D; Manzano Fernández, S; Grácia Ródenas, M.R; Orenes Piñero, E; Valls Sandoval, N; Valdés Cávarri, M; Fernández Redondo, M.C;

Servicio de Cardiología. Hospital Virgen De La Arrixaca, Murcia

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

Quintana Giner, M; Romero Aniorte, A.I; Hernández Romero, D; Marin Ortuño, F; Grácia Ródenas, M.R; Orenes Piñero, E; Manzano Férnandez, S; Valdés Chávarri, M; Fernádez Redondo, M.C;

Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de La Arrixaca, Murcia

ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACIÓN DE MOTRIL

Martínez Linares, JM; Mingorance Garví, MC; López Moreno , CM; Torres Rodríguez, E; Salgado Parreño, FJ; Guisado Barrilao, R;

Hospital General Básico de Motril - Universidad de Granada

SALA B

Modera: Yolanda Vélez Pérez. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

¿QUÉ SABEN NUESTROS PACIENTES SOBRE ANTICOAGULANTES ORALES?

Torta Castelló, R; Cuevas López, E; Fabregat Albert, Mj; Olivella García, D;

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

JUEVES, 9 DE MAYO

EFECTIVIDAD DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LOS RIESGOS CARDIOVASCULARES DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE CUSHING

Martínez Momblan, MªA; Gómez Palomar, C; Webb Youdale, S; Resmini, E; Úbeda Bonet, I; Santos Vives, A; Capillo Zaragoza, B; Gómez Palomar, MªJ;

Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Capellà LLovera, T; González Alonso, M; Grau Mur, P; Ortega Ferrer, S; Santamaría Laín, R;

Hospital de Barcelona

¿ES POSIBLE SEGUIR LA DIETA SIN AÑADIR SAL?

Santamaría Laín, R; González LLorens, C; Martínez Casas, S; Manzano Sánchez, T; Sanz Cardoso, S; Tordable Alonso, O;

Hospital de Barcelona

PACIENTE DIABÉTICO: ALGO MÁS QUE UNA CIFRA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA

Bombín Benito, R; Sánchez Poule, Y; Cruzado Álvarez, C;

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

SALA C

Modera: Cristina Badosa Ventura. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

COMPLICACIONES DE DISPOSITIVOS EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA Y CANALOPATÍA TRATADOS CON MARCAPASOS PERMANENTE Y/O DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS IMPLANTABLES. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

López Cuenca, D; López Cuenca, AA; López Ruiz , M; Lison Yesares, A; Fernández Redondo, C; Sabater Molina, M; García-Molina Sáez, E; Lacunza Ruiz, J; Salar Alcaraz, ME; Gimeno Blanes, JR; Valdes Chavarri, M;

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

JUEVES, 9 DE MAYO

EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA EN LA IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS CORONARIOS BIOABSORBIBLES

Gil Dueñas, J; Canovas Verge, D; Domínguez Peramarch, R; Gutiérrez Capdet, M; Niebla Bellido, M; Pardo González, M; Trilla Colominas, M; Espinosa Moreno, T; Fernández Rodríguez, D; Brugaletta, S;

Hospital Clinic de Barcelona

CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA AUTOEXPANDIBLE

Rubio Alcañiz, V; Martín Quintana, CR; Suárez Cerpa, J; Latorre Jiménez, JM; Rodríguez Rodríguez, L; Martel González, M;

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

COMPLICACIONES VASCULARES EN EL PACIENTE SOMETIDO A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO

Berga Congost, G; Murillo Miranda, P; Márquez López, A; Casajús Pérez, G;

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

PRÓTESIS VALVULAR PERCUTÁNEA: EXPERIENCIAS Y RESULTADOS

Valdelvira Castillo, I; Marín Pérez, R; Villuela Rivero, E; Haro del Río, G; Gómez Hospital, JA; Romaguera, R;

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

12.30-13.30 COMUNICACIONES LIBRES

SALA A

Modera: Alba Pla Surina. Institut d'Assitència Sanitária. Parc Hospitalari Martí i Júlia. Salt. Girona

ESTUDIO DE LA BASE DE DATOS REDINSCOR SOBRE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EL LAS POBLACIONES DE CÁDIZ Y SAN FERNANDO

Delgado Pacheco, J; Guerrero Rincon, L; Pérez Navarro, M A;

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

JUEVES, 9 DE MAYO

MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL MARCO DEL PLAN DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO DE RIBERA SALUD GRUPO

Díaz-Medina Chaves, A; Ballesta López, FJ; Fernández Pérez, R; Navarro Sánchez, J; Ortíz Ortíz, C;

Hospital del Vinalopo. Alicante

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Valverde Rodríguez, S; García Garrido, LL; Marichal Planas, M; Baltasar Bagué, A; González Marcos, M; Roure Fernández, J; Armengou Arxe, A;

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona. Atención Primaria de Girona. Departamento de Enfermería Universidad de Girona

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Timonet Andreu, E*; Mesa Rico, R*; Rodríguez Alarcón, P*; Bergillos Castillo, S**; Rodríguez Martínez, J.L*; Parrado Rivera, R.A*; Cardoso Sánchez, C*; García González, S*; Rejón Amores, M*; Hernández Cuenca, P*;

**Agencia Sanitaria Costa del Sol. Marbella*
***Hospital Regional Carlos Haya. Málaga*

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE PÉRDIDA PONDERAL Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD EN EL PACIENTE OBESO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Fonfria Vivas R.Mª; Jareño Roglán, M.T; Fácila Rubio, L;

Instituto Cardiovascular. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

SALA B

Modera: Xavier Pericot Mozo. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES POSTOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA

Castanera Duro, A; Cruz Díaz, V; Lobo Civico, A; Buxo Pujolràs, M; García Lamigueiro, A; García Cuesta, M.G; Fuentes Pumarola; C;

Hospital Universitario Doctor Josep Trueta. Girona

JUEVES, 9 DE MAYO

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN PACIENTES POSTOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA SEGÚN EL TIPO DE SONDA URETRAL

Hidalgo Fabrellas, I; Rebollo Pavón, M; Planas Canals, M; Barbero Cabezas, M;

Hospital Universitario Doctor Josep Trueta. Girona

ENFERMOS SOMETIDOS A PARADA CIRCULATORIA TOTAL DURANTE LA CIRUGÍA DE AORTA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Pérez Taboada, MA; Rossi López, M; Roca Canzobre, SM; Pereira Ferreiro, A; Seoane Pardo, NM;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ROTURAS CARDÍACAS POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Caballero García, M.J; Martínez Morcillo, L; Mompo Álvarez, F;

Clínica Capio Albacete

VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA EN LA CIRUGÍA CARDÍACA

Gálvez del Toro, ML; Gurguí Ferrer, M; Gil Alonso, D; Mirelis Otero, B; Casajus Pérez, G; Majo Ramírez, D;

Unitat Malalties Infeccioses. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

SALA C

PÓSTER FÓRUM. Modera: Anna Julià Camps. Área Básica de Salud de Santa Clara. Atención Primaria. Girona

PROTOCOLO DE URGENCIA HEMODINÁMICA PEDIÁTRICA: TÉCNICA DE RASHKIND

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

JUEVES, 9 DE MAYO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTÁNEA A PACIENTES GESTANTES

Guzmán Pérez, M; Baron Ibáñez, O; Fernández Sánchez, R; Plou Domínguez, Y; Aparicio López, G; Pastó Serra, E; Carvajal Rodríguez, C; Losada Pérez, M; Muela Godoy, L; Vázquez García, M; Guerrero Garicano, S;

Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona

HEMOSTASIA VASCULAR POST-CATETERISMO CARDÍACO. ACTUALIZACIÓN ENFERMERA BASADA EN LA EVIDENCIA

Gómez Fernández, M; Reino Maceiras, MV; Navasquillo Lorda, MA; Otero Barreiro, MC; González Juanatey, JR;

Servicio de Cardiología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: CUIDADOS PRE Y POSTCORONARIOGRAFÍA

Santos Vergel, JJ; Gómez Barriga, MD;

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE GIRONA SOBRE EL USO DEL DEA

de la Barrera Pujol, M; Freixas Fabrellas, S; García Castellano, S; Miralpeix Fonalledas, K;

Universidad de Girona

PONGÁMONOS EN SU PIEL: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACA MÁS HUMANIZADA

Pereira Ferreiro, A; Pérez Taboada, Ma; Seoane Pardo, N; Roca Canzobre, S; Rossi López, M;

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA EN LA MUJER

Castillo Sánchez, MT; González Gómez, B;

Fundación Jiménez Díaz-Capio. Madrid

JUEVES, 9 DE MAYO

USO, INTERACCIÓN Y EFECTOS DE LAS PLANTAS MEDICINALES MÁS COMUNES EN NUESTRO ENTORNO RELACIONADAS CON LA MEDICACIÓN CARDIOLÓGICA

Joher Sàbat, S; Garriga Teixidó, C; Mir Aiguadé, J; Navazo Subirana, L; Simón LLorente, S; Carreras Campins, I;

Cardiología. Hospital Universitario Doctor Josep Trueta. Girona

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE AL ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE CARDIOLÓGICO

Guardia Azara, M; Rovira Vilamala, I; Serrano Carmona, JL; Amo Polo, J; Velez Pérez, Y; Ponsati Parramon, A;

Hospital Universitario Doctor Josep Trueta. Girona

13.30-14.00 FORO DE GRUPOS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN:

Hemodinámica

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

Electrofisiología y Estimulación Cardíaca

Sala B. Modera: Pilar Cabrerizo Sanz. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Prevención y Rehabilitación Cardíaca

Sala C. Modera: Pascual M. García Hernández. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada

Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Sala D. Modera: Magda Nebot Margalef. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

Cirugía Cardíaca

Sala E. Modera: Asunción Giménez Mateo. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Imagen Cardíaca y Técnicas no Invasivas

Vocal: Carlos-Santos Molina Mazón. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

Cuidados Críticos Cardiovasculares

Vocal: María Teresa Arias Fernández. Complejo Asistencial Universitario de León

Vocalía europea ante el Consejo de Enfermería Cardiovascular y Profesiones Afines

Vocal: Alberto Fernández Oliver. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

JUEVES, 9 DE MAYO

14.00 ALMUERZO DE TRABAJO

16.00-17.30 MESA REDONDA

MANEJO DE LA DIABETES EN EL PACIENTE CARDIOLÓGICO: PROBLEMÁTICA ACTUAL

Modera: Blanca Esther Aguayo Esgueva. Hospital Universitario Araba. Vitoria
Modera: Clotilde Castillejo Navarro. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

Actualización de la diabetes en el paciente cardiológico
Ponente: Pilar Fariñas Garrido. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Educación y manejo de la diabetes al paciente con patología cardíaca
Ponente: Miguel María María. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Significado de la enfermedad: Percepción del paciente diabético y su entorno
Ponente: Idoia Beistegui Alejandre. Hospital Universitario Araba. Vitoria

17.30-18.30 CASOS CLÍNICOS

SALA A

Modera: Angela Vila Vendrell. Institut d'Assistència Sanitària. Atención Primaria. Girona

CASO CLÍNICO: IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSAPICAL

Rodríguez Echeandia, M.B; Velasco Manchado, I; Bidaurratzaga Aurre, M; Imatz Billalabeitia, L;

Unidad Coronaria. Hospital Universitario Basurto.Bilbao

CUANDO EL DUCTUS DA LA VIDA

Carvajal Rodríguez, C; Aparicio López, G; Losada Pérez, M; Pasto Serra, E; Guzmán Pérez, M; Plou Domínguez, Y; Fernández Sánchez, R; Vázquez García, M; Gracia Calzada, MN; Segarra Rovira, MA;

Hospital General Vall D´Hebron. Barcelona

CASO CLÍNICO: COMPLICACIONES TRAS SHOCK CARDIOGÉNICO E IMPLANTE DE ECMO-VA. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Papín Rivas, MP; Amor Cambón, J; Sánchez Suárez, MIE; Aller Fernández, C; Sabater Sánchez, MC;

Unidade de Cuidados Intermedios de Cardioloxía. CHUAC. A Coruña

JUEVES, 9 DE MAYO

DESFIBRILACIÓN PRECOZ EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA POR PERSONAL NO SANITARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Nava Criado, JM; Sandonis Ruiz, LM; Gómez Gómez, Y; Ayús Sánchez, L; Martín Montero, R; Furones Guerra, MJ; Flores Prieto, M; Aurre Butrón, I; Bañuelos San José, MA; Etxebarria Izquierdo, EJ; Gómez García, X;

Unidad Coronaria y Lab. Hemodinámica Hospital Universitario Cruces. Barakaldo

HIPOTERMIA TERAPÉUTICA INDUCIDA TRAS PARADA CARDÍACA. MÉTODO DE ENFRIAMIENTO INTERNO CON CATÉTER INTRAVASCULAR

Simarro Garrigós, C; Ruiz García, MJ; Torres Sánchez, E; Alcahúd Cortés, C;

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTE CON ANTICOAGULACIÓN CONTRAINDICADA: CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA

Blázquez Jiménez, I; Medina Carrillo, V; Pacheco Sánchez, E; Salas Olivares, A.I; Troya Martín, P; García Rangel, A; Sanz Maderuelo, I; Nieto Rodas, E;

Hospital 12 de Octubre. Madrid

INFUSIÓN DE CELULAS MONONUCLEARES DE MEDULA OSEA EN MIOCARDIOPATÍA DILATADA IDIOPÁTICA. ESTUDIO DE UN CASO

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

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

FÍSTULA QUILOSA EN EL IMPLANTE DE UN MARCAPASOS

Aguirre Montoya, JC; Carmona Heredia, A; Ginel Aldana, S; De Lera Martínez, MJ; Villares Jiménez, A;

Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona

CASO CLÍNICO. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA NEONATAL

Picart Nogué, MªA; Patiño Masó, J; Carles Picart, C; Planella Colomer, M;

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

JUEVES, 9 DE MAYO

AZUL DE METILENO EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA, PACIENTE CON VASOPLEJIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

García Bodas, M.I; Rubio Martín, S; Cabañas Patiño, M.A; Paredes Astillero I; Soria Ramiro M L;

Hospital Virgen de la Salud (Toledo)

SALA B

Modera: Margarida Oliveras Julia. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

INFECCIÓN POR MUCORMICOSIS EN PACIENTE TRASPLANTADO DE CORAZÓN

Berral Baeza, T; Luque López, R; Sánchez Moyano, M; Mengibar Pareja, V;

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

ERITROFÉRESIS EN PACIENTE CON MALARIA POST TRASPLANTE CARDÍACO

Rosenfeld Vilalta, L; Ballesteros Bravo, S; Rodríguez Rodríguez , R; Demur Lanau, T; Romero Arnau, M; Marín Pérez, R; Rojas García, A; Izquierdo Bernal, S; Lluis Caldera, B; Palma Gómez, D;

Hospital Universitari de Bellvitge

CASO DE UN PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) CON PERFUSIÓN CONTINUA ENDOVENOSA DE MILRINONA EN DOMICILIO. COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Nebot Margalef, M; González Costello, J; Barbosa Torralbo, MJ; Bonilla Aguilar, I; Mazeres Ferrer, O; Castro Rodríguez, E; Asensio Flores, S; Gil Bermejo, M; Roca Elías, J; Manito Lorite, N;

Hospital Universitàri de Bellvitge

DEL INFARTO AL TRASPLANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Velasco Manchado, I; Bidaurratzaga Aurre, M; Imatz Billalabeitia, L; Rodríguez Echeandia, M.B;

Hospital Universitario Basurto

JUEVES, 9 DE MAYO

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE VIH (+) CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Seoane Pardo, N; Rossi López, M; Roca Canzobre, S; Pereira Ferreiro, A; Pérez Taboada, M;

C.H.U. A Coruña

DENERVACIÓN RENAL EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

Medina Carrillo, V; García Rangel, A; Blazquez Jiménez, I; Nieto Rodas, ME; Troya Martín, MP; Salas Olivares, AI; Pacheco Sánchez, EM; Sanz Maderuelo, IM;

Hospital 12 de Octubre. Hospital de día de Electrofisiología

DIÁLISIS PERITONEAL COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR

de la Peña Torres, L; Puigvert Vilalta, C;

Hospital Residencial Josep Trueta de Girona

ENTEROPATÍA PIERDE-PROTEÍNAS SECUNDARIA A MIOCARDIOPATÍA RESTRICTIVA

Rossi López, M; Roca Canzobre, S; Pereira Ferreiro, A; Pérez Taboada, MA; Seoane Pardo, N;

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

ABANDONO DEL SEGUIMIENTO CLÍNICO POR PARTE DE UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PULMONAR

Herranz Blasco, A; Garrido Palomeque, MD; Valls Cordoba, M; Cabero Cereto, P; Soler Ayats, C; Corral Celma, MI; Sarda Palau, R; Rodríguez, D; Bruguera Cortada, J; Molina Ferragut, L;

Parc de Salut Mar. Barcelona

SEGUIMIENTO PROACTIVO: INSUFICIENCIA CARDÍACA EN GESTIÓN DE CASOS

Cañizares Gil, A; Gutiérrez Ribal, M; García Garrido, L;

ABS Figueres. Girona

JUEVES, 9 DE MAYO

17.30-18.30 Póster FORUM

SALA C

Modera: Montserrat Masó Donadeu. Área Básica de Salud de Cassà de la Selva. Institut d'Assistència Sanitària. Atención Primaria. Girona

PROTOCOLO DEL TEST DE 6 MINUTOS, PARA EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES. SENCILLO, BARATO, SEGURO, OBJETIVO Y ACCESIBLE PARA ENFERMERAS

Martín Martín, M.A; Oses Pérez de Labeaga, M; Oyanguren Artola, J; Torcal Laguna, J; Lekuona Goya, I; Txirapozu Mendibil, J; Vecin Justo, J.C; Basabe Barrenetxea, A; Gallego Bascuñana, B; Latorre García, P.M;

EQUIPO PROMIC, Centro Salud Basauri - Ariz / Hospital de Galdakao, OSAKIDETZA

PROTOCOLO DE ÍNDICE TOBILLO-BRAZO, UNA PRUEBA ENFERMERA NECESITADA DE ESTANDARIZACIÓN

Oses Pérez de Labeaga, M; Martín Martín, M.A; Oyanguren Artola, J; Basabe Barrenetxea, A; Txirapozu Mendibil, J; Vecin Justo, J.C; Torcal Laguna, J; Lekuona Goya, I; Gallego Bascuñana, B; Latorre García, P.M;

EQUIPO PROMIC, Centro Salud Basauri - Ariz / Hospital de Galdakao, OSAKIDETZA

SINTROM EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Puigvert Vilalta M; Arnau Arnau C; Cortada Corominola M; Cornet Farrerons Mª A; Fuertes Cabezuelo F; Puertas Vaño C;

Área Básica de Salut Salt. Girona

PROYECTO DEL TABLÓN CARDIOSALUDABLE. UNA FORMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA

Lizcano Álvarez, A; Duque López, S; Alonso Blanco, C; Corral Liria, I; Pérez Vázquez, B; Sabater Bermejo, S;

Departamento de Enfermería de la Universidad Rey Juan Carlos (Alcorcón) y Unidad de Hospitalización de Cardiología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid)

JUEVES, 9 DE MAYO

RUTA ASISTENCIAL INSUFICIENCIA CARDÍACA: ELEMENTOS DE CONSENSO E INSTRUMENTOS DE AYUDA PARA ENFERMERÍA

Vilà Vendrell, A; Fabregas Comadran, T; Maso Donadeu, M; Pla Surina, A; Feria Gil, R; Salgado Rodríguez, C; Crous Costa, I; Reig García, G;

Hospital Santa Caterina, ABS de Cassà de La Selva y Anglès (Institut Assistencia Sanitaria-IAS), ABS Sta Coloma de Farners (Institut Català Salut-ICS). Girona

MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) BÁSICA: TODOS PODEMOS SALVAR VIDAS

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

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona

¿EL EJERCICIO QUE SE PRACTICA ES SUFICIENTE PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR?

Jover Mallol, M; Boixés Saña, D; Colom Soldevila, S; Puigvert Vilalta, M; Puertas Vaño, C; Cortada Corominola, M;

CAP Girona-2 y CAP Salt-1

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA SOBRE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA. PRUEBA PILOTO

Méndez Castellano, P; García Garrido, Ll; Farrè Carabasa, C; Jardí Ripoll, C; Baró Ministral, N; Vila Batllorí, N;

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

TERAPIA POR PRESIÓN NEGATIVA EN HERIDAS COMPLICADAS TRAS INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA CARDÍACA

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

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona

VIERNES, 10 DE MAYO

9.00-10.00 COMUNICACIONES LIBRES

SALA A

Modera: Jesús Amo Polo. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA MEDIANTE ÍNDICE DE BARTHEL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

Cepas Sosa, A; Muñoz Villarreal, AB; Luque Serrano, ML; Roldán López, R;

Hospital Reina Sofía de Córdoba

REHABILITACIÓN CARDÍACA MULTIDISCIPLINAR PARA PACIENTES TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO ¿UNA REALIDAD PARA TODOS?

Ivern Díaz, C; Badosa Marcè, N; Cabero Cereto, P; Pujolar Fulquet, N; Ruiz Bustillo, S; Bruguera Cortada, J;

Hospital del Mar. Barcelona

INSTRUMENTO PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN DURANTE EL PROCESO DEL PARTE DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Ambrosio Gutiérrez, L; Pumar Méndez, MJ; Fernández Iriarte, E; Beortegui Urdánoz, E; Ibarrola Izura, S; Díaz Alonso, M; Teilleri Vicondoa, M; Belcos Moreno, ME;

Clínica Universidad de Navarra

LA CAPACIDAD FUNCIONAL, LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EL ENTRENAMIENTO INTERVÁLICO EN REHABILITACIÓN CARDÍACA

Marqués Sule, E.*; Ruescas Nicolau, M.A.*; Buigues González, C.**; Querol Fuentes, F.*;

**Departamento de Fisioterapia; **Departamento de Enfermería. Universidad de Valencia*

ATENCIÓN PRIMARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: IMPLEMENTACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE REGISTRO PARA MONITORIZAR LA ALIMENTACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA

Pomes Casas, M; Corominas Vilalta, D; Escura Reixach, A; García Ulloa, T; Vila Vendrell, A;

Institut Assistencia Sanitaria (IAS). Atención Primaria. Salut Comunitaria. Girona

VIERNES, 10 DE MAYO

SALA B

Modera: Dolors Ametller Ciurana. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

BALANCE DE LÍQUIDOS Y PRÁCTICA CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

Gómez Palomar, MJ; Urgelles Sánchez, I; Caro Romano, A; Escales Seris, M; Casajús Pérez, G;

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

MONITORIZACIÓN DEL ÍNDICE BIESPECTRAL EN LA HIPOTERMIA INDUCIDA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Roca Canzobre, S; Rossi López, M; Seoane Pardo, N; Pérez Taboada, MA; Pereira Ferreiro, A;

Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

CREACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR ISQUÉMICO CARDÍACO

Gómez Palomar, C; Mirabete Rodríguez, MI; Gómez Palomar, MJ; Pérez García, LD; García Abad, I; Val Celis, M; Arranz Pérez, R; Troya Vea, F; Cardelus i Pujol, P; Sánchez, J;

Hospital Sant Pau. Barcelona

EVALUACIÓN DE ECAPA: ESCUELA DE CAPACITACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO

Corral Liria, I; Lizcano Álvarez, A; Sabater Bermejo, S; Duque López , S; Guerra Polo, JM; Alonso Blanco, C; Pérez Vázquez , B;

Departamento de Enfermería de la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) y la Unidad de Hospitalización de Cardiología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA)

VIERNES, 10 DE MAYO

SALA C

Modera: Mónica Guardia Azara. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

USO DE LA BOMBA INYECTORA DE CONTRASTE EN LA ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS FARMACOLÓGICO

Bernado Prats, C; Poyatos Manrubia, S; Calle Gascon, X; Salinas, S; Robles Masuet, J; Silva García, E;

Hospital Clínic. Barcelona

EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA DE LA HEMOFILTRACIÓN VENO-VENOSA CONTINUA PRECOZ

Caballero García, M.J; Palencia Gómez, M.J; Piñero Sáez, S;

Clínica Capio. Albacete

OPTIMIZACIÓN Y CONTROL RADIOLÓGICO EN LOS LABORATORIOS DE HEMODINÁMICA

Trilla Colominas, M; Gutiérrez Capdet, M; Cánovas Vergé, D; Domínguez Peramarch, R; Espinosa Moreno, T; Gil Dueñas, J; Niebla Bellido, M; Pardo González, M; Brugaletta, S; Martín Yuste, V;

Hospital Clínic. Barcelona

VALOR PRONÓSTICO DEL PATRÓN INTESTINAL EN RELACIÓN A LA ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA EN PACIENTES ADULTOS SUPERVIVIENTES A UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y SOMETIDOS A HIPOTERMIA TERAPÉUTICA

Marin Esteban, L; Alia Gil, JP; Iglesias Moreno, RD;

Hospital Universitario La Paz (Unidad Coronaria). Madrid

VIERNES, 10 DE MAYO

10.00-11.30 MESA REDONDA

ENFERCARDIO ACTUALIDAD: ADAPTAR NUESTRAS PRÁCTICAS ENFERMERAS A LAS NUEVAS EVIDENCIAS CIENTÍFICAS

Modera: Elena Maull Lafuente. Hospital Parc de Salut Mar. Barcelona
Modera: LLuïsa García Garrido. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

Desfibrilación pública. Experiencia en Girona
Ponente: Ramón Brugada Terradellas. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

Intervenciones efectivas para la modificación del comportamiento
Ponente: Pilar Isla Pera. Departamento de Enfermería, Salud Pública Mental e Infantil de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona

Actualización del Código infarto
Ponente: Melchor Santos Morín. Hospital Clínico Universitario. Salamanca

Lo más relevante de la evidencia, para enfermería, en prevención y rehabilitación cardíaca
Ponente: José Antonio Mora Pardo. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

11.30-12.00 PAUSA - CAFÉ

12.00-13.30 ASAMBLEA GENERAL DE LA AEEC

14.00 ALMUERZO DE TRABAJO

16.00-17.30 MESA REDONDA

LA MAGNITUD DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR: TOMAR CONCIENCIA DEL ENEMIGO EN LA SOMBRA

Moderadora: Carmen Naya Leira. Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña
Moderadora: Pilar Cabrerizo Sanz. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Prevalencia, Factores de riesgo de la Fibrilación Auricular y sus complicaciones
Ponente: Francisco Alba Saa. Hospital Clínico Universitario. Salamanca

Evidencia científica del tratamiento farmacológico e intervencionista
Ponente: Julia Roure Fernández. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

VIERNES, 10 DE MAYO

Rol enfermero/a en la detección de la fibrilación auricular y en el seguimiento de estos pacientes
Ponente: Estibaliz Cristóbal Domínguez. Hospital Universitario Araba. Vitoria

17.30 CONFERENCIA DE CLAUSURA

Presenta: Alicia Baltasar Bagué. Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Girona

La Música del Corazón
Ponente: Antonio Juan Pastor. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

18.15 ENTREGA DE PREMIOS Y ACTO DE CLAUSURA

21.00 CENA DE CLAUSURA

CURSOS DE FORMACIÓN

TALLER REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR (RCP)

Docentes:

Vicenç Carreres Frau. *Universidad de Girona*
Manel Vicente Carrascal. *Hospital de Figueres. Girona*
Ramon Batalla Llordes. *Hospital de Figueres. Girona*
Pere Rimbau Muñoz. *Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona*
Susanna Martín Hernández. *Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona*
Josep Olivet Pujol. *Universidad de Girona*

Presentación del taller:

Realización de 4 talleres simultáneos con rotación de los participantes por cada uno de ellos.
Duración de cada taller: 50 minutos.
Descripción de los talleres:

- RCP de calidad (QRCP)
- Manejo de la vía aérea y la ventilación. Dispositivos de vía aérea alternativos
- Utilización del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en el ámbito extra-hospitalario
- Casos integrados de Soporte Vital Avanzado en Simulador a Escala Real (SER)

Objetivos:

- Adquirir habilidad en técnicas de Reanimación Cardio Pulmonar de calidad (RCP)
- La utilidad de la simulación clínica como instrumento formativo en RCP

Metodología y Plan de Trabajo:

Talleres prácticos con nº limitado de participantes y utilización de simuladores.

Mediante clase magistral, se expondrán los fundamentos teóricos para adquirir, aumentar y fomentar conocimientos.

La simulación práctica de la RCP se llevará a cabo mediante el estudio de casos para adquirir las destrezas y habilidades necesarias.

LA ALIMENTACIÓN EN LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

Docente:

Joima Panisello Royo. *Fundación para el Fomento de la Salud. Barcelona*

Presentación del taller:

Mostrará los fundamentos teóricos a través de la exposición magistral del tema para adquirir, aumentar y fomentar conocimientos, también desarrollará una parte práctica, por medio de técnicas de rol play y estudios de casos.

Objetivo general:

Potenciar la formación en la correcta alimentación del paciente cardiológico crónico, encaminada a la prevención, en este caso secundaria.

Objetivos específicos:

- Describir los cambios en las recomendaciones estándar para la prevención cardiovascular cuando se añade la presencia de insuficiencia renal
- Listar técnicas especiales de preparación y manejo de los alimentos
- Discutir ¿Cómo manejar el Sodio?
- Demostrar el papel de los fitoesteroles y estanoles
- Mostrar las Interacciones de los alimentos con los dicumarínicos ¿qué debe saber el paciente?
- Analizar la Insuficiencia cardíaca y obesidad, un manejo difícil

Metodología y Plan de Trabajo:

CLASES MAGISTRALES

Trabajo en grupo incorporando técnicas de rol play y situacionales. Distribución preferiblemente en semicírculo; como segunda opción si el aforo es más elevado en escuela.

Ordenador
Cañón
Pizarra

PLAN DE TRABAJO

1. Se plantean 3 situaciones clínicas
2. Se resuelven a partir de los conocimientos y habilidades de que disponen los asistentes
3. Parte teórico práctica I: Paciente cardiológico crónico no complicado
4. Parte teórico practica II: Paciente cardiológico complejo
5. Se replantean en grupo las 3 situaciones

Bibliografía

- Guía de la ESC/EAS sobre el manejo de las dislipemias. Rev Espa Cardiol 2011 64(12): 1168 e1-e60.
- European Cardiovascular Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal.
- Recomendaciones de la Sociedad española de Nefrología para el manejo de las alteraciones del metabolismo oseomineral en el manejo del paciente con IRC. Sociedad Española de Nefrología.
- Mangione F, Dal Canton A. The epidemic of chronic kidney disease: looking at ageing and cardiovascular disease through kidney-shaped lenses. J Intern Med 2010;268:449-455.
- Landray MJ, Emberson JR, BlackwellL, Dasmupta TA, Zakeri R, Morgan MD, et al. Prediction of ESRD and death among people with CKD: The chronic renal impairment in Birmingham (CRIB) prospective cohort study. Am J Kidney Dis 2010;56:1082-1094.
- Thomas MC, Groop PH. New approaches to the treatment of of nephropathy in diabetes. Expert Opin Investig Drugs 2011;20(8):1057-1071.
- Bakris G, Vassalotti J, Ritz E, Wanner C, Stergiou G, Molitch M, et al. National Kidney Foundation consensus conference on cardiovascular and kidney diseases and diabetes risk: an integrated therapeutic approach to reduce events. Kidney International 2010;78:726-736.

- Astrup A, Dyerberg J, Elwood P, Hermansen K, Hu FB, Jakobsen MU, Kok FJ, Krauss RM, Lecerf JM, LeGrand P, Nestel P, Riserus U, Sanders T, Sinclair A,Stender S, Tholstrup T, Willett WC. The role of reducing intakes of saturated fat in the prevention of cardiovascular disease: where does the evidence stand in 2010? Am J Clin Nutr 2011;93:684 – 688.
- He K, Song Y, Daviglus ML, Liu K, Van Horn L, Dyer AR, Greenland P. Accumulated evidence on fish consumption and coronary heart disease mortality: a meta-analysis of cohort studies. Circulation 2004;109:2705 – 2711.
- Mozaffarian D, Katan MB, Ascherio A, Stampfer MJ, Willett WC. Trans fatty acids and cardiovascular disease. N Engl J Med 2006;354:1601 – 1613.
- Dauchet L, Amouyel P, Hercberg S, Dallongeville J. Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies. J Nutr 2006;136:2588 – 2593.
- He FJ, Nowson CA, MacGregor GA. Fruit and vegetable consumption and stroke: meta-analysis of cohort studies. Lancet 2006;367:320 – 326.
- Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. Prev Med 2004;38:613 – 619.
- Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. Am J Clin Nutr 2010;92:1189 – 1196.
- European Heart Network. Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe. 2011.
- Keys A. Effects of different dietary fats on plasma-lipid levels. Lancet 1965;1:318 – 319.
- Siri-Tarino PW, Sun Q, Hu FB, Krauss RM. Meta-analysis of prospective cohort studies evaluating the association of saturated fat with cardiovascular disease. Am J Clin Nutr 2010;91:535 – 546.
- Stamler J. Diet – heart: a problematic revisit. Am J Clin Nutr 2010;91:497 – 499.
- Mensink RP, Katan MB. Effect of dietary fatty acids on serum lipids and lipoproteins. A meta-analysis of 27 trials. Arterioscler Thromb 1992;12:911 – 919.

- He K, Song Y, Daviglus ML, Liu K, Van Horn L, Dyer AR, Goldbourt U, Greenland P. Fish consumption and incidence of stroke: a meta-analysis of cohort studies. Stroke 2004;35:1538 – 1542.
- Mozaffarian D, Clarke R. Quantitative effects on cardiovascular risk factors and coronary heart disease risk of replacing partially hydrogenated vegetable oils with other fats and oils. Eur J Clin Nutr 2009;63 Suppl 2:S22 – S33.
- He FJ, MacGregor GA. Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. J Hum Hypertens 2002;16:761 – 770.
- Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, Obarzanek E, Conlin PR, Miller ER 3rd, Simons-Morton DG, Karanja N, Lin PH. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH – Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Med 2001;344:3 – 10.
- Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG, Moran A, Lightwood JM, Pletcher MJ, Goldman L. Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. N Engl J Med 2010;362:590 – 599.
- R. Estruch, et al. Primary prevention on cardiovascular disease with a mediterranean diet. NE 2013.

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS PARA EL ESTUDIO Y ANÁLISIS DEL ELECTROCARDIOGRAMA

Docente:

Juana Oyanguren Artola. *Centro de Salud. Basauri-Ariz Osakidetza. Bilbao*

Presentación del taller:

El curso tiene una parte, de desarrollo teórico. Clase magistral en la que se expone los criterios para adquirir, aumentar y fomentar conocimientos, subrayando la importancia de estos conocimientos en la práctica clínica. La parte práctica, se trabajará en grupo incorporando técnicas de análisis de registro del E.C.G. relacionándolo con los datos clínicos potenciando el debate en grupos pequeños tutelados por un monitor.

Objetivos general:

Analizar diversas situaciones clínicas agudas y crónicas comunes de pacientes en diferentes entornos de enfermería, asociando una imagen electrocardiográfica con los antecedentes y evaluación clínica del paciente, sugiriendo posibles pautas de actuación de enfermería, a través de un taller interactivo.

Objetivos específicos:

- Casos clínicos para repaso de parámetros de normalidad del ECG, hipertrofias, cardiopatía isquémica, bloqueos de rama, bradicardias, taquicardias, fármacos, electrolitos… y rol de enfermería ante ellos
- Potenciar los conocimientos a través clínicos
- Métodos de casos

Metodología y Plan de Trabajo:

El curso tiene una parte, de desarrollo teórico. Clase magistral en la que se expone los criterios para adquirir, aumentar y fomentar conocimientos, subrayando la importancia de estos conocimientos en la práctica clínica. La parte práctica, se trabajará en grupo incorporando técnicas de análisis de registro del E.C.G. relacionándolo con los datos clínicos potenciando el debate en grupos pequeños tutelados por un monitor.

EL BAILE COMO TERAPIA CARDIOSALUDABLE

Docentes:

Josep Grimaldi. *Bigdance instructor de baile*

Presentación del taller:

BIG DANCE$_{TM}$ o como lo traduciríamos al español, bailes de salón para gimnasio, es un programa que tiene dos vertientes muy definidas: En un primer lugar, y para todos los expertos del mundo del fitness, BIG DANCE$_{TM}$ se define como una nueva actividad de gimnasio dirigida a todas aquellas personas que quieran aprender a bailar. Comprendemos que una actividad de gimnasio no debe estar atada a tener pareja, si no a buscar un objetivo principal, como puede ser el de aprender a bailar, objetivos paralelos como puede ser el de ejercitar el cuerpo con pasos de bailes de salón, secuencias sencillas y un ejercicio cardiovascular adecuado a todos los niveles, condiciones y edades. En segundo lugar, y para todos los expertos del mundo del baile deportivo y de salón, BIG DANCE$_{TM}$, se les presenta como una parte del entreno, cuyo objetivo será el de aumentar la condición física para poder soportar el nivel técnico y físico a la hora de competir en baile deportivo o realizar sus coreografías de bailes de salón. Los pasos así como la dificultad de la sesión se adaptarán a los niveles establecidos según cada escuela de baile. Así pues, BIG DANCE$_{TM}$ se podría definir como un programa deportivo de baile, creado para mejorar la capacidad aeróbica, así como la coordinación y la noción de los pasos y estilos del mundo del baile de salón. Una sesión de 55 minutos de duración compuesta por 10 bailes con una duración de alrededor 5 minutos. Incluidos los bailes de Latino y Standard, así como estilos no oficiales. El trabajo cardiovascular sin descanso, será el responsable del aumento del metabolismo, y aun que el consumo de grasas no será uno de los beneficios principales, dicho ejercicio se podrá realizar a cualquier edad, sexo y condición física. Un par de sesiones a la semana, harán de los alumnos iniciados al fitness, aprendan rápidamente a bailar, con o sin pareja. Los alumnos de escuelas de bailes de salón, mejorarán su condición y capacidad física para poder mantener la técnica en las coreografías de baile de salón y de competición. No dejes escapar la oportunidad de poder ofrecer a gimnasios y escuelas de baile, un mismo programa deportivo, adaptado a todo tipo de personas, para enriquecerles con uno de los deportes de más radiante actualidad como son los bailes de salón. Sus creadores, Jonatan Cañada Vicente e Israel Carrasco Vallespín, campeones mundiales de aeróbic y bailarines de bailes de salón, con la colaboración técnica de Joana Subirana y Albert Mota como profesionales del sector del baile, te traen uno de los programas deportivos más novedosos para este año.

Objetivos:

BIG DANCE$_{TM}$, te ayuda a:

1. Incrementar tu capacidad aeróbica
2. Mejorar la función del corazón
3. Disminuir el colesterol
4. Aumentar el Volumen de O2 y capacidad pulmonar
5. Quemar calorías y masa grasa
6. Reducir la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca en estados basales
7. Mejorar la coordinación y habilidad motora
8. Mejorar la densidad ósea

Un programa para ponerte en forma BIG DANCE$_{TM}$, te ayuda a:

1. Activar tu sistema aeróbico y quemar grasas y carbohidratos
2. Mantenerte en forma perdiendo masa grasa
3. Mejorar la composición de tu cuerpo – Peso
4. Definir y cambiar grasa por músculo
5. Tonificar piernas y brazo
6. Mantener una buena técnica y equilibrio en los bailes
7. Mejorar la coordinación y agilidad
8. Mejorar la rapidez de movimientos de piernas
9. Mejorar el sentido del ritmo y la música
10. Aprender los bailes, estilos, ritmos y características de cada baile

Metodología y Plan de Trabajo:

Big dance es una clase de baile y acondicionamiento general adecuada a hombres y mujeres que desean incorporar un entrenamiento cardiovascular a través de los estilos y pasos de baile de salón.

Descripción de la clase:

- Calentamiento preparar el cuerpo para empezar la sesión
- Bailaremos 4 tipos de diferentes bailes latinos como chacha, samba, rumba bolero, pasodoble; 3 tipos e baile estándar como vals vienés, tango, quickstep; finalizando con un baile por parejas y los estiramientos

Bibliografía:

Miembros de BIG DANCE$_{TM}$:

- J. Cañada: Creador y Director de BIG DANCE$_{TM}$ Coreógrafo y BIG DANCER$_{TM}$
- I. Carrasco: Creador y Director de BIG DANCE$_{TM}$ BIG DANCER$_{T}$M
- S.Martín: Técnica de BIG DANCE$_{TM}$ BIG DANCER$_{TM}$
- J.Subirana: Directora Técnica de Bailes de Salón
- A.Mota: Director Técnico de Bailes de Salón

INFORMACIÓN GENERAL

INFORMACIÓN GENERAL

Sedes del congreso:

Cursos de Formación, Miércoles 8
Facultat d'Infermeria. Campus Centre
Emili Grahit,77 · 17071 Girona
Tel. 972 418 770

Jueves 9 y Viernes 10
Palau de Congressos de Girona
Passeig de la Devesa, 35 · 17001 Girona
Tel: 872 08 07 09

Fechas:

8 al 10 de mayo de 2.013

Organiza:

aeec
Asociación Española de Enfermería en Cardiología

Colabora:

Universitat de Girona
Facultat d'Infermeria

Secretaría técnica:

congrega
grupo de servicios

A Coruña - Central: Rosalía de Castro, 13 - 1º Izq. 15004
Madrid - Delegación: Paseo de la Castellana, 135 - 7º 28046
Información y contacto: Tlf: 981 216 416 - Fax: 981 217 542
E-mail: congrega@congrega.es · Web: www.congrega.es

Acreditación:

Comisión de Formación Continuada
SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid

Solicitada acreditación
Pendiente de resolución

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA
Comité de Acreditación CASEC

Solicitada acreditación
Pendiente de resolución

INFORMACIÓN GENERAL

Cuotas de inscripción:

La cuota de inscripción de congresista incluye:

Documentación, asistencia a sesiones científicas, cóctel de bienvenida, cafés, almuerzos y cena de clausura.

	Hasta el 03/02/13	Después del 03/02/13
ASOCIADOS/AS AEEC:	380 €	410 €
NO ASOCIADOS/AS:	430 €	460 €
SOCIEDADES EXTRANJERAS	300 €	300 €
* ESTUDIANTES	70 €	70 €

(*) La cuota de estudiantes incluye documentación, asistencia a sesiones científicas. Los estudiantes podrán obtener créditos de libre elección reconocidos por la Universitat de Girona.

Fecha límite de inscripción antes de la reunión:

Se tramitarán inscripciones en la Secretaría Técnica hasta el 27 de abril de 2013.

Con pósterioridad a esa fecha la inscripción deberá formalizarse en la secretaría de la sede.

Cancelaciones:

Hasta el 31/03/2013: ..... Devolución del 100%
Hasta el 14/04/2013: ..... Devolución del 90%
Hasta el 28/04/2013: ..... Devolución del 75%
Después del 28/04/13: ..... Sin devolución

Forma de pago:

www.enfermeriaencardiologia.com

INFORMACIÓN GENERAL

Hotel oficial:

	INDIVIDUAL	DOBLE
Hotel NH Girona****	95 €	105 €
Hotel Gran Ultonia****	85 €	90 €

Precio por habitación y noche. Desayuno e IVA incluidos.

Reservas:

La fecha límite para tramitar reservas de alojamiento antes de la reunión es el 20/04/13

Cancelaciones:

Hasta el 17/03/13: ..... Devolución del 100%
Hasta el: 07/04/13: ..... Se facturará el 10% de las habitaciones canceladas
Después del 07/04/13: ..... Sin devolución

Restauración:

Miércoles, 8 de mayo

21.00 - CÓCTEL DE BIENVENIDA

Tendrá lugar en Centre Cultural La Mercè (Pujada de la Mercè, 12).
Tras la inauguración oficial programada a las 20.30 horas. Está situado a 15 minutos caminando de la Facultad de enfermería donde se imparten los cursos de formación. La organización facilitará indicaciones de cómo llegar.

Jueves, 9 de mayo

14.00 - ALMUERZO BUFFET

Tendrá lugar en la sede del congreso, Palau de Congressos de Girona.

Viernes, 10 de mayo

14.00 - ALMUERZO BUFFET

Tendrá lugar en la sede del congreso, Palau de Congressos de Girona.

21.00 - CENA DE CLAUSURA

Está programada en el Hotel AC Palacio Bellavista. La cena es servida por El Celler de Can Roca, segundo mejor restaurante del mundo dotado con tres estrellas michelín.

WWW.ENFERMERIAENCARDIOLOGIA.COM

Información al público
www.enfermeriaencardiologia.com/publico

Comité científico
www.enfermeriaencardiologia.com/comite

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

facebook

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

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

PORTAL DE PORTALES

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

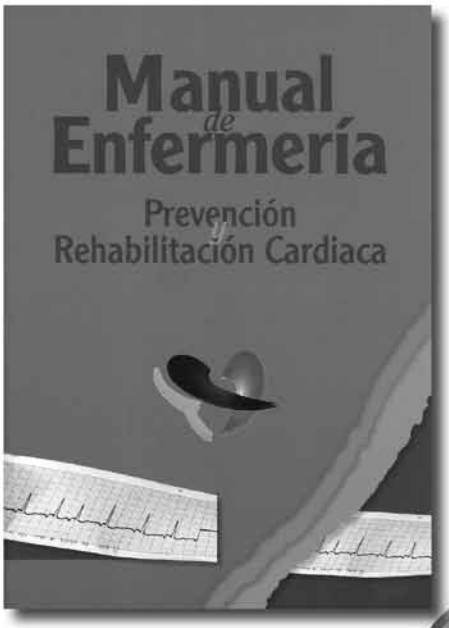
Vocalía europea ante el Consejo de Enfermería Cardiovascular y Profesiones Afines
www.enfermeriaencardiologia.com/grupos/europeo

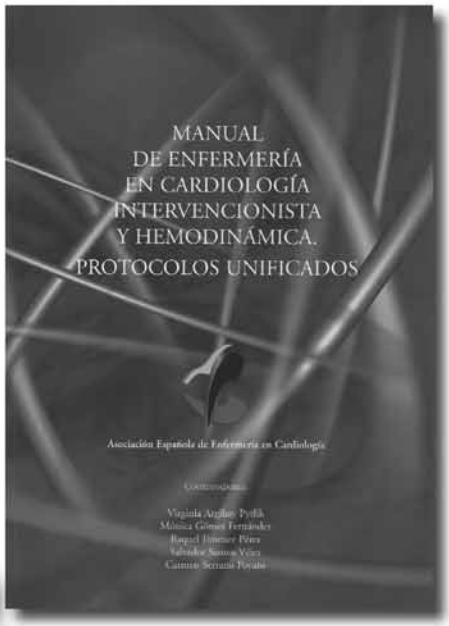
Grupo de Trabajo de Enfermería en Cirugía Cardiaca
www.enfermeriaencardiologia.com/grupos/cirugia_cardiaca

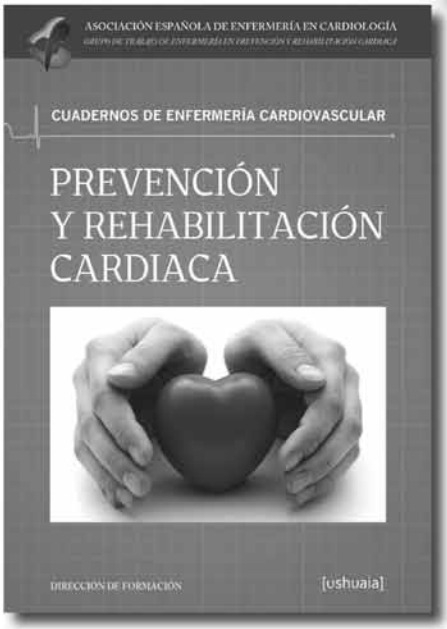
Grupo de Trabajo de Enfermería en Insuficiencia Cardiaca y Trasplante
www.enfermeriaencardiologia.com/grupos/insuficiencia

Grupo de Trabajo de Enfermería en Imagen Cardiaca y Técnicas No Invasivas
www.enfermeriaencardiologia.com/grupos/imagen

Grupo de Trabajo de Enfermería en Cuidados Críticos Cardiovasculares
www.enfermeriaencardiologia.com/grupos/criticos







Nos complace comunicaros que ya están a la venta los manuales que edita la AEEC.
Podéis solicitarlo en la Secretaría de la AEEC mediante correo electrónico:
secre@enfermeriaencardiologia.com o por teléfono 917242375.

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

PREMIOS

ASÓCIATE Y PODRÁS ACCEDER A:

1 Beca 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 Póster	200 €
1º Premio al mejor Caso Clínico	350 €
2 Becas asistencia al Congreso Nacional	300 €

PREMIOS A LOS MEJORES ARTÍCULOS PUBLICADOS EN LA REVISTA:

Primer premio	700 €
Segundo premio	400 €

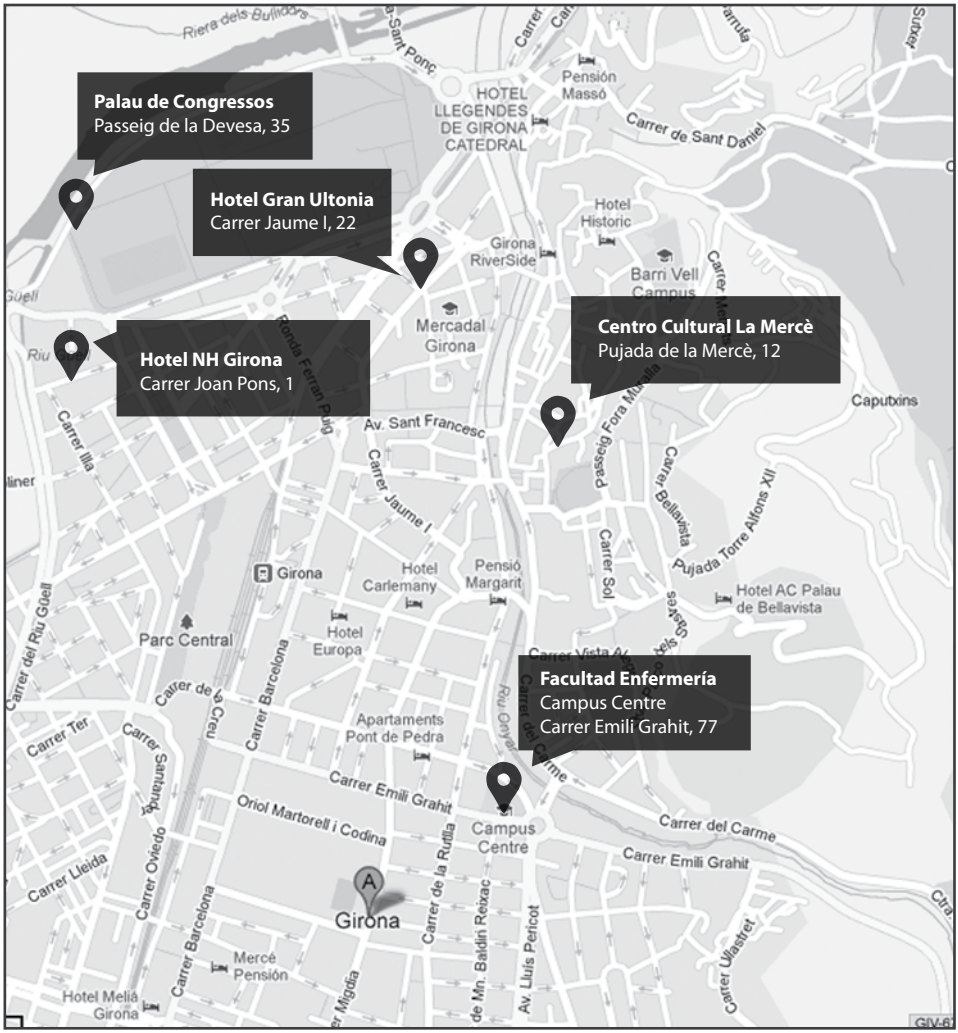
PREMIOS CONGRESO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (SEC):

1 Premio mejor comunicación	Inscripción en el Congreso de la SEC

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


Palau de Congressos
Passeig de la Devesa, 35
Hotel Gran Ultonia
Carrer Jaume I, 22
Hotel NH Girona
Carrer Joan Pons, 1
Centro Cultural La Mercè
Pujada de la Mercè, 12
Facultad Enfermería
Campus Centre
Carrer Emili Grahit, 77
Riera dels Bufidors
Pensión Massó
HOTEL LLEGENDES DE GIRONA CATEDRAL
Carrer de Sant Daniel
Hotel Historic
Girona RiverSide
Barri Vell Campus
Mercadal Girona
Ronda Ferran Puig
Av. Sant Francesc
Carrer Jaume I
Passeig Fora Muralla
Carrer Bellavista
Pujada Torre Altons XII
Caputxins
Carrer Sol
Hotel AC Palau de Bellavista
Girona
Hotel Carlemany
Pensió Margarit
Parc Central
Hotel Europa
Carrer del Riu Güell
Carrer de la Creu
Carrer Barcelona
Apartaments Pont de Pedra
Carrer Ter
Carrer Santaló
Carrer Emili Grahit
Oriol Martorell i Codina
Campus Centre
Carrer del Carme
Carrer Emili Grahit
Carrer Lleida
Carrer Oviedo
Girona
Carrer de la Rutlla
Carrer Barcelona
Mercé Pensión
Hotel Meliá Girona
Av. Lluís Pericot
Carrer Ullastret
Carrer Illa
GIV-67

INSTITUCIONES

Associació de Comerciants Girona Centre
Ajuntament de Girona
Càtedra de malalties cardiovasculars. Universitat de Girona
Consell de Col.legis Oficials d'Infermeres i Infermers de Catalunya
Col.legi Oficial d'Infermers/eres de Girona
Dipsalut. Organisme de Salut Pública de la Diputació de Girona
Facultat d´Infermería. Universitat de Girona
GICOR. Associació Gironina de Prevenció i d'Ajuda a les Malalties del Cor. Girona
Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta (IDIBGI)
Turisme de Girona

EMPRESAS

Abbott
Aigua de Sant Aniol
Alma Teas & Herbal Infusions
Anela Fruits
Bayer
Biotronik
Boston Scientific
Bracco
Chocolates Torras
C.H.U. A Coruña
Coffee-Center S.L.
Cordis
Daiichi-Sankyo
Embotits Casademont
GE Heartcare
Intersurgical
Johnson & Johnson
Medtronic
Menarini
Rituals Home and Body Cosmetics
Rovi
Sanitas
St. Jude Medical
Sorin Group
Teleflex
Vichy Catalán

COMUNICACIONES LIBRES

JUEVES 9
Sala A · 09.00/10.00

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN UNA UNIDAD FUNCIONAL DE INSUFICIENCIA CARDÍACA LIDERADA POR ENFERMERÍA

Nebot Margalef, M; González Costello, J; Barbosa Torralbo, MJ; Giménez Requena, A; Asensio Flores, S; Roca Elias, J; Manito Lorite, N;

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Las Unidades Funcionales de Insuficiencia Cardíaca (UFIC) lideradas por enfermería mejoran la atención y calidad de vida de los pacientes con la educación, información y seguimiento recibido.

OBJETIVO

Valorar el grado de satisfacción de los pacientes de la atención recibida en una UFIC liderada por enfermería.

METODOLOGÍA

Se realizó una encuesta telefónica sobre calidad de asistencia en 217 pacientes consecutivos incluidos en la UFIC de un hospital terciario. La encuesta fue realizada por personal ajeno a la UFIC con un cuestionario consensuado con la Unidad de Calidad con valoración de 0 a 5 en los aspectos de: accesibilidad, calidad de información y asistencia recibida.

RESULTADOS

Un 8% murió antes de la encuesta. De los 201 pacientes restantes respondieron a la encuesta 191 pacientes vivos. Edad 63±12 años, 82% varones, fracción eyección 29±10%. Los pacientes se habían incluido en la UFIC 16±7 meses antes y realizaron una mediana de 10 visitas en la UFIC. La accesibilidad a la UFIC y puntualidad se valoró como buena o muy buena en el 75%. La calidad de información se valoró como buena o muy buena en el 90%, excepto en los folletos informativos que fue buena o muy buena en el 60%. La calidad de asistencia fue valorada como buena o muy buena el 95% y el 54% consideraba que había mejorado desde su inclusión en la UFIC. El soporte psicológico se valoraba como bueno o muy bueno en el 74%.

CONCLUSIÓN

Los pacientes incluidos en una UFIC presentan un alto grado de satisfacción con la atención recibida. Accesibilidad, información escrita y el soporte psicológico son aspectos a mejorar.

INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA SUPERVIVENCIA DE NUESTROS PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN

Segura Saint-Gerons, C; Lara Lara, MD; Roldan López, R; Mengibar Pareja, V; Arizón del Prado, JM;

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN

El trasplante cardíaco es la única opción terapéutica para los pacientes con Insuficiencia Cardíaca terminal. La obesidad es un factor de riesgo que dificulta el diagnóstico de la IC pues provoca disnea e intolerancia al ejercicio a estos pacientes Las guías de autocuidados y la de Insuficiencia Cardíaca nos indican que aunque existe poca evidencia de que los consejos sobre estilo de vida mejoren los síntomas y el pronóstico, sí ayudan a mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida.

OBJETIVO

Analizar la influencia de la obesidad y sobrepeso, medida por el índice de masa corporal (IMC) en la supervivencia de nuestros pacientes trasplantados de corazón.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio descriptivo y retrospectivo, analizando 472 pacientes trasplantados con edad superior a 18 años, desde mayo de 1986 a diciembre de 2012, que fueron estratificados de acuerdo al IMC en el momento del trasplante: IMC 18-22 (normal), 23 a 27 (sobrepeso), >27 (obesidad).

RESULTADOS

La edad media fue 49,8 ± 11,9 años, 125 pacientes tenían un peso normal, 202 tenían sobrepeso y 145 pacientes eran obesos. La mediana de supervivencia ajustada por riesgo para los grupos de peso normal, sobrepeso y obesidad fue 7,038, 6,15, y 5,5 años respectivamente. La regresión multivariada de riesgos proporcionales de Cox, demostró que los pacientes obesos tenían una supervivencia menor siendo ésta, estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES

1. En nuestra población la obesidad y el sobrepeso influyeron negativamente en la supervivencia.
2. La medición del índice de masa corporal es sencilla y nos ayuda a estudiar y controlar factores de riesgo.
3. La enfermería juega un papel fundamental en la educación del paciente con trasplante cardíaco y ésta debe ser continuada ya que con el paso del tiempo nuestros pacientes se relajan en el cumplimiento de las recomendaciones.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA CLÍNICA DE UN PROGRAMA DE TELEMONITORIZACIÓN Y TELEINTERVENCIÓN POR VIDEOCONFERENCIA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: ESTUDIO CLÍNICO ALEATORIZADO

Badosa Marcè, N; Ivern Díaz, C; Ruíz Rodríguez, P; Linás Alonso, A; Ollé Olive, L; Guerrero Gancedo, M; Mendoza García de Paredes, L; Zamora Sánchez, JJ; García Rodríguez, M; Pujolar Fulquet, N; Bruguera Cortada, J;

Programa Integrat d'Insuficiència Cardíaca Mar-Litoral, Servei de Cardiología, Hospital del Mar-IMAS, Barcelona.

OBJETIVOS Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, aleatorizado, controlado para comparar la eficacia de 2 estrategias en la gestión del paciente con Insuficiencia Cardíaca (IC) de alto riesgo: un programa de IC sólo (PIC) o adicionando telemedicina a dicha gestión (PIC+T). Telemedicina implicó telemonitorización diaria (peso, tensión arterial, frecuencia cardíaca, cuestionario de síntomas) enviada a una central controlada por enfermeras y teleintervención mediante videoconferencia promoviendo autocuidado, monitorizando estado de salud y efectuando optimización terapéutica.

OBJETIVO PRIMARIO

Acontecimientos por IC no fatales que requieren atención en ámbito hospitalario a los 6 meses de la inclusión.

RESULTADOS

Se analizaron 78 pacientes con las siguentes características basales: edad mediana 77 años; 46,2% mujeres; FEVI preservada 51,3%; NYHA III-IV en 50%. De los 78 pacientes, 37 fueron asignados al grupo PIC y 41 al grupo PIC+T. Tras una mediana de seguimiento de 6 meses, la tasa de acontecimientos por IC no fatales, la tasa de reingreso por IC y la tasa de mortalidad fueron del 35,9%, 21,8% y 15,4% respectivamente. Tras ese seguimiento el grupo PIC+T experimentó una reducción significativa del objetivo primario y una tendencia favorable en aspectos de morbilidad y mortalidad.

En el análisis de Cox ajustado por covariables, la asignación al grupo de telemedicina supuso una reducción del riesgo del objetivo combinado de muerte por todas las causas o acontecimientos por IC no fatales (HR 0,36 95% IC [0,17-0,76]; p=0,008).

CONCLUSIONES

La adición de la telemedicina a un programa de IC supone una reducción significativa del número y tasa de acontecimientos por IC no fatales y del riesgo del objetivo combinado de muerte por todas las causas o acontecimiento por IC no fatal con una tendencia positiva en términos de reducción del reingreso por IC, por todas las causas y mortalidad cardiovascular.

OPTA A PREMIO

ESTRATEGIA ENFERMERA MEDIANTE EL PACIENTE EXPERTO PARA MEJORAR LOS ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Burset Carreras, M; Ferrer Morell, N; Reig García, G; Tremols Iglesias, S;
AP. ABS Cassa de La Selva. Girona

OBJETIVOS

Evaluar si el programa paciente experto garantiza una mejora en la alimentación, la actividad física y en el consumo de tabaco y alcohol de los pacientes afectados de IC, y si estas mejoras se mantienen 6 meses después de la intervención.

METODOLOGÍA

Estudio de intervención tipo antes-después. Dos grupos con un total de 15 personas seleccionadas en la consulta de Atención Primaria (AP) y con 1 paciente experto por cada grupo. Se han utilizado las escalas validadas de hábitos y estilos de vida del programa paciente experto. Se presentan los resultados con medidas de frecuencia, medianas y medias, utilizando el SPSS 15.00 y las pruebas de Chi-cuadrado.

RESULTADOS

Observamos mejoras en las variables: -"nunca poner sal" pasando de un 26,7% pre-intervención a un 40% pos-intervención, -"no tomar ninguna copa de alcohol" pasando de un 53,3% pre-intervención a un 66,7% pos-intervención, -"tomar de 8 a 14 copas semanales" disminuyendo de 26,7% a 6,7% pos-intervención y -"ejercicio 3 o más días semana" pasando de un 80% pre-intervención a un 86,7% a los 6 meses pos-intervención. Podemos afirmar que las diferencias encontradas en la variable ejercicio son estadísticamente significativas (pvalor<0,05).

CONCLUSIONES

La intervención enfermera mediante el programa paciente experto, consigue que los pacientes afectados de IC mejoren su alimentación, reduciendo la sal, aumenten el ejercicio físico y disminuyan el consumo de alcohol. Pero nuestros resultados concluyen la necesidad de nuevas estrategias enfermeras, para mantener las mejoras adquiridas durante el programa, a largo plazo.

GESTIÓN DE CASOS: VALORACIÓN DEL AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Borràs Pallí, G; Vilar Pont, M; Ruiz Ordoñez, A; Julià Camps, A; Quirch Nuñez, M; Marichal Plana, M; Perpinya Bosch, D; Farre Pla, I; García Garrido, Ll;

Hospital Josep Trueta - Atención Primaria – Girona

INTRODUCCIÓN

En junio del 2011, se definió el nuevo modelo de atención al paciente crónico (atención integrada Hospital - Atención Primaria). Este modelo promueve la Gestión de Casos (GC) para tratar a pacientes complejos, los cuales necesitan una atención continuada, de seguimiento, de educación, de prevención y de actuación ante las descompensaciones. Por otra parte, las enfermeras gestoras insisten en el auto-cuidado y la adherencia terapéutica para emprender y mantener una actitud frente a la Insuficiencia Cardíaca (IC), al tratamiento prescrito, controles de la enfermedad y a los cambios de hábitos.

OBJETIVO

Evaluar el auto-cuidado que posee el paciente diagnosticado de IC, en el momento que se inicia el nuevo modelo de atención al paciente crónico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Muestra de conveniencia formada por 90 pacientes diagnosticados de IC pertenecientes al programa PISA (Prevención y Soporte al Alta). Para la recogida de datos se elaboró un cuestionario que mide las variables demográficas y clínicas. El auto-cuidado se midió a través de la Escala Europea de auto-cuidado en IC. Se utilizó la estadística descriptiva para describir las características sociodemográficas. El tratamiento se ha realizado con el SPSS 11.0.

RESULTADOS

El 50% de la muestra eran mujeres, edad media de 76,4 años. La causa principal de la enfermedad era la CI (40%) y la HTA (26,7 %). Casi la mitad de los pacientes presentaban una CF III (45,6%), con una FE media de 45 %. En general, el 66,7 % de los pacientes siempre mantenían un autocuidado (puntuaciones 12 y 24).

CONCLUSIONES

Aunque se deben mejorar algunos aspectos básicos de autocuidado, más de la mitad de los pacientes mantienen excelentes niveles de autocuidado. Estos resultados se deben al control y seguimiento de estos pacientes por un equipo interdisciplinar.

JUEVES 9
Sala B · 09.00/10.00

OPTA A PREMIO

ENFERMERÍA Y EVIDENCIA CIENTÍFICA: ¿UN MISMO LATIDO?

Gaínza Calleja, A; Azcona Ciriza, L; Doiz Arriazu, R; Zubiri Cañada, MS;
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

INTRODUCCIÓN

La Enfermería Basada en la Evidencia es la utilización consciente, explicita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible para decidir sobre el cuidado de los pacientes, procedente de investigación valida y fiable. Existen situaciones en las que cobra un papel importante, entre ellas, la variabilidad en la práctica clínica y sus causas impulsan este estudio.

OBJETIVOS

Determinar las características de las profesionales que basan su práctica en la Evidencia Científica. Identificar características que las desvinculan de la misma. Detectar áreas formativas. Disminuir la variabilidad de la práctica clínica.

MÉTODO

La población de estudio fueron enfermeras del servicio de cardiología del Complejo Hospitalario de Navarra A. Se propuso un estudio descriptivo y transversal para el cual se contó con un instrumento de medida de la práctica basada en la evidencia (versión española) validada por Joan de Pedro Gómez et al. Previa aceptación de las participantes se les entregó dicho cuestionario para su cumplimentación y posterior análisis de los resultados mediante el programa estadístico SPSS 20.0.

RESULTADOS

Participó el 56 % de las enfermeras integrantes del servicio, con una media de 21,07 años de profesión. El 60,7% de la muestra se corresponde con personal fijo. El 39,2% posee formación en investigación. Las encuestadas valoraron en una escala tipo Likert de 1 a 7 con un 6,4 la importancia de la práctica basada en la evidencia, sin embargo situaron en un 4 la importancia de integrar e indagar evidencia en la práctica y en torno a un 4 las sus habilidades y capacidades utilizando esta misma escala.

CONCLUSIONES

A pesar del reconocimiento de la importancia de la evidencia científica, se alega una infrautilización de la misma por motivos de desconocimiento principalmente.

VALORES INTERLINGÜÍSTICOS DEL CORAZÓN: CONSECUENCIAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Crous, B; Ferrerós, C; Gràcia, L; Baltasar, A;
Universitat de Girona

INTRODUCCIÓN

Algunos problemas de comunicación con pacientes inmigrantes están relacionados con diferencias de categorización que implican distintas maneras de entender la salud, las emociones, las partes del cuerpo, etc. Nos centramos en los distintos significados de la palabra COR `corazón' del catalán, en comparación con otras lenguas de la inmigración (bereber, mandinka y quechua).

OBJETIVOS

1. Delimitar el significado de la palabra COR (referencias físicas y metafóricas)
2. Contrastar los datos del catalán con los de algunas lenguas de la inmigración en Cataluña
3. Prever las implicaciones que estas diferencias pueden tener en la práctica clínica

MÉTODO

Estudio descriptivo y comparativo basado en el vaciado de fuentes lexicográficas y en entrevistas semiestructuradas. Muestra: 4 hablantes de cada lengua. En el caso del catalán: 12 hablantes.

RESULTADOS

La palabra COR puede referirse a:

(a) El órgano del aparato circulatorio; (b) La zona en la que se sitúa este órgano y a otros de colindantes como el estómago; (c) La sede de algunas emociones, y de capacidades cognitivas; (d) Nociones espaciales relacionadas con la centralidad.

En otras lenguas, algunas de estas nociones pueden relacionarse con otros órganos: en bereber con el UL `corazón' o el TASA `hígado'; en mandinka, con el JÙSÚ `hígado/corazón'. Y en quechua hay una palabra, SUNQU, que denomina el corazón y otros órganos como el hígado, los intestinos, etc.

CONCLUSIONES

Las diferencias entre los significados de la palabra COR y las equivalentes en las distintas lenguas pueden provocar dificultades de comunicación y de diagnóstico entre los profesionales de la salud y los pacientes, sobre todo cuando hay traducciones literales de una lengua a otra (mandinka: *jùsú+fárá* hígado+roto `angustia').

CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA SOBRE SU LABOR COMO AGENTE ACTIVO EN FARMACOVIGILANCIA

Fernández Redondo, MC; Romero Aniorte, AI; Quintana Giner, M; Pérez Martínez, MT; Hernández Romero, D; Gracia Ródenas, MR;

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

INTRODUCCIÓN

La farmacovigilancia, constituye una parte importante dentro de la labor de la enfermera, no solo hay que administrar fármacos sino asegurar la participación activa en la detección de reacciones adversas aunque, no siempre sea posible imputar la relación síntoma/medicamento. Esta vigilancia siempre se había hecho voluntariamente, pero ha sido regulada dentro del marco legislativo en el artículo 7 del RD 1.344/2007 estableciendo la notificación como una obligación.

OBJETIVOS

Comprobar el conocimiento sobre farmacovigilancia de enfermeros del área de hospitalización de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de una muestra de los enfermeros de nuestro centro. Actualmente no existe una herramienta para estudiar la farmacovigilancia en enfermería, por ello, diseñamos un test para obtener las respuestas a las preguntas quién, qué y cómo notificamos de otros estudios.

RESULTADOS

135 enfermeros encuestados, 71,1% mujeres, 40,9 ± 9,0 años y antigüedad media como enfermero (15,9 ± 8,9 años). Un 79,3% de ellos había observado reacciones adversas, de los cuales 99,1% habían informado (13, 2 % a Farmacia y 94,3% a Facultativos). Respecto a la Tarjeta Amarilla: de los 135 encuestados un 82,2% no la conocen, frente a un 17,8% que si; de éstos solo un 47,4% saben como rellenarla y el 88,9%, desconocen dónde encontrarla.

CONCLUSIONES

Tenemos un concepto erróneo en el que notificar es informar a estamentos superiores confiando en que ellos completen el proceso. Las cifras de notificación son realmente preocupantes y esto hace pensar que no llegan al registro oficial. Enfermería debe modificar esta situación, proporcionando la formación adecuada sobre farmacovigilancia para concienciar al profesional de la importancia de notificar las reacciones adversas, conocer su incidencia, establecer ciclos de mejora y garantizar la seguridad del paciente.

DISTRIBUCIÓN DE CARDIOPATÍAS HEREDITARIAS EN POBLACIÓN INMIGRANTE EN UNA UNIDAD DE CARDIOPATÍAS FAMILIARES EN LA REGIÓN DE MURCIA

López Cuenca, D; López Cuenca, AA; López Ruiz, M; Pérez Sánchez, I; Gómez Milanes, I; Sabater Molina, M; García-Molina Sáez, E; Fernández Redondo, C; Lison Yesares, A; Gimeno Blanes, JR; Valdes Chavarri, M;

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

RESUMEN Y OBJETIVOS

Existen diferencias en la prevalencia de ciertas cardiopatías hereditarias según la región geográfica. Objetivo: describir la distribución de las diferentes cardiopatías hereditarias en población inmigrante y comparada con la población española en la Región de Murcia.

MÉTODO

Se recogió la procedencia de 1160 pacientes (40±23 años, 64% varones) no emparentados con diagnóstico de miocardiopatía o canalopatía remitidos a una unidad de estudio de cardiopatías hereditarias.

RESULTADOS

En la Región de Murcia el 16% de la población es inmigrante. En nuestra muestra 55 (5%) pacientes eran inmigrantes, de los cuales 10 (18%) procedían de Pediatría. Del total de inmigrantes 25 (45%) eran de America Latina, 12 (22%) de África, 3 (5%) de Asia, 7 (13%) de Europa oriental y 1 (2%) de Oceanía. Hubo una tendencia no significativa de mayor prevalencia de Síndrome de Brugada en la población inmigrante respecto a la población local (18,2% vs 12,6%, p=0,2). El antecedente de muerte súbita familiar fue similar en ambos grupos (29,4% vs. 23,2%, p=0,3). Fue posible el estudio familiar en 872 (75%) familias. La presencia de enfermedad familiar se dio en 14 (25%) familias inmigrantes frente a 349 (31%) de las familias locales. El estudio familiar permitió diagnosticar a 3022 pacientes nuevos, de los cuales 92 (3%) fueron inmigrantes.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Brugada fue la cardiopatía hereditaria más frecuente en población inmigrante. Un porcentaje importante de pacientes fueron remitidos desde Pediatría. El porcentaje de pacientes extranjeros valorados en la unidad es inferior al esperado por lo que es importante ofrecer información a estos colectivos para facilitar el acceso a la valoración en unidades específicas. El estudio familiar ha permitido que las familias inmigrantes se hayan beneficiado de un tratamiento precoz, a pesar de que parte de las familias se encuentra en sus países de origen.

POLÍTICA DE VISITAS EN UNIDADES DE CUIDADOS ESPECIALES. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Martín Pérez, S; Oroviogoicoechea Ortega, C;
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

INTRODUCCIÓN

Las familias y los pacientes ingresados en unidades de cuidados especiales (Unidades de Cuidados Intensivos, Unidades Coronarias y Unidades de Cuidados Intermedios) tienen necesidades específicas derivadas de estos entornos, como son las necesidades sociales, éstas en parte se ven influenciadas por las políticas de horarios de visita.

OBJETIVOS

Principal: conocer qué existe en la evidencia sobre las políticas de visita en unidades de cuidados especiales. Secundarios: identificar vacíos metodológicos en la investigación y describir acciones de mejora para la práctica.

MÉTODO

Se llevó a cabo una Revisión Sistemática de la literatura, en las bases de datos: Pubmed (Medline), Cinahl, Psycinfo, Cuiden y JBI. Se amplió la búsqueda con la técnica de bola de nieve y con búsquedas manuales en revistas especializadas en el ámbito de estudio.

RESULTADOS

Finalmente 10 estudios cumplieron los criterios de inclusión. Tras el análisis se identificaron cuatro temas principales: 1) políticas de visita existentes, 2) impacto que tienen éstas para los pacientes, 3) familiares y 4) profesionales.

DISCUSIÓN

Organizaciones relevantes a nivel internacional recomiendan el uso de políticas de visita abiertas, en las que se establezca contratos individualizados con el paciente y su familia. Sin embargo, es preciso que se desarrollen estudios de intervención y de acción-investigación participativa, para que la evidencia existente sea más sólida. Los profesionales muestran cierta resistencia al cambio alegando, entre otros motivos, que la distribución física de las unidades no favorece las visitas, se espera que las organizaciones al ser más conscientes de estas limitaciones vayan desarrollando otro tipo de estructuras.

JUEVES 9
Sala C · 09.00/10.00

EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA CARDÍACA

Noueched, M; Salvador Alabau, I;

Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

OBJETIVO

Realizar una evaluación de las estrategias de mejora implantadas en la unidad de Hemodinámica Cardíaca, cuya finalidad era optimizar el uso de los recursos materiales y humanos, ofreciendo de esta manera, unos cuidados de enfermería adecuados que proporcionen seguridad y disminuyan la ansiedad de los pacientes; ya que un error por omisión o desconocimiento hace que se generen demoras, anulación o que el procedimiento se realice de manera incompleta y se difiera a un segundo tiempo.

MÉTODO

Realización de un control de calidad (estudio retrospectivo, año 2011-2012) en el que se recabaron datos relacionados con actuaciones de los profesionales implicados en la preparación de los pacientes (rasurado, vías periféricas, pulsera identificativa, últimas dosis de medicación e información al paciente).

RESULTADOS

Se concluyen los siguientes resultados:

Rasurado: El 12,76% de los pacientes que acuden a la unidad vienen mal rasurados o con lesiones en la piel.

Vías periféricas: Un 8,57% traen la vía periférica mal ubicada, extravasada o son portadores de una única vía periférica.

Pulsera identificativa: Un 0,76% no son portadores.

Información al paciente: El 100% han sido informados.

CONCLUSIÓN

La media ha sido realizada entre los datos de los 5 hospitales que nos remiten a sus pacientes; si analizamos los resultados individualmente, observamos que un determinado hospital, a pesar de que conoce el protocolo, envía sus pacientes a nuestra unidad mal preparados.

Ante dicha situación, se han puesto en marcha las siguientes actuaciones:

Mediación por parte de la supervisora del servicio, por vía telefónica, indagando las posibles causas de la reincidencia en el hecho de que los pacientes acudan mal preparados.

Envíos de los protocolos pertinentes, con la finalidad de que se realice una revisión.

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE IMPLANTE DEL STENT BIORREABSORBIBLE TRAS SEIS MESES DE EXPERIENCIA

Rubio Alcañiz, V; Latorre Jiménez, JM; Rodríguez Rodríguez, L; Suárez Cerpa, J; Martel González, M;

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

La progresión de la ateroesclerosis coronaria hace que pueda manifestarse de nuevo en muchos pacientes ya tratados. El uso de los stents metálicos puede limitar el tratamiento futuro. Con los stents biorreabsorbibles los vasos quedan libres para una nueva intervención. Cuando desaparecen desaparece la irritación del vaso y recupera la vasomoción. Este dispositivo requiere un protocolo específico para su implante.

Nuestro objetivo es evaluar los resultados de su aplicación en un grupo de pacientes tras 6 meses de experiencia.

MÉTODO

Estudio cuantitativo descriptivo. Desde Agosto de 2012 hasta Enero de 2013 se implantaron 106 stents biorreabsorbibles en 70 pacientes. Participaron los pacientes que cumplían los criterios de inclusión.

El protocolo de implante incluía entre otras cosas:

- Almacenamiento del producto entre -20ºC y 25ºC comprobando antes de usarlo que el termómetro de la caja marque 'OK'.
- Predilatación recomendada.
- Inflado del stent con incremento de 2 atmósferas de presión cada 5 segundos y mantener el inflado 30 segundos.
- Postdilatación sin sobrepasar la presión de estallido.
- Monitorización del paciente.
- Registrar posibles complicaciones.

RESULTADOS

El 76% eran hombres. La edad media fue 58±11 años. El 67% eran hipertensos y 53% diagnosticados de infarto agudo de miocardio (IAM). En el 54% se predilató la lesión y sólo en el 39% se postdilató. Al 60% de los pacientes se les implantó sólo un stent y al 40% dos o más stents. No hubo variaciones significativas en las constantes vitales y no hubo complicaciones durante el procedimiento. Se produjeron dos acontecimientos adversos (3%). Fueron dos casos de trombosis precoz del stent con IAM y shock cardiogénico respectivamente.

CONCLUSIONES

La aplicación del protocolo específico para el implante de stent biorreabsorbible resultó ser efectivo y seguro. Pósteriormente, hubo dos acontecimientos adversos relacionados con una intervención coronaria.

TIEMPOS CORTOS DE HEMOSTASIA RADIAL CON DISPOSITIVO TR-BAND® EXPERIENCIA PILOTO EN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Gómez Fernández, M; Martínez Pérez, M; Cereijo Silva, E; Herrera Álvarez, C; Seoane Bello, M; Argibay Pytlik, V; Beiras Otero , P; Bóveda Álvarez, R; Iglesias Santomé, JA; Ocaranza Sánchez, R;

1. Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. C. H. U. Santiago de Compostela.
2. Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. C. H. U. Vigo

INTRODUCCIÓN

El acceso radial para los procedimientos cardíacos es actualmente la vía de elección debido a la baja incidencia de las complicaciones vasculares y al confort del paciente. El dispositivo TR-Band® se ha usado según recomendaciones con tiempos de 120 minutos en procedimientos diagnósticos y 240 en intervencionismos. Existen evidencias científicas de tiempos cortos de hemostasia usando vendaje compresivo convencional.

OBJETIVO

Validar un protocolo de hemostasia radial con pulsera neumática TR-Band® en tiempos cortos de hemostasia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron 50 pacientes en un estudio piloto prospectivo consecutivo multicéntrico desde junio a diciembre del 2012, según criterios de inclusión/exclusión. El introductor fue retirado en la sala por la enfermera instrumentista siguiendo el protocolo previamente establecido, con 13 cc de inflado y hasta 18 cc en caso de sangrado. Se retiraban 5 cc cada 20 min en procedimientos diagnósticos y en intervencionismos después de una hora cada 20 minutos. En caso de sangrado se infló hasta lograr la hemostasia y se reanudó el tiempo de mantenimiento. La retirada de la pulsera se realizó tras el desinflado completo del balón, con la colocación posterior de apósito no compresivo. Se valoraron complicaciones durante la compresión y al alta de la unidad.

RESULTADOS

Se incluyeron 50 pacientes con una media de edad de 64.4 años (40-86), 39 eran hombres y 11 mujeres. Se realizaron 37 procedimientos diagnósticos y 13 intervencionismos, todos con introductores 5F Los tiempos medios de hemostasia fueron 60 min en diagnósticos y 100 min en intervencionismos (90-120) Las complicaciones durante la compresión fueron 2 sangrados (4%) todos en procedimientos intervencionistas (15,4). No hubo ningún hematoma ni complicación mayor.

CONCLUSIONES

Nuestro protocolo de hemostasia radial en los cateterismos cardíacos diagnósticos y en intervencionismos con introductor 5F es eficaz permitiendo tiempos cortos de hemostasia.

OPTA A PREMIO

IDENTIFICACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA TRAS UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Blanc Querol, A; Compte Vilella, M; Cortijo Guitart, M; Costa Company, E; Fullà Corredor, I; Riesgo Seoane, L; Saló Sánchez, L; Sanjuan Güell, C;

Clínica Girona. Girona

OBJETIVO

a) Analizar los datos demográficos, los factores de riesgo cardiovascular y el diagnóstico de los pacientes sometidos a angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP).
b) Dar a conocer nuestro modelo de seguridad en los cuidados diarios de los pacientes antes y después de la (ACTP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes que precisaron ACTP desde Abril-2009 hasta Diciembre-2012 (32 meses) ya sea de forma electiva, primaria o de rescate. Criterios de exclusión: pacientes sometidos a cateterismo, sin requerir angioplastia. Variables estudiadas: sexo, edad, índice de gravedad (SAPS), esfuerzo terapéutico (NEMS), diagnóstico y antecedentes. Análisis estadístico con media, desviación estándar y porcentajes.
A partir de los registros y las listas de verificación, hemos identificado cuatro grupos de medidas para aumentar la seguridad de dichos pacientes.

RESULTADOS

Se estudiaron 175 pacientes: hombres 82,85%, edad media 67,36 (±10,88), NEMS 22,8 (± 3,56), SAPS 20,4 ± 6,22. Factores de riesgo cardiovascular: HTA 64,57%, Dislipemias 54,28%, Exfumadores o fumadores activos 44,57%, Cardiopatía isquémica antigua 42,85%, Diabetes 27,42%, Obesidad 6,28%. Diagnósticos clínicos: Angor 61,14%, IAM 28%, SCASEST 8%, Disfunción ventricular 2,85%. Paralelamente a los cuatro grupos de medidas hemos estandarizados dos nuevas listas de control para conseguir el objetivo fijado: la seguridad.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en nuestros pacientes no difieren de los encontrados en la bibliografía. Los ítems escogidos en las listas de control ponen de manifiesto que deben considerarse como un proceso dinámico, dado que la experiencia y la cotidianidad permiten no tener unos parámetros estáticos.

Aunque nuestro objetivo es dar a conocer el modelo de seguridad de cuidados de enfermería, en la mayoría de los indicadores de seguridad propuestos, hay espacio para la mejora en los hospitales.

IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO INFARTO EN EL VOLUMEN DE TRABAJO DE ENFERMERÍA

Domínguez Peramarch, R; Gil Dueñas, J; Cánovas Vergé, D; Gutiérrez Capdet, M; Niebla Bellido, M; Pardo González, M; Trilla Colominas, M; Espinosa Moreno, T; Fernández Rodríguez, D; Brugaletta, S;

Hospital Clinic de Barcelona

INTRODUCCIÓN

La implantación del Código Infarto (CI) ha mejorado la atención al paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. El objetivo del estudio es evaluar su impacto en el volumen de trabajo en las guardias de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron los pacientes atendidos en horario de guardia en el año previo a la implantación del CI (Junio de 2008 hasta Mayo de 2009) y los atendidos en el año posterior al CI (Junio de 2009 hasta Mayo de 2010). Se compararon entre ambos periodos, el número de casos realizados, la duración de los procedimientos y el número de horas presenciales de guardia realizadas por cada trabajador.

RESULTADOS

148 pacientes (25.8%) correspondieron al periodo previo al CI y 425 pacientes (74.2%) al periodo posterior al CI. No hubo diferencias con respecto a la edad, el sexo y el abordaje arterial utilizado. Se demostró un aumento en el número de horas presenciales de guardia por trabajador (106.6 h/año vs. 288.6 h/año, $p=0.003$), a pesar de una reducción en la duración de los procedimientos (61.3 minutos vs. 52.6 minutos, $p=0.003$). Asimismo, se observó un aumento en los pacientes referidos de otros centros (23% vs. 69%, $p<0.0001$) y una disminución en el porcentaje de angioplastias primarias realizadas (84% vs. 74%, $p=0.011$).

CONCLUSIONES

La implantación del CI ha supuesto una mejoría muy importante en el tratamiento del infarto. Este beneficio se acompaña de un aumento muy sustancial del volumen de trabajo de enfermería durante las guardias. La instauración del CI debería acompañarse de un aumento del personal de enfermería con formación en hemodinámica cardíaca.

JUEVES 9
Sala A · 11.30/12.30

OPTA A PREMIO

CONTROL INTEGRAL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN EL PACIENTE ANCIANO CON ALTO RIESGO: EFICACIA DE UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL. CORAL

Blanco Abril, S; Pumares Álvarez, M; Moralejo Martín, M; Sánchez Gallego, MC;
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

INTRODUCCIÓN

Existe un número mayor de enfermos ancianos pluripatológicos,>70 años, con desconocimiento de la enfermedad, baja capacidad de autonomía, falta de soporte socil y acceso rápido a centros sanitarios promoviendo el incumplimiento terapéutico.

Proponemos Nuevos Modelos Asistenciales, programas de atención integral como el de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Riesgo Vascular (Uicarv) de nuestro Hospital.

Objetivos: porcentaje de pacientes que consiguen el objetivo terapéutico PA, LDL-colesterol e indicación de antiagregación o anticoagulación, en el momento de inclusión en al Uicarv y después de seis meses de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo. Las variables se recogen en la primera visita y a los seis meses: sociodemográficas, clínicas, parámetros físicos y analíticos, comorbilidades asociadas, riesgo de síndrome metabólico, riesgo de evento coronario (Escala Framingham).

RESULTADOS

Incluimos 150 pacientes. Al comparar el control adecuado de la PA, las diferencias son significativas para la población general y en diabéticos. No encontramos diferencias significativas en el control del objetivo terapéutico de LDL-colesterol ni en la indicación de antiagregación o anticoagulación entre ambas visitas, este último muestra diferencias significativas para el grupo de diabéticos.

La frecuentación a Urgencias y Hospitalización con respecto a un periodo similar previo a su inclusión en la Uicarv, se reduce significativamente.

DISCUSIÓN

La PA es automedible por el paciente en su domicilio, sin embargo el LDL-colesterol y HbA1c, requieren mayor tiempo para percibir cambios.

La disminución a los servicios de Urgencias es como consecuencia del cuidado integral y continuo que recibe el paciente por los profesionales de la Uicarv, que conlleva una reducción del coste sanitario y gasto intrahospitalario.

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, SU CONOCIMIENTO Y CONTROL EN PACIENTES QUE INGRESAN CON UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

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

Hospital Clínic de Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El conocimiento de los principales Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) modificables de la enfermedad isquémica cardíaca permite definir e implantar estrategias para su prevención.
El objetivo de este estudio es conocer los FRCV que presentan los pacientes que ingresan con un Síndrome Coronario Agudo (SCA); saber si los tratan y cómo; y conocer la conciencia de enfermedad del paciente respecto a sus FRCV.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de la prevalencia de FRCV en pacientes que ingresan en las unidades coronaria e intermedios con un SCA en un hospital de 3er nivel, en el periodo de septiembre a diciembre de 2011.
Los FRCV estudiados fueron Hipertensión Arterial (HTA), Hipercolesterolemia (DLP), Diabetes (DM) y Tabaquismo (T).
Se realizó un cuestionario y se recogió información de los informes de ingreso y alta.

RESULTADOS

De 130 pacientes que ingresaron con SCA, se incluyó el 71,54%. La media de edad fue 59±11 años.
De un 68,8% de HTA seguían dieta el 71,9%, control médico el 84%, tomaban medicación el 88% y no se reconocían hipertensos el 21.9%.
El 53,7% eran hipercolesterolémicos y seguían dieta el 74%, control médico el 90%, tomaban medicación el 78% y no se reconocían hipercolesterolémicos el 20%.
Eran diabéticos un 32,2% y seguían dieta el 80%, control médico el 100% y tomaban medicación el 100% y no se reconocían diabéticos el 6,7%.
Hubo un 24,7% de fumadores y el 21,7% no dejarían de fumar.

CONCLUSIONES

Los pacientes que ingresan con un SCA, presentan una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y existe un porcentaje elevado que no se controla.
La conciencia de enfermedad en hipertensos es baja así como la calidad de la misma.
Los diabéticos en su gran mayoría tienen conciencia absoluta de su enfermedad.

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA

Romero Aniorte, A.I; Quintana Giner, M; Marín Ortuño, F; Hernández Romero, D; Manzano Fernández, S; Grácia Ródenas, M.R; Orenes Piñero, E; Valls Sandoval, N; Valdés Cávarri, M; Fernández Redondo, M.C;

Servicio de Cardiología. Hospital Virgen De La Arrixaca. Murcia

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte y tiene una estrecha relación con el estilo de vida. Los Programas de prevención liderados por Enfermería son eficaces para la modificación de dichos factores.

OBJETIVOS

Evaluar la mejoría sobre los FRCV en una población de alto riesgo cardiovascular.
Variables: Tensión arterial, Dislipemia, Tabaquismo y Ejercicio físico.

MÉTODOS

Pacientes ingresados en el S. Cardiología con Síndrome Coronario Agudo, dividiendo en dos grupos poblacionales: cohorte prospectiva sometida a programa educativo (1) y cohorte histórica con seguimiento convencional (2).
Exploración física, analítica, cuestionario de actividad física.

RESULTADOS

Reclutamos 121 pacientes, 80,2% varones, de 60,7±9,7 años (51,2% grupo 1, 48,8% grupo 2). Observamos un descenso de los valores de tensión arterial del grupo 1 tras 6 meses respecto a los valores de inclusión [mediana (RIC) 130 (116-153) vs 123 (98-142) mmHg, p=0.005] observándose una mejoría significativa con respecto al grupo 2 [123 (97- 142) vs 134 (120-140) mmHg, p=0.022].
Se observa un descenso en los valores de colesterol total (145±24 vs 160±34 mg/dL, p=0,026) y colesterol-LDL (69,2±29,7 vs 84,1 ± 34,2 mg/dL, p=0,026) en el grupo 1 respecto del 2 tras el seguimiento.
Dentro del grupo 1 se observa una mejora en el porcentaje de no fumadores a los 6 meses (85.5% vs 56.5%, p<0,001). Con más detalle, el 74,1% de los pacientes fumadores del grupo 1 abandonaron el tabaco frente al 53,6% del grupo 2.
Encontramos que en el grupo 1 se alcanza el objetivo de actividad física moderada en mayor proporción que el grupo 2 (p =0,003). Dentro del grupo 1, aumenta de actividad física tras los 6 meses (p =0,012).

CONCLUSIONES

Nuestros resultados sugieren un mayor control de los FRCV en consultas especializadas de enfermería supone una mejora en los FRCV.

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

Quintana Giner, M; Romero Aniorte, A.I; Hernández Romero, D; Marín Ortuño, F; Grácia Ródenas, M.R; Orenes Piñero, E; Manzano Férnandez, S; Valdés Chávarri, M; Fernádez Redondo, M.C;

Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de La Arrixaca. Murcia

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular (ECV) sigue siendo la primera causa de muerte prematura en Europa.

OBJETIVOS

Evaluar el control sobre los FRCV en pacientes diagnosticados de síndrome coronario agudo a los 6 meses después del evento, seguidos en las consultas de prevención secundaria del hospital.

MÉTODOS

Valoración: exploración física, analítica, índice tobillo-brazo, cuestionario de actividad física.
Objetivos FRCV: Guías Europea de Práctica Clínica sobre prevención de la ECV (2012).

RESULTADOS

Muestra de 121 pacientes, 82,8% varones, de 60,65±9,67 años, 66,9% hipertensos, 47,9% fumadores, 38,8% diabéticos y 59,5% dislipémicos en el momento del SCA.
A los 6 meses, el 40,6% tiene unas cifras de tensión arterial superiores a 140/90 mmHg.
Un 13,7% no alcanza el objetivo de colesterol total < 190mg/dL y el 58,6 % no cumple el objetivo LDL<70mg/dL.
Un 44,1% de los diabéticos tiene unas cifras de HbA1c por encima de las recomendaciones (< 7%).
El 79,2% (57,1% sobrepeso, 32,1% obesidad tipo I, 8,3% obesidad tipo II y 2,4% obesidad mórbida). En cuanto al perímetro abdominal objetivo (<102cm hombres y <88cm mujeres) el 49,6% está por encima de las recomendaciones.
El 32.1% continua fumando y el 5.7% ha recaído, por lo tanto un 37,8% fuma 6 meses tras el SCA.
El 41,9% no realiza ejercicio físico moderado y un 19 % tiene un índice tobillo-brazo patológico (rango normal 0,9-1,4mmHg).

CONCLUSIONES

En los últimos años hemos implementado los esfuerzos para controlar los FRCV en los pacientes de alto riesgo y a pesar de haber obtenido resultados positivos hay un alto porcentaje de pacientes que no alcanzan los objetivos. Es una prioridad mejorar el control de nuestros pacientes, por lo que este análisis permite reconducir las intervenciones menos eficaces y plantearnos como mejorar las estrategias: rehabilitación cardíaca, consultas específicas por factores o control más intensivo.

ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACIÓN DE MOTRIL

Martínez Linares, JM; Mingorance Garví, MC; López Moreno , CM; Torres Rodríguez, E; Salgado Parreño, FJ; Guisado Barrilao, R;

Hospital General Básico de Motril - Universidad de Granada

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en usuarios que presentan episodio de síndrome coronario agudo (SCA) o accidente cerebrovascular (ACV) en la población de Motril.

MÉTODO

Estudio realizado en la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital de Motril con estudio de casos y controles de 201 pacientes divididos en grupos SCA, ACV y control. Una hoja de recogida de datos incluía variables sociodemográficas, valoración física-social y analítica. Tratamiento estadístico con programa SPSS.

RESULTADOS

Encontradas diferencias significativas en variables de valoración física-social, y analíticas entre grupos de casos y control, excepto en colesterol total (188,14±35,71mg/dl del grupo ACV, 175,02±43,43mg/dl del grupo SCA y 189,19±29,38mg/dl del grupo control) y c_LDL (116,41±29,93mg/dl del grupo ACV, 104,19±40,99mg/dl del grupo SCA y 113,14±27,47mg/dl del grupo control) ($p<0,05$). Altas prevalencias de FRCV modificables (49,3% hipertensión arterial, 32% dislipemias, 25,6% diabetes mellitus, 43,3% síndrome metabólico, 55,2% baja actividad física y 27,6% mal estado bucodental), y de FRCV no modificables (56,2% antecedentes familiares enfermedad cardiovascular (ECV) precoz y 51,7% familiares con hipercolesterolemia) en el total de población. También diferencias significativas en variables que consensuadamente no consideradas FRCV (fibrinógeno, recuento leucocitario y ratio neutrófilos/linfocitos) entre grupos de casos y control ($p<0,05$).

CONCLUSIONES

Hay altas cifras de FRCV modificables en nuestra población en grupos de casos respecto al control. Son necesarios más estudios sobre nuevos FRCV y programas de prevención y educación sanitaria enfocados a los más prevalentes para evitar la morbi-mortalidad por ECV, en los que Enfermería ha de participar.

JUEVES 9
Sala B · 11.30/12.30

¿QUÉ SABEN NUESTROS PACIENTES SOBRE ANTICOAGULANTES ORALES?

Torta Castelló, R; Cuevas López, E; Fabregat Albert, Mj; Olivella García, D;
Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA), es la arritmia cardíaca más frecuente en la práctica clínica. Su incidencia aumenta con la edad, así en la población española actual es del 1-2 %, y cuando se trata de población mayor de 60 años de edad incrementa hasta el 8.5 %.

Los pacientes con FA crónica a los cuales no se les pudo revertir a un ritmo cardíaco sinusal, son tratados habitualmente con anticoagulantes orales (ACO), principalmente con acenocumarol o warfarina.

OBJETIVOS

- Evaluar el grado de conocimiento que tienen los pacientes ingresados, diagnosticados de FA y tratados con ACO.
- Mejorar la educación para la salud de los pacientes anticoagulados.

MÉTODOS

Estudio descriptivo desarrollado en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, sobre pacientes diagnosticados de FA y en tratamiento con ACO, sin alteraciones cognitivas, entre Noviembre del 2012 y Enero del 2013.

Los datos se recogieron mediante un cuestionario de 5 preguntas referentes a conocimientos básicos sobre la anticoagulación oral.

RESULTADOS

Se incluyeron 33 pacientes (30% mujeres), que cumplieron con los criterios de inclusión, con una edad media de 76 años (rango 60-88 años). El 90% de los encuestados sólo acertó 1 o 2 preguntas de las 5 formuladas, las más falladas fueron las referentes a los fármacos que intervienen con los ACO, a la alimentación y el motivo de administración.

CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento de los pacientes ingresados sobre ACO es bajo.
La labor educativa de enfermería y la creación de un documento informativo es necesario para reforzar aspectos primordiales como la alimentación, complicaciones potenciales e interacciones con otros fármacos, y así garantizar una mejor continuidad de cuidados.

EFECTIVIDAD DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LOS RIESGOS CARDIOVASCULARES DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE CUSHING

Martínez Momblan, MªA; Gómez Palomar, C; Webb Youdale, S; Resmini, E; Úbeda Bonet, I; Santos Vives, A; Capillo Zaragoza, B; Gómez Palomar, MªJ;

Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Tras realizar una descripción detallada de los riesgos de salud del paciente con SC, y evidenciar la falta de estudios sobre las alteraciones de las necesidades básicas de salud de los pacientes con SC y la falta de programas educativos para este grupo de pacientes. Nos planteamos cómo.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad de un programa educativo para pacientes con síndrome de Cushing en la Calidad de Vida relacionada con la salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un Ensayo Clínico multicéntrico, prospectivo, con asignación aleatoria, estratificada por centros. Los pacientes seleccionados tenían SC de origen hipofisario (enfermedad de Cushing) o o suprarrenal. La muestra final fue de 61 pacientes pertenecientes a ambos centros (Hospital de San Pau y Hospital Clínic). Se recogieron variables sociodemográficas y se utilizaron nueve cuestionarios para evaluar: calidad de vida, nivel de dolor, nivel actividad física, nivel de descanso, nivel de dependencia nicotínica, nivel de disfunción sexual femenina, nivel de disfunción eréctil, cumplimiento de los hábitos nutricionales, consumo de recursos sanitarios.

RESULTADOS

En el grupo intervención obtuvimos mejora en la *calidad de vida* (*p=0,0002*), Disminución en la *intensidad del dolor total* (*p=0,0042*), Aumento de la *actividad física* (*p=0,0007*), Mayor cumplimiento de los *buenos hábitos alimentarios (p=0,0001), Mejora del descanso a lo largo del seguimiento del estudio (p=0,0270) y una* Reducción *número de ingresos y visitas* hospitalarias.

CONCLUSIONES

Los pacientes han tenido una desaceleración en el deterioro de la calidad de vida gracias a la intervención educativa. Además una mejoría de los factores de riesgo asociados determina una mejoría de la calidad de vida, con efecto sumatorio y positivo para los pacientes.

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Capellà LLovera, T; González Alonso, M; Grau Mur, P; Ortega Ferrer, S; Santamaría Laín, R;

Hospital de Barcelona

INTRODUCCIÓN

La educación es una herramienta básica para el control de complicaciones derivadas del abandono de los medicamentos. En el año 2005 se formó en nuestro hospital un grupo multidisciplinar con representación de todos los servicios que elaboró 40 folletos informativos sobre medicamentos. Los folletos se entregan durante el ingreso. Desde el año 2012 se facilita además el plan de medicación diario individualizado para el paciente.

OBJETIVO

Evaluar el cumplimiento de la entrega de folletos informativos durante el ingreso y conocer la opinión del paciente plan de medicación diario propuesto.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo y observacional. Se incluyeron todos los pacientes ingresados con estancia superior a 72 horas. Se realizaron 6 cortes de prevalencia de un mes de duración durante el estudio (2006- 2012). La recogida de datos se realizó mediante la hoja de educación. El estándar de indicador de entrega se estableció en un 70%.La opinión de los pacientes se exploró mediante un cuestionario de 6 ítems con escala de respuesta dicotómica.

RESULTADOS

Que el 94% consultaban, al 91% les parece una herramienta útil, al 82% se sintieron mejor informados, al 80% le sirvió para detectar errores .La calidad Se incluyeron 450 pacientes. La tasa de cumplimiento, de entrega de folletos fue del 73,3%.En relación a la opinión del plan de medicación (n=35) se observó percibida del documento fue del 82%.

CONCLUSIONES

El sistema de registro, la disponibilidad de folletos y un alto grado de implicación de enfermería permitiendo superar el estándar marcado desde 2007.
La valoración del plan de medicación diaria por el usuario ha sido muy alta, mejorando la calidad asistencial.

¿ES POSIBLE SEGUIR LA DIETA SIN AÑADIR SAL?

Santamaría Laín, R; González LLorens, C; Martínez Casas, S; Manzano Sánchez, T; Sanz Cardoso, S; Tordable Alonso, O;

Hospital de Barcelona

INTRODUCCIÓN

El consumo de sodio recomendado por la O.M.S.es de 5 gramos por día, siendo superado en la sociedad occidental. Las personas que sufren enfermedades cardiovasculares deben limitar el consumo de sal siendo necesario que eduquemos a los pacientes y familiares para facilitar el cumplimiento de la dieta indicada.

OBJETIVO

Conocer a los pacientes con problemas de seguimiento de la dieta baja en sal, proporcionar información de los alimentos desaconsejados y conocer si utilizan especies como sustitutivo en las comidas.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo y observacional. Se incluyeron a todos los pacientes con estancias superiores de 72 horas durante el mes de enero 2013, que presentaban dificultades con la dieta. Durante su estancia se les entregó un folleto de recomendaciones de los alimentos desaconsejados, se les informó sobre la sustitución de la sal con especias .Antes de alta se entregó un cuestionario (4 ítems de respuesta dicotómica y uno de respuesta abierta) con el propósito de conocer si seguían la dieta indicada, evitaban el uso de sal y utilizaban las especias como alternativa.

RESULTADOS

Se entregó el cuestionario a 50 pacientes con una tasa de respuesta del 100%. El 72% de los encuestados conocían la dieta que debían seguir pero solo el 16% no utilizaban sal, el18% alguna vez, con frecuencia el 26% y el 40% la utilizaban diariamente. Respecto a la utilización de especias se observo que el 44% las utilizaban. Las especias más empleadas fueron: orégano, pimienta, pimentón.El 84% de los encuestados respondió la necesidad de disponer de información sobre las especias como sustitutivo de la sal.

CONCLUSIONES

Un porcentaje elevado de pacientes conocen la dieta que deben seguir, pero con poca adherencia a las indicaciones. La mayoría de los pacientes cardiológicos desconocen la posibilidad de sustituir la sal por especias.

PACIENTE DIABÉTICO: ALGO MÁS QUE UNA CIFRA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA

Bombín Benito, R; Sánchez Poule, Y; Cruzado Álvarez, C;
Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN

La diabetes Mellitus (DM) se relaciona con una mayor incidencia de procesos cardiovasculares. La morbilidad cardiovascular en estos pacientes es 2-4 veces mayor que en la población no diabética, con un riesgo de infarto de miocardio similar al de los no diabéticos con un infarto previo. El mayor porcentaje de diabéticos hospitalizados son tipo 2 (DM2).

OBJETIVO

Medir el conocimiento que tiene el paciente diabético hospitalizado sobre el control de su enfermedad.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal de pacientes con diabetes DM2 ingresados en la unidad de hospitalización de cardiología. Se registraron las características demográficas y clínicas de los pacientes, se valoró el conocimiento de la diabetes y de la dieta mediante dos cuestionarios. También se valoraron aspectos familiares y psicosociales mediante el Apgar familiar y PHQ-9.

RESULTADOS

N=50 pacientes, edad 67.6 años (±9.3), el 70.8% eran hombres. El índice de masa corporal medio fue de 28.9Kg/m^2. La HBA1C media fue 7,2 (6,8-7,6) con un IC al 95%, el 54% de los pacientes ingresan con un buen control metabólico (HBA1C =7%). El 40% de los pacientes sugiere un síndrome depresivo menor y el 30% de depresión mayor. Encontramos significancia estadística entre ser mujer y depresión. En una escala likert de 1-5, los pacientes presentan un sustancial conocimiento del proceso y control de la enfermedad (Mo 4), las principales dificultades se relacionan con el consumo de legumbres y fibra.

CONCLUSIONES

Los pacientes estudiados presentan un buen control metabólico. Resulta preocupante el elevado número de pacientes que sugieren un cuadro depresivo. Se hace necesaria una intervención holística del paciente para mejorar la adherencia al régimen terapeútico, actuando no sólo a través de la educación sanitaria sino de otros aspectos que puedan mejorar la falta de voluntad.

JUEVES 9
Sala C · 11.30/12.30

COMPLICACIONES DE DISPOSITIVOS EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA Y CANALOPATÍA TRATADOS CON MARCAPASOS PERMANENTE Y/O DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS IMPLANTABLES. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

López Cuenca, D; López Cuenca, AA; López Ruiz , M; Lison Yesares, A; Fernández Redondo, C; Sabater Molina, M; García-Molina Sáez, E; Lacunza Ruiz, J; Salar Alcaraz, ME; Gimeno Blanes, JR; Valdes Chavarri, M;

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Algunos pacientes con miocardiopatías y canalopatías necesitan la implantación de dispositivos (desfibrilador automático implantable (DAI) o marcapasos (MP)) como terapia. Estos tratamientos tienen un riesgo potencial relacionado tanto con la maniobra del implante como con el mal funcionamiento del dispositivo. Hemos examinado la tasa de complicaciones de dispositivos de los pacientes tratados con MP y / o DAI.

MÉTODOS

Estudio observacional de un único centro con pacientes con miocardiopatía o canalopatía tratados con MP y / o DAI. El seguimiento se registró por lo menos una vez al año o cuando ocurrió un evento adverso. Resultados: De 1995 a 2012, 280 pacientes recibieron un dispositivo (edad media 57 ± 18 años, 63% hombres). Se implantó un MP en 102 (36%) y un DAI en 178 (63% prevención primaria). La media de seguimiento fue de 57+- 52 meses. Las complicaciones registradas fueron: disección vascular, endocarditis infecciosa, taponamiento, neumotórax, decúbito, perforación, hematomas que requirieron intervención y descargas inapropiadas del DAI. Los eventos adversos relacionados con los dispositivos afectaron a 41 (15%) pacientes (2.8% pacientes /año, 14% pacientes / 5 años). Veinticinco (14% de los pacientes con DAI) pacientes recibieron descargas, de las cuales 15 fueron apropiadas (3 pacientes/ año) y 10 inapropiadas (2 pacientes/año) y de éstos sólo 2 tenían una descarga apropiada. Los pacientes con complicaciones eran más jóvenes (46 ± 17 vs 55 ± 17 años, p = 0,006) pero no se encontraron diferencias en cuanto a género, índice de masa corporal, el número de cables (1.5 vs 1.6), presencia de fibrilación auricular (29% vs 32%) o la patología de base.

CONCLUSIONES

Los choques inapropiados y las complicaciones del dispositivo no son infrecuentes (incidencia de 2,8% al año), y afectan principalmente a los pacientes más jóvenes. El cuidado meticuloso para minimizar las complicaciones es esencial.

EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA EN LA IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS CORONARIOS BIOABSORBIBLES

Gil Dueñas, J; Canovas Verge, D; Domínguez Peramarch, R; Gutiérrez Capdet, M; Niebla Bellido, M; Pardo González, M; Trilla Colominas, M; Espinosa Moreno, T; Fernández Rodríguez, D; Brugaletta, S;

Hospital Clinic de Barcelona

INTRODUCCIÓN

La implantación de stents metálicos para el tratamiento de lesiones coronarias puede generar problemas a largo plazo como la restenosis, trombosis intrastent o el enjaulamiento de ramas laterales. Los nuevos dispositivos intracoronarios absorbibles ABSORB BVS al desaparecer a los 2 años podrían evitar los problemas a largo plazo que comportan los stents metálicos. El objetivo del estudio es describir la experiencia y el papel de enfermería con estos nuevos dispositivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de los dispositivos ABSORB BVS implantados en la Unidad de Hemodinámica de nuestro hospital entre Abril de 2012 y Enero de 2013. Se evaluaron parámetros clínicos, angiográficos, de seguridad y los cuidados de enfermería.

RESULTADOS

Se evaluaron 25 pacientes. La edad media fue de 59,1 años y el 72% eran varones. Las principales indicaciones fueron: Angina inestable (24%); Angina estable (40%); infarto con elevación del segmento ST (24%); infarto sin elevación del segmento ST (12%). Se realizó predilatación en el 71% de los casos y el número de dispositivos implantados por paciente fue de 1,33 ± 0,7. La longitud de los dispositivos fue de 19,6 ± 4,8- milímetros (mm), el diámetro de 3,1 ± 0,3-mm y la presión de implantación de 14,5 ± 2,4 atmósferas. Se requirió post-dilatación en el 38% de los casos. No hubo fallecimientos ni trombosis agudas del dispositivo periprocedimiento. Los cuidados de enfermería no variaron con respecto a los cuidados habituales de los stents metálicos.

CONCLUSIONES

La implantación de los dispositivos bioabsorbibles ABSORB BVS es factible y segura. No hay diferencias respecto a los cuidados requeridos por estos nuevos dispositivos. La enfermería especializada en hemodinámica debe familiarizarse con esta nueva y prometedora tecnología.

OPTA A PREMIO

CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA AUTOEXPANDIBLE

Rubio Alcañiz, V; Martín Quintana, CR; Suárez Cerpa, J; Latorre Jiménez, JM; Rodríguez Rodríguez, L; Martel González, M;

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

INTRODUCCIÓN

El implante de prótesis valvular aórtica a través de un catéter (TAVI) es una alternativa terapéutica para pacientes con estenosis aórtica severa sintomática muy mayores o con enfermedades asociadas que no se pueden operar.

El objetivo del estudio es medir el estado de salud de nuestro grupo de pacientes tras TAVI.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio observacional transversal. Se incluyeron los pacientes vivos (33) con la prótesis implantada entre 2009 y 2012. Se recogieron datos demográficos, clínicos y de calidad de vida. Se aplicó, de forma basal y cada año, el cuestionario genérico sobre percepción subjetiva del estado de salud EuroQol-5D.

El análisis estadístico descriptivo incluyó la media y desviación típica. Se utilizó el programa Excel 2007. La asociación entre las variables cuantitativas se estableció mediante la prueba T de Student. El nivel de significación estadística fue de $p< 0,05$.

RESULTADOS

La edad media fue de 83±3 años. El 52% fueron mujeres. El 80% eran hipertensos. Se encontraban en Grado Funcional II el 12%.

Los resultados de la encuesta reflejaron que:

- el porcentaje de problemas disminuyó en cada una de las dimensiones de la encuesta.
- el índice de calidad de vida se incrementó tras el implante de la válvula y se mantuvo esta mejoría de forma significativa al año, a los 2 y a los 3 años del implante.
- no hubo significación estadística cuando se comparó la calidad de vida por sexos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La calidad de vida es un objetivo de salud al que cada vez se da más importancia como medida en las intervenciones sanitarias. Este estudio nos dice que los pacientes, después de tres años de seguimiento, presentan altos índices de calidad de vida.

OPTA A PREMIO

COMPLICACIONES VASCULARES EN EL PACIENTE SOMETIDO A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO

Berga Congost, G; Murillo Miranda, P; Márquez López, A; Casajús Pérez, G;

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

INTRODUCCIÓN

Los procedimientos cardiovasculares percutáneos son una herramienta fundamental en la valoración y tratamiento del enfermo coronario. Sin embargo, conllevan riesgo de complicaciones vasculares que en ocasiones precisan intervenciones y riesgos añadidos, motivando un aumento de morbilidad, costes y prolongación de la estancia hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional y prospectivo en el que se incluyeron 308 pacientes consecutivamente con un total de 363 accesos vasculares; en el que se evaluaron aspectos demográficos, clínicos y relacionados con el procedimiento; y la tasa de complicaciones vasculares durante el ingreso.

OBJETIVO

Detectar la incidencia de complicaciones vasculares post-intervencionismo coronario percutáneo y resolverlas precozmente.

RESULTADOS

El 63% de pacientes recibió cateterismo por vía radial, 30% femoral y 7% otros.
Un 3,3% de casos registrados presentó complicaciones mayores y un 8,8% complicaciones menores.

El acceso femoral en relación con el radial tiene más complicaciones mayores (p=0,042); también aumenta las posibilidades de éstas el uso de introductores de mayor o igual calibre a 7 French (p=0,014). Las mujeres y las personas de menor estatura presentan más complicaciones mayores (p=0,012 y p=0,025 respectivamente).

Existe mayor incidencia de complicaciones menores cuando la retirada del acceso no tiene lugar en el laboratorio de Hemodinámica (p=0,040).

CONCLUSIÓN

Según resultados del estudio se aconseja el uso de vía radial e introductores vasculares inferiores a 7 French siempre que sea posible para minimizar las complicaciones vasculares en el intervencionismo coronario percutáneo, sobre todo en mujeres y pacientes de menor estatura. Así también, es recomendable aplicar las técnicas de hemostasia en el servicio de hemodinámica.

En base a los resultados pensamos que enfermería de hemodinámica debe realizar educación y difusión de los protocolos de los cuidados post-intervencionismo e incidir en el correcto cumplimiento de éstos.

PRÓTESIS VALVULAR PERCUTÁNEA: EXPERIENCIAS Y RESULTADOS

Valdelvira Castillo, I; Marín Pérez, R; Villuela Rivero, E; Haro del Río, G; Gómez Hospital, JA; Romaguera, R;

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

OBJETIVO

Presentar los resultados de nuestra experiencia con la prótesis aórtica autoexpandible CoreValve®.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron los pacientes a los que se le implantó una prótesis valvular aórtica autoexpandible CoreValve® entre Marzo de 2009 y Diciembre de 2010.
Se recogieron datos epidemiológicos, outcome, complicaciones, estancia hospitalaria, grado funcional de la New York Heart Association (NYHA) y mortalidad.
El análisis estadístico incluye porcentajes, medias y desviaciones estándar para las variables categóricas o continuas según proceda.

RESULTADOS

Se incluyeron 27 pacientes con media de edad de 78,52 años (SD=6,08),el 66,7% mujeres, EuroSCORE 23,42 (SD=18,25). Previo al procedimiento, el 7,4% de los pacientes tenían clase funcional (NYHA) grado II, el 51,9% grado III y el 40,7% grado IV, el 29,7% de los pacientes necesitaron revascularización coronaria y presentaron un gradiente medio trans-aórtico de 50,52 mmHg (SD=12,10) siendo la fracción de eyección media de 58,59 (SD=12,18).
Las implantaciones se realizaron por vía retrógrada con acceso arterial femoral y se utilizó la prótesis aórtica autoexpandible Corevalve®, el diámetro valvular fue de 26mm en el 77,8% de los pacientes y de 29 mm en el 22,2%. El tiempo por procedimiento fue de 99,20 minutos (SD=47,69).
Se registraron 8 complicaciones durante el procedimiento, 7 fueron sangrados en zona de punción y un pseudoaneurisma. No hubo ningún éxitus durante la implantación percutánea de la válvula. 7 pacientes (25,9%) precisaron implantación de marcapasos definitivo.
La estancia hospitalaria fue de 10,81 días (SD=8,61) y la mortalidad del 14,8% (4 pacientes). En el control mensual no se registró ningún nuevo fallecimiento siendo el grado funcional NYHA de I en el 74% de los pacientes y de II en el 26%.

CONCLUSIONES

Se trata de un procedimiento seguro en pacientes con alta comorbilidad y con buen resultado vital y funcional.

JUEVES 9
Sala A · 12.30/13.30

ESTUDIO DE LA BASE DE DATOS REDINSCOR SOBRE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LAS POBLACIONES DE CÁDIZ Y SAN FERNANDO

Delgado Pacheco, J; Guerrero Rincon, L; Pérez Navarro, M A;

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca es uno de los problemas de salud más importantes a los que nos enfrentamos en la actualidad. Es una patología crónica, con prevalencia creciente, que puede evolucionar lentamente desde una disfunción ventricular izquierda asintomática a un estado de marcada discapacidad.

OBJETIVO

Conocer las características demográficas en la Insuficiencia Cardíaca de las poblaciones de Cádiz y San Fernando según los datos disponibles que figuran en la red REDINSCOR (Base de datos del Hospital Puerta Del Mar) los años 2009-2011, comprobándose las características demográficas y pronosticas.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal de pacientes con insuficiencia cardíaca en la población de Cádiz y San Fernando que estuvieron hospitalizados y que forman parte de la base de datos REDINSCOR. Se escogió una muestra de 310 pacientes dividiéndose por grupos de edad entre 30 y más de 80 años. Se han estudiado las distintas causas de insuficiencia cardíaca y la relación con factores pronósticos.

RESULTADOS

A través de este estudio se comprobó la relación existente entre la tasa de frecuentación y la población, siendo esta inversamente proporcional. Se estudiaron características demográficas en comparación con las distintas causas de IC. Especialmente ha sido significativo los predictores pro-NBP interviniendo de forma importante sobre el número de éxitus.

CONCLUSIONES

A través de este estudio se ha comprobado que la población de San Fernando tiene más tasas de frecuentación con menor población que Cádiz. Se refuerza, los estudios epidemiológicos en el que la insuficiencia cardíaca por cardiopatía isquémica sigue siendo la primera causa de insuficiencia cardíaca seguida de la causa hipertensíva.

MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL MARCO DEL PLAN DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO DE RIBERA SALUD GRUPO

Díaz-Medina Chaves, A; Ballesta López, FJ; Fernández Pérez, R; Navarro Sánchez, J; Ortíz Ortíz, C;

Hospital del Vinalopo. Alicante

INTRODUCCIÓN

El aumento en los procesos de cronicidad hace necesaria la adaptación del modelo sanitario a un nuevo escenario de atención basado en las necesidades de las personas en todas las etapas de la vida. Ribera Salud Grupo desarrolla, en los Departamentos de Torrevieja y Vinalopó, un Plan de Atención al Paciente Crónico en los niveles de cronicidad de la Pirámide de Kaiser e incide en la categoría diagnóstica de Insuficiencia Cardíaca.

OBJETIVOS

Desarrollar intervenciones de promoción y prevención.
Promocion del autocuidado.
Prestar atención integral y multidisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Planes de acción para la atención de la insuficiencia cardíaca en cada nivel de estratificación:

- Nivel 0. Programa + Salud. Promoción y prevención. Guía de Prevención del Riesgo Cardiovascular.
- Niveles 1-2. Guías basadas en las mejores evidencias disponibles y algoritmos de actuación. Portal de Salud.
- Nivel 3. Criterios de inclusión, abordaje integral y multidisciplinar. Call-center reactivo atendido por enfermeras.

RESULTADOS

El total de pacientes de nivel 3 incluidos es de 436 pacientes, 225 en Torrevieja y 211 en Vinalopó. 146 (33,49%) pertenecen a la categoría de insuficiencia cardíaca, 57 (13,07%) en Torrevieja y 89 (20,41%) en Vinalopó.
Se han resuelto 114 llamadas. 45 han sido recibidas en Torrevieja y 69 en el Hospital del Vinalopó. El 40% de las llamadas recibidas han sido realizadas por pacientes de categoría A(46 llamadas). De éstas, 10 se han resuelto mediante consejo telefónico (21,73%), 17 han sido derivadas a atención primaria al considerarse aviso demorable (36,95%), 11 avisos no demorables (23,91%) y 8 atendidas como urgencia hospitalaria (17,39%).

CONCLUSIONES

El desarrollo del Plan de Atención al Paciente Crónico consigue mejor lugar diagnóstico y terapéutico para nuestros pacientes. El usuario percibe una atención integral, humanizada y dispone de unos profesionales en los que puede confiar.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Valverde Rodríguez, S; García Garrido, LL; Marichal Planas, M; Baltasar Bagué, A; González Marcos, M; Roure Fernández, J; Armengou Arxe, A;

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona. Atención Primaria de Girona. Departamento de Enfermería Universidad de Girona

INTRODUCCIÓN

La educación terapéutica consiste en ayudar al paciente a conocer y comprender su enfermedad para adquirir la capacidad necesaria para hacer frente a sus problemas de salud. La IC necesita que la educación terapéutica sea sistemática y estructurada. No obstante, esta educación depende de la motivación, habilidades, aptitudes y creencias del paciente.

OBJETIVO

Comparar el nivel de conocimiento y adhesión al régimen terapéutico al inicio, a los tres meses después de finalizar el aprendizaje y al año.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y comparativo realizado en 208 pacientes con IC. El muestreo utilizado es consecutivo. Se estudiaron variables sociodemográficas y clínicas. Para medir el nivel de conocimiento y adhesión terapéutica se utilizo el cuestionario de González et al, el cual mide conocimientos sobre la enfermedad, la medicación la dieta y el ejercicio físico.

RESULTADOS

El 60,4 % son hombres, la edad media 73 años. El 45% tenía una clase funcional III con una Fracción de Eyección del 36,75%. Cerca de la mitad presentaba la cardiopatía isquémica como causa de la IC. La evolución de la enfermedad era de 4,5 años. Al inicio el 66% no conocían la enfermedad, a los 3 meses el 9,8% y al año 3,3 % ($p < 0,001$). Respecto a los signos de empeoramiento, un 75,4 no conocían ningún signo al inicio, a los tres meses sólo un 6,2 % y al año 3,1 % ($p>0,001$). A pesar de los años de evolución, el 66,7 % no seguían dieta, en cambio a los tres meses del inicio y al año, sólo el 7,1% no seguían dieta hipo sódica ($p >0,001$).

CONCLUSIONES

Demostramos la utilidad de la educación terapéutica, en nuestro caso los pacientes han aumentado el nivel de conocimiento y la adhesión terapéutica respecto al inicio del aprendizaje.

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Timonet Andreu, E*; Mesa Rico, R*; Rodríguez Alarcón, P*; Bergillos Castillo, S**; [1]Rodríguez Martínez, J.L*; Parrado Rivera, R.A*; Cardoso Sánchez, C*; García González, S*; Rejón Amores, M*; Hernández Cuenca, P*;

** Agencia Sanitaria Costa del Sol. Marbella*

*** Hospital Regional Carlos Haya. Málaga*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La aparición y progresión de la Insuficiencia Cardíaca (IC) implica un deterioro funcional progresivo, que conduce a un proceso más complejo y un elevado consumo de recursos sociosanitarios. Se han desarrollado múltiples iniciativas y modelos de intervención para intentar mejorar los resultados clínicos. Una de las intervenciones enfermeras importantes de estos modelos es la educación para el autocuidado. El propósito de este estudio es describir el perfil de los pacientes con IC y medir el nivel de autocuidado para la valorar la implantación de estos modelos en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo analítico. Pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de Cardiología de la Agencia Sanitaria Costa del Sol con patología de IC. Se midió el nivel de autocuidados que los pacientes disponían sobre su patología mediante la Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca (EHFS).

RESULTADOS

El número de pacientes con IC fue de 65. La media de edad fue de 72 años. El 52,3 % eran hombres y el 47,7% mujeres. El nivel de estudios de la muestra de pacientes fue mayoritariamente alfabetización mínima /estudios primarios (n=52, 80%). El resultado del nivel de autocuidado según la escala europea (EHFS) fue de 37,57(DE 6,3).

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE PÉRDIDA PONDERAL Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD EN EL PACIENTE OBESO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Fonfria Vivas R.Mª; Jareño Roglán, M.T; Fácila Rubio, L;

Instituto Cardiovascular. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

La tolerancia a la actividad, indicador de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca, depende de factores no modificables (edad, sexo, patología de base, comorbilidades …) y de factores modificables (optimización de tratamientos, IMC…). La obesidad (IMC > 30) supone una sobrecarga al trabajo cardíaco, en pacientes con I.C. ésta se suma a una función cardíaca deteriorada empeorando la tolerancia a la actividad.

El objetivo de este estudio es estimar el valor de la pérdida ponderal en pacientes obesos que sufrían Insuficiencia Cardíaca como factor predictivo del aumento de tolerancia a la actividad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyó en este estudio a 35 pacientes con insuficiencia cardíaca repartidos en tres grupos: pacientes normopeso que se mantuvieron en normopeso, pacientes con IMC > 30 que disminuyeron su peso voluntariamente y pacientes con IMC > de 30 que mantuvieron el peso o incluso lo aumentaron. Todos los pacientes fueron sometidos a 2 test de caminata de 6 minutos, primero en el momento de inclusión en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca y segundo entre el 3 y 5ª mes después de la inclusión considerando que todos ellos habían llegado a la optimización de su tratamiento.

RESULTADOS

El test de caminata mejoró en todos los grupos. La mejoría del test de caminata fue significativamente superior en el grupo de pacientes que habían perdido peso de forma voluntaria.

CONCLUSIONES

Existe relación entre pérdida ponderal voluntaria y mejoría significativa en los resultados del test de caminata de donde se desprende que la disminución de peso en el paciente obeso con insuficiencia cardíaca es un buen factor predictivo de la mejoría en la tolerancia a la actividad.

JUEVES 9
Sala B · 12.30/13.30

OPTA A PREMIO

PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES POSTOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA

Castanera Duro, A; Cruz Díaz, V; Lobo Civico, A; Buxo Pujolràs, M; García Lamigueiro, A; García Cuesta, M.G; Fuentes Pumarola; C;

Hospital Universitario Doctor Josep Trueta. Girona

INTRODUCCIÓN

El dolor es considerado una realidad ligada al acto quirúrgico y al período postoperatorio. Existe evidencia de la relación entre la revascularización coronaria y el dolor postquirúrgico.

OBJETIVO

Conocer el grado de dolor que experimenta los pacientes postoperados de cirugía cardíaca según el tipo de cirugía a la que fueron sometidos (Bypass, válvulas, combinación de ambas y mediastinitis) y tipo injerto, en las primeras 48h de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), mediante la Escala Visual Analógica (EVA), con valor máximo de 10 y mínimo de 0.

MÉTODO

Estudio descriptivo longitudinal prospectivo, realizado en la UCI entre septiembre de 2010 y mayo de 2012. El dolor fue evaluado mediante la escala EVA, se incluyeron todos los pacientes que fueron extubados en las primeras 6 horas habiéndose utilizado el mismo abordaje quirúrgico.

RESULTADOS

Se incluyeron 120 pacientes con una edad mediana de 70 ± 13,3 años, el 70% eran hombres. El 40,8% de los pacientes fueron intervenidos de Bypass, un 44,2% de recambio valvular y un 12,5% combinada y un 2,5% de mediastinitis. Los pacientes sometidos bypass experimentaron un valor medio para EVA(a las dos horas postextubacion): 4,35±2,45 a diferencia de valvulares 2,89±2,27, de combinada: 3,87±2,90 y de mediastinitis 3,33±3,51 (P<0,031).

Los 49 pacientes sometidos a Bypass, el 28,5% fueron revascularizados mediante Arteria Mamaria Interna (AMI), el 67,3% con combinación (AMI-VS) y un 4,2% con vena safena (VS). Los pacientes sometidos a AMI registraron un valor medio para EVA (a las 2 horas postextubación) de 5,4±1,8 a diferencia de combinada (AMI-VS) que fue de 3,9±2,6 y para VS 3,5±2,1. (p<0.045).

CONCLUSIONES

Los pacientes intervenidos de Bypass perciben valores medios de EVA superiores que el resto de tipos de cirugía.
Los pacientes intervenidos mediante injerto AMI perciben un grado medio de dolor más elevado que para el resto de injertos cardíacos.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN PACIENTES POSTOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA SEGÚN EL TIPO DE SONDA URETRAL

Hidalgo Fabrellas, I; Rebollo Pavón, M; Planas Canals, M; Barbero Cabezas, M;
Hospital Universitario Doctor Josep Trueta. Girona

INTRODUCCIÓN

La infección del tracto urinario (ITU) asociada al sondaje uretral representa la segunda causa de infección nosocomial en UCI. Definimos ITU cuando obtenemos un resultado de 100.000 UFC/ml con al menos 1 microorganismo en el cultivo de orina.

Objetivo principal: Determinar y comparar la incidencia de ITU en los pacientes postoperados de cirugía cardíaca (CC) según el dispositivo de sondaje.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo aleatorizado de pacientes sondados con sonda Foley (SF) o BIPFoley-Bactiguard® (SBF) en el postoperatorio inmediato de CC. A diferencia de la SF, la SBF está recubierta de metales nobles (plata, oro y paladio) con propiedades antimicrobianas y biocompatible, que recubre toda la superficie del dispositivo y evita la formación de biofilm, la adherencia microbiana y la colonización.

RESULTADOS

De 65 casos, el 49,2% llevaba SF (n=32) y el 50,8% llevaba SBF (n=33). De las ITU obtenidas el 24,6% eran portadores de SF y el 18,5% de SBF. Los microorganismos etiológicos más frecuentes han sido: Escherichia coli 15,4%, Klebsiella pneumoniae 10,3% Y Klebsiella oxytoca 3,8%. (Muestra significativa: P<0,05).

VARIABLES		TOTAL N (%)	FOLEY N (%)	BIP®FOLEY N (%)	VALOR P
Sexo	Hombre	43 (66,2)	22 (33,8)	21 (32,3)	0,663
Diagnóstico	Bypass	28 (43,1)	13 (20)	15 (23,1)	0,694
	Sustitución Valvular	31 (47,7)	18 (27,7)	13 (20)	0,174
	Bypass + Sustitución Valvular	6 (9,2)	1 (1,5)	5 (7,7)	0,197
Antecedentes médicos asociados a ITU	Diabetes	10 (15,4)	7 (10,8)	3 (4,6)	0,185
	Insuficiencia Renal	4 (6,2)	0	4 (6,2)	0,114
	Diabetes + Insuficiencia Renal	5 (7,7)	4 (6,2)	1 (1,5)	0,197
ITU		28 (43,1)	16 (24,6)	12 (18,5)	0,267

CONCLUSIÓN

Con los datos actuales no hemos obtenido diferencias significativas que demuestren mayor eficacia para evitar ITU entre un dispositivo u otro.

OPTA A PREMIO

ENFERMOS SOMETIDOS A PARADA CIRCULATORIA TOTAL DURANTE LA CIRUGÍA DE AORTA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Pérez Taboada, MA; Rossi López, M; Roca Canzobre, SM; Pereira Ferreiro, A; Seoane Pardo, NM;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTRODUCCIÓN

La mejora de las técnicas en cirugía cardíaca, han permitido en los últimos años una considerable reducción de la mortalidad en el tratamiento quirúrgico de la patología de la arteria aorta: disecciones y aneurismas.

Aunque la cirugía sea exitosa, la morbimortalidad ligada a las complicaciones neurológicas sigue siendo muy elevadas debido a dos mecanismos principales , la isquemia secundaria al pinzamiento aórtico prolongado y las lesiones neurológicas derivadas de una parada circulatoria total.

OBJETIVO

Estudiar la evolución neurológica de los enfermos ingresados tras una parada circulatoria total, así como los cuidados de enfermería relacionados con su patología y con dicho estado neurológico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra unidad durante el año 2012, que durante la cirugía fueron sometidos a parada circulatoria total.

RESULTADOS

Se incluyeron 10 pacientes (80% hombres y 20% mujeres),la media de edad fue de 51 años, fueron éxitus el 10% , presentaron alteración neurológica durante el ingreso 20%.

Los tiempos medios de parada circulatoria total fueron de 33,4 minutos, los de cirugía extracorpórea de 137 minutos y el tiempo de isquemia de 91 minutos.

CONCLUSIONES

Toda cirugía extracorpórea supone un riesgo neurológico para los pacientes; dicho riesgo se ve incrementado de manera significativa al someter a los pacientes a parada circulatoria total. Las nuevas técnicas quirúrgicas que proporcionan flujo cerebral durante la parada circulatoria permiten disminuir las complicaciones neurológicas derivadas de la cirugía.

La labor de enfermería en la vigilancia neurológica de estos pacientes es fundamental a la hora de detectar posibles complicaciones.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ROTURAS CARDÍACAS POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Caballero García, M.J; Martínez Morcillo, L; Mompo Álvarez, F;

Clínica Capio. Albacete

OBJETIVOS

- Conocer las actuaciones de enfermería en pacientes post quirúrgicos tras una rotura cardíaca post infarto agudo de miocardio.
- Conocer las características y el resultado final de los pacientes operados.
- Evaluar la calidad asistencial del equipo multidisciplinar.

MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de todos los pacientes tratados en la clínica, desde el año 2001 al 2012.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, antecedentes, Método diagnóstico, tipo de infarto, periodo transcurrido hasta la intervención quirúrgica, y calidad de vida tras cirugía.

RESULTADOS

Analizamos el resultado del tratamiento quirúrgico de las roturas cardíacas con la técnica del parche.

Desde Enero del año 2001 hasta Marzo del 2012, han sido intervenidos 18 pacientes por rotura cardíaca post infarto agudo de miocardio.

La edad media de los pacientes intervenidos es de 68 años, siendo 72% de los pacientes intervenidos hombres y 27 % mujeres.

La técnica empleada fue en todos ellos parche mas cola biológica, sin suturas. En 11% pacientes fue necesaria la utilización de Circulación extracorpórea, el 88 % restante no fue necesario el uso de bomba.

La mortalidad hospitalaria fue de 11% pacientes (2/18).

Se ha realizado un seguimiento completo de todos los pacientes supervivientes; el tiempo medio tras la cirugía es de 66 meses (aproximadamente unos cinco años y medio).

En este tiempo, han fallecido otros 5 pacientes (31 %), de los cuales solo han fallecido 3 por causa cardíaca.

CONCLUSIONES

- El tratamiento de la rotura cardíaca post infarto agudo de miocardio con parche y cola presenta unos resultados hospitalarios muy favorables, con una baja mortalidad.
- La supervivencia de estos pacientes es beneficiosa, realizando la mayor parte de ellos una vida activa y sin limitaciones tras la cirugía.

VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA EN LA CIRUGÍA CARDÍACA

Gálvez del Toro, ML; Gurguí Ferrer, M; Gil Alonso, D; Mirelis Otero, B; Casajus Pérez, G; Majo Ramírez, D;

Unitat Malalties Infeccioses. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Una de las tareas que llevamos a término los profesionales de los equipos multidisciplinares de control de infección en los hospitales comprende la vigilancia de la infección quirúrgica.

OBJETIVO

Describir la vigilancia epidemiológica de la infección de localización quirúrgica en la cirugía cardíaca.

MATERIAL Y MÉTODO

El sistema de vigilancia está basado en los pacientes y procedimientos. Es activo. Se recogen los datos de todos los pacientes sometidos al procedimiento quirúrgico escogido, mediante registro informático del hospital. Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos por el Programa de Vigilancia Infección Nosocomial de Cataluña. Se siguen periódicamente todos los pacientes para detectar aquellos que desarrollen una infección quirúrgica mediante la Estación de Trabajo Clínico de Sistemas, Aplicaciones y Productos y Gestión Asistencial del Cuidado de Enfermería Línea Abierta, cuando esta información es insuficiente se revisa la historia clínica. La vigilancia post-alta se ha de efectuar hasta el día 30 de la intervención quirúrgica y hasta los 12 meses si existe el implante de un cuerpo extraño.

RESULTADOS

	2010			2011			2012		
Nº	PQ	ILQ	Tasa	PQ	ILQ	Tasa	PQ	ILQ	Tasa
PQ Incluidos:	303	13	4.2%	256	13	5%	212	-	-
SV	132	7	5.3%	111	2	1.8%	101	-	-
D Ao-Co SAF	56	4	7.1%	64	8	12.5%	47	Pdte.	Pdte.
D Ao-Co	115	2	1.7%	75	3	4%	64	Pdte.	Pdte.
PQ Excluidos	240	-	-	173	-	-	530	-	-
PQ Otros	1038	-	-	501	-	-	104	-	-
Total PQ	1581	-	-	930	-	-	846	-	-

SV: sustitución valvular
D Ao-Co SAF: derivación aortocorornaria con injerto de safena
D Ao-Co: derivación aortocorornaria sin injerto de safena
PQ: procedimiento quirúrgico

CONCLUSIONES

Realizar una vigilancia activa y continuada ha contribuido a mantener las tasas de ILQ en los últimos años.

VIERNES 10
Sala A · 09.00/10.00

VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA MEDIANTE ÍNDICE DE BARTHEL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

Cepas Sosa, A; Muñoz Villarreal, AB; Luque Serrano, ML; Roldán López, R;
Hospital Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances terapéuticos, la morbimortalidad asociada con la insuficiencia cardíaca (IC) sigue siendo muy importante, especialmente en el paciente anciano, de manera que la mayoría de los ingresos hospitalarios y de las muertes atribuibles a la IC ocurren en personas > 65 años.

OBJETIVO

Evaluar la mejora del nivel de dependencia en pacientes que ingresan en nuestra unidad con un diagnóstico de IC para conseguir así un mejor conocimiento de la enfermedad en este grupo de pacientes muy ancianos.

MATERIAL Y MÉTODO

Para ello hemos realizado un índice de Barthel al ingreso y alta del paciente, previa valoración inicial. Se puso en marcha un estudio retrospectivo que incluyó 57 pacientes.

RESULTADOS

El seguimiento medio fue de 12 meses. La edad media total de la serie fue de 75±4 años. El 49% fueron mujeres y el resto hombres.

El 47% de los pacientes que ingresaron con un nivel de dependencia moderado-severo se fueron de alta con un nivel moderado, un 30% pasaron de un nivel de dependencia moderado a independiente, un 9% pasaron de dependencia severa a independiente y un 14% no tuvo cambios en su nivel de dependencia pero si mejoro la puntuación de su barthel.

CONCLUSIONES

Con las intervenciones y educación sanitaria que enfermería planificó, se consiguió mejorar el nivel de dependencia de nuestros pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca.

REHABILITACIÓN CARDÍACA MULTIDISCIPLINAR PARA PACIENTES TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO ¿UNA REALIDAD PARA TODOS?

Ivern Díaz, C; Badosa Marcè, N; Cabero Cereto, P; Pujolar Fulquet, N; Ruiz Bustillo, S; Bruguera Cortada, J;

Hospital del Mar. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación cardíaca en pacientes con cardiopatía isquémica tiene amplia evidencia llegándose a describir una reducción del 26% de la mortalidad. En nuestro centro desde el 2008 llevamos a cabo un protocolo multidisciplinar de rehabilitación centrado en enfermería que incluye movilización precoz, entrenamiento físico supervisado, modificación de factores de riesgo, orientación educativa y soporte emocional.

OBJETIVO

Describir las características de los pacientes a los que se les propone una rehabilitación tras un síndrome coronario agudo.

MÉTODOS

Desde enero 2008 a diciembre 2009 todos los pacientes ingresados por un Síndrome Coronario Agudo fueron informados del protocolo y se propuso su participación. Se recogieron datos de los pacientes que aceptaron y que rehusaron participar.

RESULTADOS

De 559 pacientes ingresados con diagnóstico de *síndrome coronario agudo*, 86 (15%) fueron excluidos por deterioro cognitivo o barrera idiomática. De los 473 pacientes (67% varones) restantes, 170 (35.9%) aceptan participar en el protocolo y 303 (64.1%) rechazan. La causa más habitual de rechazo es la limitación funcional (45.1%), falta de interés (24.2%), distancia (23.1%) y otras (7.7%). La edad media de los que aceptaron fue 63±11 años, significativamente inferior de los que la rechazaron que fue 72±12 años (p<0,001). El porcentaje de mujeres que no aceptan asciende al 77.1%, frente al 57.6% de hombres siendo esta diferencia significativa (P<0.0001). La edad media de las mujeres que rechazan es de 75.8 ±11 años y de las que aceptan 66±9 años (P<0.001).

INSTRUMENTO PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN DURANTE EL PROCESO DEL PARTE DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Ambrosio Gutiérrez, L; Pumar Méndez, MJ; Fernández Iriarte, E; Beortegui Urdánoz, E; Ibarrola Izura, S; Díaz Alonso, M; Teilleri Vicondoa, M; Belcos Moreno, ME;

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

INTRODUCCIÓN

La Joint Commission apunta que el 65% de los errores clínicos producidos en el ámbito hospitalario son consecuencia de una comunicación deficiente. La evidencia sugiere que el uso de instrumentos electrónicos estructurados mejora la comunicación en el proceso del parte de enfermería.

OBJETIVO

Diseñar un instrumento electrónico que facilite la comunicación durante el cambio de turno en el proceso del parte de enfermería en una unidad de hospitalización de cardiología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio con Metodología combinada. Para identificar que aspectos relevantes para el cuidado del paciente cardíaco no se registraban ni comunicaban adecuadamente se realizó: (1) una revisión retrospectiva de 20 historias electrónicas de enfermería y notas de campo; (2) 50 horas de observaciones del parte; y (3) entrevistas con 15 enfermeras de la unidad. Para analizar los datos cuantitativos, se utilizó estadística descriptiva, mientras que los datos cualitativos se sometieron a un análisis de contenido.

RESULTADOS

La revisión retrospectiva reveló que en el 42,5% de los casos se omitía la comunicación de datos. Las observaciones y entrevistas confirmaron la necesidad de mejorar la comunicación y revelaron la falta de sistemática en la comunicación. Basándose en estos datos se diseñó e implantó un instrumento para la sistematización del parte de enfermería que consta de 3 dimensiones (estado general, cuidados y datos administrativos del paciente), que se obtienen de la historia electrónica de enfermería.

CONCLUSIONES

La revisión retrospectiva de historias de enfermería y la realización de observaciones del parte es un Método eficaz para detectar de modo proactivo fallos en la comunicación entre profesionales. La creación de instrumentos para la sistematización del parte de enfermería es necesaria para reducir la variabilidad en la comunicación. A largo plazo, se deberá evaluar la satisfacción de los profesionales de enfermería y la disminución de errores clínicos.

LA CAPACIDAD FUNCIONAL, LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EL ENTRENAMIENTO INTERVÁLICO EN REHABILITACIÓN CARDÍACA

Marqués Sule, E.*; Ruescas Nicolau, M.A.*; Buigues González, C.**; Querol Fuentes, F.*;
**Departamento de Fisioterapia; **Departamento de Enfermería. Universidad de Valencia*

INTRODUCCIÓN

El sedentarismo se ha asociado con la incidencia de hipertensión arterial (HTA), y ambos con la cardiopatía isquémica (CI). En los programas de rehabilitación cardíaca (PRC), el ejercicio aeróbico continuo se ha recomendado tradicionalmente en sujetos con CI e HTA, pues mejora la capacidad funcional en estas enfermedades. No obstante no existe un consenso respecto al empleo de entrenamiento interválico. Nuestro objetivo fue estudiar el efecto sobre la capacidad funcional de un PRC de entrenamiento interválico en pacientes hipertensos y no hipertensos con CI.

MATERIAL Y MÉTODOS

200 pacientes con CI (79% hombres y 21% mujeres; 57,71 ± 9,89 años) se dividieron en grupo 1 (n=106, pacientes con HTA) y grupo 2 (n=94, pacientes sin HTA). Se utilizó un valor de tensión arterial sistólica = 140 mmHg como criterio de clasificación. Todos ellos participaron en un PRC de 8 sesiones de entrenamiento físico supervisado. Se empleó el entrenamiento interválico, donde se intercalaban períodos de ejercicios cardiovasculares más intensos con períodos cortos de recuperación activa. Se valoró la capacidad funcional con la prueba Incremental Shuttle Walking Test de 10 metros (ISWT). Se analizaron las diferencias inter e intragrupo pre y post-programa.

RESULTADOS

En ambos casos la distancia recorrida en el ISWT aumentó tras el entrenamiento (grupo 1: 368,42 ± 142,83 vs. 490,36 ± 181,44, p=0,000; grupo 2: 478,30 ± 202,70 vs. 566,38 ± 193,50, p=0,002). Al finalizar el programa esta variable fue significativamente mayor (p=0,012) en los pacientes sin HTA (566,38 ± 193,50) frente a los que tenían HTA (499,25 ± 183,30).

CONCLUSIONES

Los PRC que incluyen entrenamiento interválico, pueden mejorar la capacidad funcional de pacientes con CI, especialmente los no hipertensos.

OPTA A PREMIO

ATENCIÓN PRIMARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: IMPLEMENTACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE REGISTRO PARA MONITORIZAR LA ALIMENTACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA

Pomes Casas, M; Corominas Vilalta, D; Escura Reixach, A; García Ulloa, T; Vila Vendrell, A;
Institut Assistencia Sanitaria (IAS). Atención Primaria. Salut Comunitaria. Girona

INTRODUCCIÓN

La planificación sanitaria puede ser muy útil para revertir el empeoramiento de los estilos de vida que, como el sedentarismo o la falta de una alimentación equilibrada, conllevan factores de riesgo de enfermedades crónicas, especialmente cardiovasculares.

OBJETIVO

Perfeccionar el registro informático del aplicativo de nuestra área sanitaria (población asignada 60160), identificando así la población susceptible de recibir intervenciones en promoción de la salud para aumentar los activos positivos: alimentación saludable y actividad física.

MÉTODO

Estudio retrospectivo del registro de las variables: IMC, consejo alimentario y actividad física (2010).

El estudio se centralizó, añadiéndose nuevos ítems para registrar también los hábitos de alimentación saludable y actividad física en el protocolo de actividades preventivas.

Campaña informativa a los sanitarios (2011).

Análisis descriptivo longitudinal de las variables (en 2012; contraste con estudio 2010).

RESULTADOS

Se constató un aumento importante del registro de las tres variables. En 2010 sólo un 6,3% de una muestra de 450 historias tenía el registro completo mientras que en 2012 se llegó al 22.86% de la población de referencia (>15 años).

Se presenta análisis estadístico por edad y sexo (datos de 2012): población con >3 horas actividad física semanal, cumplimiento dieta equilibrada según ítems: dieta variada, almuerzo completo, uso aceite oliva, más de 5 piezas de fruta i/o verdura al día, cocciones habituales (plancha, hervido, horno o vapor), 3 o más comidas al día.

CONCLUSIONES

Disponer de un espacio centralizado para el registro aumenta significativamente el mismo. La monitorización de las variables permitirá la planificación de actividades de promoción de la salud dirigidas a necesidades reales de la población, facilitando la homogenización de los grupos, aumentando así la especificidad del trabajo comunitario.

VIERNES 10
Sala B · 09.00/10.00

OPTA A PREMIO

BALANCE DE LÍQUIDOS Y PRÁCTICA CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

Gómez Palomar, MJ; Urgelles Sánchez, I; Caro Romano, A; Escales Seris, M; Casajús Pérez, G;

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

OBJETIVO

Evaluar la relación de los balances hídricos que se realizan a pacientes cardiópatas con la realidad de sus variaciones de volumen líquido, diseñar un Método de trabajo efectivo y optimizar el tratamiento.

MÉTODO

1ª fase: se realizaron reuniones de consenso interservicios y enfermeras-auxiliares-dietista, sobre protocolo de medida, actualización tablas de contenido hídrico alimentario y registro de balances, junto a la revisión del protocolo institucional de determinación de balances. Se aisló la báscula en que se pesa a los pacientes y se gestionó la calibración semanal para garantizar la validez del instrumento. Se recogen datos sobre edad, sexo, balance diario de 8 a 8 horas y peso diario a la misma hora.

2ª fase: estudio prospectivo, observacional, descriptivo, sobre pacientes ingresados en Cuidados Medios Cardiológicos, con indicación de balance hídrico, por insuficiencia cardíaca congestiva, durante febrero y marzo del 2012.

Se incluyeron todos los pacientes ingresados con indicación de balance, hasta conseguir muestra de 431 balances. Se excluyeron los pacientes con control de salidas imposible (incontinencia, desorientación), los aislados a causa de gérmenes resistentes (no es posible pesarlos con la báscula estándar) y los balances menores de 24h.

Análisis estádístico: porcentajes, medias, Student para variables relacionadas y prueba de wilcoxon.

RESULTADOS

Se incluyeron 102 pacientes (60% de los ingresados)

El 58,8% eran hombres. Edad media 69,43±11(41-84) Media de días con balance 4,82±3,46(1 -17)

Tanto el test de Student como Wilcolxon muestra medias totalmente dispares entre balance y peso, tanto diario como acumulado, con $p< 0,0001$.

CONCLUSIONES

- El balance es poco representativo de los cambios de volumen en cardiópatas de Cuidados Medios.
- Se propone la sustitución del BALANCE de líquidos por CONTROL DE PESO DIARIO como medida de control evolutivo.

OPTA A PREMIO

MONITORIZACIÓN DEL ÍNDICE BIESPECTRAL EN LA HIPOTERMIA INDUCIDA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Roca Canzobre, S; Rossi López, M; Seoane Pardo, N; Pérez Taboada, MA; Pereira Ferreiro, A;

Complexo Hospitalario Universitario. A Coruña

INTRODUCCIÓN

La monitorización del índice biespectral (BIS) cobra gran importancia en los pacientes que tras sufrir parada cardiorrespiratoria reciben terapia de hipotermia ya que el BIS mide el nivel de hipnosis en los pacientes sedados y además, cambios bruscos en el mismo pueden ser indicativos de crisis comiciales.

OBJETIVOS

Determinar la importancia de incluir la monitorización del BIS en el protocolo del paciente sometido a hipotermia inducida, así como de una correcta interpretación de los valores e identificación de artefactos, para poder ajustar la sedorrelajación en función del valor objetivo e iniciar si precisa anticomiciales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica sobre la monitorización del BIS en hipotermia inducida y de los estudios y protocolos existentes en nuestra unidad.

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes ingresados durante el año 2012 a los que se les aplicó hipotermia terapéutica tras sufrir parada cardiorrespiratoria recuperada, mediante revisión de registros médicos y de enfermería.

RESULTADOS

Se incluyeron 23 pacientes (69% hombres, 31% mujeres; edad media de 58 años) de los cuales fueron éxitus el 30%. Al 82% de estos pacientes se les monitorizó el BIS.

Se observó en todos los casos correlación entre los valores de índice biespectral y el estado de sedación, y entre subidas bruscas del mismo y crisis comiciales. Además, los pacientes cuyo BIS en las primeras horas era menor de 20 fueron éxitus.

Se elaboró un Plan de Cuidados en base al diagnóstico "Perfusión tisular inefectiva cerebral".

CONCLUSIONES

El índice biespectral es un instrumento útil y fiable para determinar el grado de sedación, la actividad electromiográfica y el pronóstico neurológico del paciente.

Estos tres aspectos cobran gran relevancia en la parada cardiorrespiratoria recuperada con terapia de hipotermia.

CREACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR ISQUÉMICO CARDÍACO

Gómez Palomar, C; Mirabete Rodríguez, MI; Gómez Palomar, MJ; Pérez García, LD; García Abad, I; Val Celis, M; Arranz Pérez, R; Troya Vea, F; Cardelus i Pujol, P; Sánchez, J;

Hospital Sant Pau. Barcelona

OBJETIVO

Diseñar y validar un instrumento para evaluación rápida y completa del dolor isquémico en el paciente coronario.

MÉTODO

Estudio prospectivo, observacional, descriptivo (fase piloto).

Diseñamos el borrador del instrumento capaz de describir dolor y síntomas acompañantes de los pacientes con dolor torácico sujestivo de cardiopatía isquémica.

Fases de validación: de contenido mediante revisión por 6 expertos. Con sus aportaciones modificamos el instrumento; de fiabilidad interobservador: prueba piloto sobre 30 pacientes vistos en Urgencias por "dolor torácico" por un grupo de colaboradores entrenados (2 por caso), agenos al proyecto. Se excluyeron pacientes con problemas cognitivos, afasias y barreras ideomáticas.

El instrumento recogía diversas variables: sexo y edad; localización, características, intensidad (EVA), forma de aparición, duració, como disminuye o se modifica el dolor; manifestaciones acompañantes, radiaciones, su localización y la presencia de cambios electrocardiográficos.

Análisis estadístico: ÍNDICE Kappa para fiabilidad interobservador y aceptación del documento por parte del paciente y de las enfermeras que lo utilizaron (encuestas de propio diseño), mediante porcentajes. Software estadístico SPSS.

RESULTADOS

ÍNDICE Kappa alto para todos los Items, promedio 0,99, hay buena concordancia entre observadores.

La aceptación, en cuanto a comodidad y eficacia es buena tanto por el paciente (conformidad plena el 89,5%) como por la enfermería (conformidad plena el 91%). El tiempo medio de aplicación es de 3,9 min.

CONCLUSIONES

La recogida es ágil, completa. Por el resultado obtenido al calcular el I Kappa no hay necesidad de retirar, ni modificar ninguno de los items. Pasamos a la fase definitiva: haremos pequeños cambios estructurales que lo hará más plástico y añadiremos para calcular tambien la validez del criterio concurrente los cambios eléctricos y enzimáticos.

EVALUACIÓN DE ECAPA: ESCUELA DE CAPACITACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO

Corral Liria, I; Lizcano Álvarez, A; Sabater Bermejo, S; Duque López , S; Guerra Polo, JM; Alonso Blanco, C; Pérez Vázquez , B;

Departamento de Enfermería de la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) y la Unidad de Hospitalización de Cardiología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA)

INTRODUCCIÓN

ECAPA constituye un programa para la prevención y control de la enfermedad cardiovascular, dirigido desde una clínica de la Universidad-Rey-Juan-Carlos-URJC y el Hospital-Universitario Fundación-Alcorcón-HUFA.

Creado para favorecer la capacitación en los autocuidados de pacientes-familias con problemas cardíacos y la prevención de nuevos eventos coronarios mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje en factores de riesgo, estilo de vida, aspectos físicos-psicológicos-sociales.

OBJETIVOS

Evaluar el proceso enseñanza-aprendizaje del programa ECAPA en sus líneas de actuación: control de factores de riesgo, fomento estilos de vida cardiosaludables y abordaje holístico.

MATERIAL-MÉTODO

Diseño: descriptivo transversal. Ámbito: Madrid. Sujetos: pacientes postinfartados y familiares derivados del hospital consulta de enfermería de la universidad. Periodo de tiempo: 2008-2012. Duración: 2años, con protocolización de consultas.

RESULTADOS

Inician el programa 42.12-abandonan. Edad media 56,7años. Altas18. Permanencia en programa > 18meses 100%.

Al finalizar: alto autocontrol en: medicación66,7%. Alimentación27,8%, ejercicio33,3% y afrontamiento61,1%. Uso adecuado de: tensiómetro94,4%, control de peso88,9%, uso de podómetro y pulsómetro durante el ejercicio83,3%. Presentaban mínimo tres factores riesgo cardiovascular previo63%. Ausencias de las citas8.9%. Tiempo medio-atención36,2minutos. Periodicidad entre consultas 1º año: entre 22-34días; 2º año: 51-73días. Consulta familiar50%. Desarrollado un programa de EpS grupal con 13pacientes, 7sesiones y un 85% de asistencia con alto nivel de satisfacción.

CONCLUSIONES

La Universidad puede llegar a ser otro ámbito de asistencia, formación, aprendizaje e investigación con características asistenciales benefactoras y complementarias a la atención hospitalaria. La realización de un programa-protocolo de capacitación en autocuidados, basándose en la Metodología enfermera con un cuidado individual-familiar-grupal favorece la prevención, control de la enfermedad cardiovascular, fomentando la responsabilidad y mejorando las limitaciones de los partícipes.

VIERNES 10
Sala C · 09.00/10.00

USO DE LA BOMBA INYECTORA DE CONTRASTE EN LA ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS FARMACOLÓGICO

Bernado Prats, C; Poyatos Manrubia, S; Calle Gascon, X; Salinas, S; Robles Masuet, J; Silva García, E;

Hospital Clinic. Barcelona

OBJETIVO

Analizar si la introducción del uso de la bomba inyectora de contraste nos aporta beneficios a la hora de realizar las ecocardiografías de estrés farmacológico así como las implicaciones de carga de trabajo que supone para enfermería.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes que se les realizó ecocardiograma de estrés farmacológico en el año 2012 en nuestro hospital, tanto los que se uso bomba inyectora de contraste como en los que no. Se realizó encuesta a los profesionales que realizaron dichas ecos (tanto médicos como enfermeras) para evaluar la técnica empleada.

RESULTADOS

Se analizaron 107 ecos de estrés farmacológico de los cuales 68 (63.5%) eran hombres con una edad media de 59±8. En 10 casos (9.3%) se empleó una bomba inyectora. El tiempo de preparación de la bomba fue de 12±5 minutos y en un 100% de los casos mejoró la ventana ecocardiográfica. Los tests mostraron una tendencia favorable a su uso en los casos de ventanas ecocardiográficas difíciles. En ningún caso se produjeron complicaciones por el uso de la bomba ni el contraste.

CONCLUSIONES

El uso de la bomba inyectora de contraste resulta útil en los casos de malas ventanas ecocardiográficas a pesar del incremento en el tiempo total del procedimiento.

EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA DE LA HEMOFILTRACIÓN VENO-VENOSA CONTINUA PRECOZ

Caballero García, M.J; Palencia Gómez, M.J; Piñero Sáez, S;

Clínica Capio. Albacete

OBJETIVOS

Evaluar los resultados del uso de hemofiltración precoz en pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de todos los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, en el periodo de enero del 2011 hasta enero 2013, que han sido tratados con la terapia de hemofiltración veno-venosa continua.

RESULTADOS

Se han intervenido 718 pacientes, 43 de los cuales recibieron terapia de Hemofiltración veno-venosa continua. Nueve de ellos estaban en terapia sustitutiva previa.

Los pacientes presentaban una media de edad de 68 años, con un intervalo de 38 a 86 años.

El inicio medio de la terapia fue de 55 horas en 91% de los casos (excluyendo a 3 pacientes que precisaron de terapia diferida del ingreso inicial o post-quirúrgico). La duración media de la hemofiltración fue de 73 horas.

La mortalidad de los pacientes fue del 23% y un único paciente preciso de terapia renal sustitutiva al alta domiciliaria.

Los pacientes que recibieron este tratamiento no presentaron complicaciones vasculares mayores, que precisaran de tratamiento quirúrgico. Como principal desventaja hemos encontrado el difícil manejo de la coagulación, requiriendo gran parte de ellos transfusiones sanguíneas.

CONCLUSIONES

La hemofiltración veno-venosa continua es una terapia segura, con escasas complicaciones y que puede ser beneficiosa en pacientes operados de cirugía cardíaca.

OPTIMIZACIÓN Y CONTROL RADIOLÓGICO EN LOS LABORATORIOS DE HEMODINÁMICA

Trilla Colominas, M; Gutiérrez Capdet, M; Cánovas Vergé, D; Domínguez Peramarch, R; Espinosa Moreno, T; Gil Dueñas, J; Niebla Bellido, M; Pardo González, M; Brugaletta, S; Martín Yuste, V;

Hospital Clínic. Barcelona

OBJETIVO

Las salas de hemodinámica cardíaca disponen de una instalación de Rayos X que debe ser utilizada correctamente por los profesionales que trabajan en ella.

El objetivo de nuestro estudio es reducir la radiación que reciben el paciente y el equipo sanitario.

MÉTODOS

Estudio prospectivo y descriptivo de 200 pacientes consecutivos sometidos a un cateterismo cardíaco izquierdo diagnóstico y/o terapéutico. Se compararon dos grupos, el Grupo Control (antes) y el Grupo Estudio (después) de la formación del personal de enfermería mediante un curso en protección radiológica en radiología intervencionista (uso de colimación, velo, intensidad de la escopia, etc…).

RESULTADOS

No se observaron diferencias significativas en las características clínicas, ni en el tiempo empleado, ni en el tipo de procedimiento realizado.

Los pacientes del Grupo Estudio presentaron una reducción significativa de la dosis media de radiación recibida respecto a los del Grupo Control (5788,64 ± 4543,23 mcGym2 vs 10863,08 ± 10143,57 mcGym2; $p<0,001$).

CONCLUSIONES

La formación radiológica correcta del personal de enfermería de las salas de hemodinámica cardíaca reduce significativamente la dosis de radiación a la que están expuestos el paciente y los propios profesionales.

OPTA A PREMIO

VALOR PRONÓSTICO DEL PATRÓN INTESTINAL EN RELACIÓN A LA ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA EN PACIENTES ADULTOS SUPERVIVIENTES A UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y SOMETIDOS A HIPOTERMIA TERAPÉUTICA

Marin Esteban, L; Alia Gil, JP; Iglesias Moreno, RD;

Hospital Universitario La Paz (Unidad Coronaria). Madrid

OBJETIVO

Demostrar la relación existente entre el patrón intestinal y el grado de recuperación neurológica (posible desarrollo de encefalopatía hipóxico-isquémica), así como su valor pronóstico, en los pacientes adultos supervivientes de una parada cardiorrespiratoria (PCR), durante las fases precoz e intermedia del síndrome posparada (SPP).

MÉTODOS

Se efectúa un estudio de cohortes históricas con los supervivientes adultos de una PCR ingresados en la Unidad Coronaria del Hospital La Paz del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011, clasificados en dos grupos en función de su relación con el factor exposición "patrón intestinal de riesgo" (abundantes deposiciones de características diarreicas). Se extrae información de la historia clínica relacionada con el patrón intestinal, la evolución neurológica y otros datos relevantes como edad, sexo, antecedentes personales, circunstancias de la PCR, Método de hipotermia utilizado y resultados obtenidos con otras herramientas pronósticas. No existe ningún tipo de conflicto ético ni legal en esta investigación, contándose con la autorización del Instituto de Investigación del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ) y el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC).

RESULTADOS

La aparición del patrón intestinal de riesgo en las primeras 72 horas tras la PCR (p=0,015) presenta una relación estadísticamente significativa con el diagnóstico de encefalopatía hipóxico-isquémica (mala recuperación neurológica), confirmándose la existencia de una asociación positiva entre exposición y enfermedad a través del cálculo del riesgo relativo (RR=2,945). Además, la regresión logística con odds ratio (OR) permite afirmar que los pacientes con patrón intestinal de riesgo presentan 16,473 veces más de probabilidades de mal resultado neurológico, tras ajustar por la variable de primer ritmo cardíaco monitorizado.

CONCLUSIÓN

Los supervivientes de una PCR con patrón intestinal de riesgo tienen una mayor probabilidad de desarrollar una encefalopatía hipóxico-isquémica, lo que debe confirmarse en futuros estudios prospectivos con mayor tamaño muestral y de carácter multicéntrico.

CASOS CLÍNICOS

JUEVES 9
Sala A · 17.30/18.30

CASO CLÍNICO: IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSAPICAL

Rodríguez Echeandia, M.B; Velasco Manchado, I; Bidaurratzaga Aurre, M; Imatz Billalabeitia, L;

Unidad Coronaria. Hospital Universitario Basurto.Bilbao

INTRODUCCIÓN

El Implante de la Válvula Aórtica Transcatéter (TAVI), vía femoral o transapical, es la alternativa al tratamiento convencional para pacientes con alto riesgo quirúrgico.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 80 años con Estenosis Aórtica severa. Antecedentes de EPOC y fibrosis pulmonar, disnea a mínimos esfuerzos (vida cama-sillón),en tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria. Se realiza TAVI por vía transapical tras fracaso de acceso transfemoral. Complicaciones: ventilación asistida y bloqueo auriculoventricular.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

Valoración enfermera segun modelo conceptual Virginia Henderson y taxonomías NANDA-NOC-NIC, priorizando los siguientes diagnósticos, indicadores e intervenciones:

- **Diagnósticos:** Deterioro de la ventilación espontánea (00033), Disminución del gasto cardíaco (00029), Riesgo de infección (00004), Dolor agudo (00132), Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047), Ansiedad ante la muerte(00147), Afrontamiento familiar comprometido (00074).
- **Indicadores principales:** Saturación de oxígeno, Equilibrio entre ventilación y perfusión; Tensión arterial, Índice cardíaco; Formación de cicatriz; Dolor referido; Úlceras por presión (UPP), Ansiedad verbalizada, Trastornos de los patrones del sueño; La familia afronta los problemas.
- **Intervenciones:** Cuidados cardíacos agudos, Manejo del marcapasos: temporal, Ayuda a la ventilación, Oxigenoterapia, Monitorización respiratoria, Destete de la ventilación mecánica, Control de la infección, Manejo del dolor, Prevención de UPP, Disminución de la ansiedad, Disminución de estímulos ambientales, Apoyo a la familia.

REFLEXIÓN

El TAVI es una alternativa al tratamiento quirurgico convencional no exenta de riesgos, pudiendo aparecer complicaciones en el postoperatorio, que nuestro caso se vieron agravadas por la patología asociada del paciente. La aplicación de protocolos de enfermería optimiza los resultados del tratamiento, permite detectar precozmente complicaciones y mejora la seguridad y bienestar del paciente y su familia.

OPTA A PREMIO

CUANDO EL DUCTUS DA LA VIDA

Carvajal Rodríguez, C; Aparicio López, G; Losada Pérez, M; Pasto Serra, E; Guzmán Pérez, M; Plou Domínguez, Y; Fernández Sánchez, R; Vázquez García, M; Gracia Calzada, MN; Segarra Rovira, MA;

Hospital General Vall D´Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La tetralogía de Fallot es una patología congénita que asocia:

- Comunicación interventricular.
- Estenosis pulmonar.
- Aorta naciendo a caballo entre ventrículo derecho y izquierdo.
- Hipertrofia de ventrículo derecho.

En este contexto, con estenosis pulmonar severa, preservar el ductus arterioso permeable es imprescindible para mantener al niño con vida. El tratamiento con prostaglandinas asegura dicha permeabilidad, permitiendo el flujo de sangre de la AO a la AP y a los pulmones para su oxigenación, y así estabilizar al paciente hasta llegar a la cirugía. Si el tratamiento fracasa y el ductus se cierra la hipoxia puede llevar al niño a la muerte.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Neonato diagnosticado de Tetralogía de Fallot durante la gestación. Al nacer inició cuadro de distrés respiratorio, cianosis de mucosas, tronco y extremidades. Se inició tratamiento con prostaglandinas. A la semana presentó hipoxia severa mantenida. Una ecografía objetivó disminución del tamaño del ductus sin mejoría pese aumentar dosis de prostaglandinas. En hemodinámica se procedió a abrir el ductus con stents, mejorando rápidamente los valores de Sat.O2. A los 30 minutos de finalizar, se observó en monitor tendencia a desaturación que justificó una ecocardiografía que confirmó trombosis precoz del stent y obligó a reiniciar el procedimiento con la implantación de un nuevo stent.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

Se aplicó el plan de cuidados al enfermo pediátrico con especial énfasis en los problemas de colaboración, con la finalidad de detectar precozmente Sat.O2 inferiores al 90%.

CONCLUSIONES

El paciente evolucionó satisfactoriamente, manteniendo saturaciones entre 90- 95 %. stents normosituados y permeables con flujo pulmonar anterógrado presente. Inició nutrición enteral por lactancia materna mediante succión directa del pecho.
A los catorce días es dado de alta.

CASO CLÍNICO: COMPLICACIONES TRAS SHOCK CARDIOGÉNICO E IMPLANTE DE ECMO-VA. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Papín Rivas, MP; Amor Cambón, J; Sánchez Suárez, MIE; Aller Fernández, C; Sabater Sánchez, MC;

Unidade de Cuidados Intermedios de Cardioloxía. CHUAC. A Coruña

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de una mujer de 65 años que tras sufrir IAM presenta numerosas complicaciones y, como consecuencia, ingreso prolongado que afecta a su estado físico y mental. Elaboramos un plan de cuidados individualizados desde una visión bio-psico-social utilizando la valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y las taxonomías de NANDA-NIC-NOC, seleccionando los indicadores y las intervenciones para los problemas detectados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente con 14 necesidades básicas alteradas debido a fracaso multiorgánico y herida complicada tras implante de asistencia circulatoria ECMO-VA como consecuencia de IAM complicado con shock mixto obstructivo y cardiogénico. Estudio descriptivo observacional, con entrevista personalizada con la paciente y recogida de datos de Historia clínica.

PLAN DE CUIDADOS

Para este caso los diagnósticos de enfermería en que nos centramos son: deterioro de la integridad cutánea y tisular. Contaminación. Déficit de autocuidado. Deterioro de la movilidad física. Trastorno de la imagen corporal. Deterioro de la interacción social. Baja autoestima.

RESULTADOS

Resolución eficaz de cuidados enfermeros: resolución de úlceras por presión. Evolución óptima de herida infectada. Autonomía.

OPTA A PREMIO

DESFIBRILACIÓN PRECOZ EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA POR PERSONAL NO SANITARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Nava Criado, JM; Sandonis Ruiz, LM; Gómez Gómez, Y; Ayús Sánchez, L; Martín Montero, R; Furones Guerra, MJ; Flores Prieto, M; Aurre Butrón, I; Bañuelos San José, MA; Etxebarria Izquierdo, EJ; Gómez García, X;

Unidad Coronaria y Lab. Hemodinámica Hospital Universitario Cruces. Barakaldo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Cada 20 minutos se produce una muerte súbita de origen cardiológico en España. La mayor parte suceden fuera del hospital, siendo la Fibrilación Ventricular responsable del 85% de ellas. Aunque está demostrada la eficacia de la desfibrilación precoz en estos casos, desafortunadamente la realidad es que sólo sobrevive un 5% sin secuelas neurológicas.

El objetivo de nuestro trabajo es hacer hincapié en la necesidad de difusión e implantación de desfibriladores en lugares con gran afluencia de público, así como la necesidad de formación de personal no sanitario en el manejo de estos dispositivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de una mujer de 52 años, sin antecedentes cardiológicos, que en Abril del 2012 sufre un episodio de muerte súbita mientras realizaba ejercicio físico en un gimnasio. Es atendida en primer lugar por una monitora del centro que activa la cadena de supervivencia, avisando al servicio de emergencias, iniciando maniobras de resucitación y efectuando la desfibrilación precoz mediante un desfibrilador externo semiautomático. Pósteriormente es trasladada a nuestro hospital donde se le realiza un estudio hemodinámico, implantándose un *stent* intracoronario.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Realizamos un seguimiento de la paciente durante 10 meses. Observamos que prácticamente desde el primer mes de recibir el alta hospitalaria, la paciente mantiene una calidad de vida similar a la que llevaba antes del episodio que motivó el ingreso y sin presentar ninguna secuela neurológica.

La difusión e implantación de desfibriladores externos en lugares públicos, contribuye a salvar vidas y a reducir las secuelas de la parada cardíaca.

La enfermera es la profesional idónea para cubrir las necesidades de formación del personal no sanitario en el manejo de estos dispositivos.

OPTA A PREMIO

HIPOTERMIA TERAPÉUTICA INDUCIDA TRAS PARADA CARDÍACA. MÉTODO DE ENFRIAMIENTO INTERNO CON CATÉTER INTRAVASCULAR

Simarro Garrigós, C; Ruiz García, MJ; Torres Sánchez, E; Alcahúd Cortés, C;
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN

Fibrilación ventricular (FV) y taquicardia ventricular sin pulso (TVSP) causan 85% de las muertes por parada cardio-respiratoria (PCR) extrahospitalaria.
Diferentes sociedades recomiendan aplicación precoz de hipotermia terapeútica durante 24 horas mejorando el pronóstico neurológico.
Realizamos la hipotermia terapéutica mediante el uso de catéter intravascular (Alsius): Método de enfriamiento interno y posterior calentamiento del paciente.

OBJETIVOS

Garantizar seguridad del paciente al conseguir eficazmente la temperatura deseada en cada fase del proceso.
Proporcionar al paciente crítico los cuidados habituales junto con los cuidados propios de las fases de la hipotermia terapéutica: inducción, mantenimiento, calentamiento y normotermia.
Disminuir riesgos para el personal sanitario en la realización de determinadas técnicas (Desfibrilación y Cardioversión).

DESARROLLO

La inducción a la hipotermia se realizó mediante la inserción del catéter Alsius® en vena de gran calibre. Por el interior del catéter circula suero salino enfriado por la consola Coolgard 3000®, programada para conseguir la temperatura deseada en cada fase del proceso. El enfriamiento del paciente se consigue al entrar en contacto la sangre del paciente con la superficie externa del catéter por el que circula suero frío.
La temperatura central del paciente la proporciona un sensor vesical conectado a la consolaa.
La hipotermia y el calentamiento activo se desarrollaron sin complicaciones graves: aparecieron arritmias que se resolvieron con éxito.
Las posibles complicaciones ligadas a la inserción de catéter central (riesgo de infección, hemorragia o trombosis) no aparecieron.

DISCUSIÓN

El Método permite obtener temperaturas centrales deseadas de forma muy precisa, evitando hipotermia extrema e hipertermia de rebote, difíciles de controlar con los métodos de enfriamiento externo habituales.

FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTE CON ANTICOAGULACIÓN CONTRAINDICADA: CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA

Blázquez Jiménez, I; Medina Carrillo, V; Pacheco Sánchez, E; Salas Olivares, A.I; Troya Martín, P; García Rangel, A; Sanz Maderuelo, I; Nieto Rodas, E;

Hospital 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN

La orejuela izquierda ha sido identificada como el principal sitio de formación de trombos en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Por esta razón en los últimos años se está evaluando la viabilidad del cierre de la cavidad con un dispositivo percutáneo para prevenir la aparición de embolias en pacientes con riesgo de hemorragias.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 78 años con fibrilación auricular paroxística con indicación de anticoagulación y sangrados digestivos de repetición por angiodisplasia de colon ascendente que precisa ingresos repetidos y necesidad de transfusiones.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se ingresa a la paciente en la unidad de Cardiología el 31 de Octubre de 2012 y se realiza un plan de cuidados según la taxonomía NANDA para un tiempo estimado de estancia hospitalaria de dos días. Mencionaremos aquí como cuestiones más relevantes, el control de la ansiedad, el riesgo de infección y sangrado, la vigilancia hemodinámica y los cuidados de enfermería propios del post-cateterismo cardíaco.

REFLEXIÓN SOBRE EL CASO

La paciente fue dada de alta el 2 de Noviembre de 2012 tras el implante del dispositivo Amplatzer Cardiac Plug de 24mm. La evaluación de resultados fue satisfactoria, la paciente manifestaba haberse sentido segura y bien informada durante el proceso disminuyendo su nivel de ansiedad. No hubo infección ni sangrado. La estrecha vigilancia hemodinámica también descartó derrame pericárdico, una de las complicaciones inmediatas más importantes.

El día 9 de Enero de 2013 se realizó el seguimiento del dispositivo oclusor mediante Ecocaordigrama, observándose la normoposición del mismo así como la ausencia de trrombos.

INFUSIÓN DE CELULAS MONONUCLEARES DE MÉDULA OSEA EN MIOCARDIOPATÍA DILATADA IDIOPÁTICA. ESTUDIO DE UN CASO

Muñoz Villarreal, AB; Cepas Sosa, A; Luque Serrano, ML;
Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

INTRODUCCIÓN

La Miocardiopatía dilatada es un síndrome caracterizado por dilatación y alteración de la contractilidad del ventrículo izquierdo y constituye un importante problema por su elevada morbimortalidad. En la MCD idiopática no existe una causa identificable, se cree que el daño puede estar provocado por agresiones citotóxicas, inmunológicas, infecciosas o familiares.

Estos pacientes se pueden beneficiar de la terapia basada en la infusión de células madre. Exponemos un caso en el que la mejoría es significativa tras la infusión de dichas células.

OBJETIVO

Estudiar la mejoría del grado funcional y la fracción de eyección en el paciente tratado con células madre tras el diagnóstico de MCD idiopática.

MÉTODOS

El paciente en un primer ingreso el 11-4-2012 fue sometido a un cateterismo, donde se inyectan las células madre, y se obtuvieron los siguientes datos basales:

FE:11% , T.EJERCICIO:7 MIN, GF:IV,BNP:1920.

A los seis meses de la implantación de células se realiza una reevaluación para obtener las mismas medidas.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos son bastante significativos:

La fracción de eyección pasa de un 11% a un 32%,el tiempo de ejercicio pasa de 7 a 13 minutos, el grado funcional de un IV a un II y el BNP de 1920 a 122,50.

CONCLUSIONES

La mejoría del paciente tras la implantación de células es muy significativa.

La terapia de implantación de células como se observa en este caso aporta importantes beneficios a los pacientes diagnosticados de Miocardiopatía Dilatada Idiopática.

FÍSTULA QUILOSA EN EL IMPLANTE DE UN MARCAPASOS

Aguirre Montoya, JC; Carmona Heredia, A; Ginel Aldana, S; De Lera Martínez, MJ; Villares Jiménez, A;

Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona

Pósteriormente al implante de un marcapasos por vía venosa subclavia izquierda se diagnostica derrame quiloso en bolsa de marcapasos por sospecha de fístula creada por la punción del conducto linfático. Complicación poco frecuente.

Mujer de 82 años a quien se implantó un marcapasos definitivo. Durante el procedimiento se puncionó accidentalmente la arteria subclavia izquierda. El resto del implante se realizó con normalidad. Durante el ingreso no hubo más complicaciones. A los cuarenta días del alta acudió a urgencias afebril con tumefacción fluctuante, eritema y prurito en la bolsa de marcapasos. La herida presentaba correcta cicatrización, se puncionó la zona extrayéndose 20 cc de líquido de aspecto lechoso, del cual se cursó bioquímica, Gram, cultivos, así como analítica de sangre y hemocultivos. La paciente no presentaba signos infecciosos sistémicos ni analíticos, la bioquímica del líquido extraído contenía gran cantidad de triglicéridos se sospechó fuga del líquido linfático y se dio de alta de urgencias citándose al día siguiente en unidad de marcapasos.

Con la confirmación analítica de linfa y por la estabilidad clínica de la paciente, de forma consensuada con endocrinología se decidió colocar vendaje compresivo, dieta estricta sin grasas con suplemento de Triglicéridos de Cadena Media (aceite MCT). A los cinco días se observó disminución de la tumefacción que desapareció totalmente a los veinte días y se decidió dieta libre. Una semana más tarde dada su buena evolución, se dio por resuelto el caso.

La dieta estricta sin grasa, con suplemento de aceite MCT explicada detalladamente de forma oral y escrita puede solucionar de forma conservadora una fístula del conducto linfático creada durante una intervención quirúrgica.

OPTA A PREMIO

CASO CLÍNICO. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA NEONATAL

Picart Nogué, MªA; Patiño Masó, J; Carles Picart, C; Planella Colomer, M;
Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son una de las anomalías congénitas más frecuentes en los recién nacidos. En España, la incidencia de cardiopatías congénitas se estima de 8 a 10 por cada 1000 recién nacidos. La mayoría de estos niños, serán intervenidos quirúrgicamente varias veces a lo largo de su vida y necesitará atención sanitaria.

Caso clínico de un recién nacido a término diagnosticado de atresia pulmonar con comunicación ventricular. Test d'Apgar de 9/10. Tonos cardíacos rítmicos. Soplo 2-3/6 en mesocardio, buena perfusión periférica, pulsos centrales presentes y simétricos. Es intervenido a los 15 días de vida, ligando el ductus y ampliando ramas pulmonares. A las 48 h de intervención, se detecta por ecografía una disminución significativa del calibre entre la arteria pulmonar derecha y la izquierda. A los 5 días post ecografía se realiza angioplastia efectiva. El paciente, es trasladado a nuestra unidad de cuidados neonatales a los 88 días de vida por proximidad familiar.

En **la planificación de los cuidados** se prioriza la alimentación por succión del neonato y la educación sanitaria dirigida a los padres. Los indicadores de resultados seleccionados son: aparición del reflejo de succión, estado de deglución, hidratación, establecimiento de la lactancia y conocimiento de los cuidados del lactante y las intervenciones escogidas: succión no nutritiva, asesoramiento en la lactancia, educación sanitaria e identificación de riesgos.

Las **reflexiones** sobre el caso señalan que la elaboración de un plan de cuidados individualizado mediante aplicación informática, nos permite evaluar los cuidados llevados a cabo en el hospital, y garantizar el seguimiento del paciente pediátrico en su Área Básica de referencia.

AZUL DE METILENO EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA, PACIENTE CON VASOPLEJIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

García Bodas, M.I; Rubio Martín, S; Cabañas Patiño, M.A; Paredes Astillero I; Soria Ramiro M L;

Hospital Virgen de la Salud (Toledo)

INTRODUCCIÓN

La vasoplejia en el postoperatorio de cirugía cardiovascular con cirugía extracorpórea (CEC) es una complicación con una incidencia del 8-22%. La CEC evoca una respuesta hemodinámica, hormonal y especialmente inflamatoria en estos pacientes, que en algunos simplemente requiere el uso de una fluidoterapia adecuada y vasopresores, y, sin embargo, en otros provoca un fenómeno de vasoplejia refractaria, que puede aumentar tanto la morbilidad como la mortalidad de estos pacientes.

DESCRIPCIÓN

Hombre de 75 años; diagnosticado de obstrucción del tronco y enfermedad de tres vasos, con FEVI del 45%, que ingresó en la Unidad de Cuidados Críticos de Cirugía Cardíaca tras intervención quirúrgica de triple By-Pass Coronario. En el postoperatotio Inmediato presentó vasoplejía refractaria, que fue tratada con azul de metileno. En este caso clínico se ha aplicado el proceso enfermero empleando las taxonomías NANDA, NIC, NOC según los Patrones Funcionales de Marjorie Gordon.

PLANIFICACIÓN CUIDADOS

- Aplicación de protocolos al ingreso en la Unidad de Reanimación Cardíaca.
- Diagnósticos de enfermería y plan de cuidados individualizados. Taxonomía NANDA-NIC-NOC.
- Realización de cuidados y tratamiento específico postoperatorio inmediato.
- Recomendaciones de enfermería al alta a planta.

REFLEXIÓN

La cirugía cardíaca es un procedimiento terapéutico quirúrgico que cada vez es más habitual en nuestros hospitales, este paciente precisa vigilancia y monitorización exhaustiva en su postoperatorio inmediato. La aplicación de protocolos de enfermería para el tratamiento y cuidados de este tipo de pacientes así como la vigilancia enfermera de la evolución del paciente, contribuye notablemente a la optimización de los resultados así como la detección precoz de complicaciones y su tratamiento, aportando cuidados de mayor calidad y seguridad asistencial.

JUEVES 9
Sala B · 17.30/18.30

OPTA A PREMIO

INFECCIÓN POR MUCORMICOSIS EN PACIENTE TRASPLANTADO DE CORAZÓN

Berral Baeza, T; Luque López, R; Sánchez Moyano, M; Mengibar Pareja, V;
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN

La mucormicosis l es una infección micótica causada por un hongo de la clase Ficomicetos, notable por su alta morbimortalidad. Requiere factores debilitantes en la persona afectada: diabetes mellitas descompensada, leucemia, trasplante de órganos y personas inmunodeprimidas.

Varón de 54 años trasplantado cardíaco hace 2 meses, diabético; presenta rechazo agudo a su ingreso. Tras tratamiento con corticoides, presenta descompensación diabética y lesiones rinooculares, diagnosticandose Mucormicosis rinocerebral.

OBJETIVOS

Descripción de caso excepcional de paciente infectado por germen oportunista, con rápida evolución y resultado de muerte.

MATERIAL Y MÉTODOS

Elaborar plan de cuidados de enfermería individualizado adaptado a la situación del paciente paliando los efectos adversos del tratamiento: quirúrgico, asistenciales, apoyo emocional.Valoracion según modelo conceptual de Virginia Henderson y Taxonomía NANDA, NIC, NOC.

CONCLUSIONES

El plan de cuidados estandarizados aplicado permitió detectar las nuevas necesidades presentadas por el paciente y familia, ayudando a mejorar la calidad asistencial, proporcionando al paciente una muerte digna.

ERITROFÉRESIS EN PACIENTE CON MALARIA POST TRASPLANTE CARDÍACO

Rosenfeld Vilalta, L; Ballesteros Bravo, S; Rodríguez Rodríguez , R; Demur Lanau, T; Romero Arnau, M; Marín Pérez, R; Rojas García, A; Izquierdo Bernal, S; Lluis Caldera, B; Palma Gómez, D;

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El paludismo es una enfermedad parasitaria intraeritrocitaria, febril aguda. Los síntomas aparecen a partir de los 7 a 15 días en forma de fiebre, cefalea, mialgias, sintomas digestivos, hemolisis severa, afectación cerebral y fallo multiorgánico. En casos graves, con anemia hemolítica establecida, parasitemia elevada y compromiso multiorgánico puede realizarse eritroféresis (técnica de filtración veno-venosa que extrae los hematíes del paciente).

CASO CLÍNICO

Varón de 50 años, sometido a trasplante cardíaco que a los quince días postransplante inicia cuadro febril, con anemia hemolítica severa, plaquetopenia progresiva, inestabilidad hemodinámica, dolor en hipocondrio derecho con esplenomegalia. En el hemograma se objetiva presencia de parásitos intraeritrocitarios, el análisis de gota gruesa confirma infección por Plasmodium Falciparum con índice de parasitemia elevado. Se indican fármacos antipalúdicos y eritroféresis.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

Revisión y exposición de un caso clínico complementado con revisión bibliográfica. Se diseña un plan de cuidados de enfermería atendiendo a los diagnósticos de enfermería y valorando los riesgos habituales del paciente crítico así como el riesgo de sangrado, reacción transfusional, infección, etc.

REFLEXIÓN SOBRE EL CASO

El caso trata sobre un paciente en la fase aguda tras trasplante cardíaco con nivel intenso de inmunosupresión afecto de malaria grave confirmando,a pósteriori, como vector de transmisión el órgano donado. Se realizó eritroféresis en una sesión, dejando el 30% de hematíes. Recibió además antipalúdicos consiguiéndose la curación, sin complicaciones.

CONCLUSIONES

La eritroféresis asociada al tratamiento farmacológico antipalúdico puede resultar útil en caso de malaria grave con alta tasa de parasitemia.

CASO DE UN PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) CON PERFUSIÓN CONTINUA ENDOVENOSA DE MILRINONA EN DOMICILIO. COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Nebot Margalef, M; González Costello, J; Barbosa Torralbo, MJ; Bonilla Aguilar, I; Mazeres Ferrer, O; Castro Rodríguez, E; Asensio Flores, S; Gil Bermejo, M; Roca Elías, J; Manito Lorite, N;

Hospital Universitàri de Bellvitge. Barcelona

Paciente de 62 años, profesión ingeniero presenta:

- Hipertensión arterial; Dislipemia; Diabetes melitus tipo II insulinodependiente pluricomplicada con retinopatía y polineuropatía; Cardiopatía isquémica; Insuficiencia renal crónica estadío III; Anemia.

FASE HOSPITALARIA

- 2007- 2011 presentó varios ingresos en contexto de síndromes coronarios agudos requiriendo revascularización percutánea.
- 2011- Enero 2012, múltiples reingresos por descompensación de IC con tratamiento inotrópico intermitente y diurético ev. Por diabetes pluricomplicada e insuficiencia renal se descarta el trasplante cardíaco.
- El equipo médico de la unidad de insuficiencia cardíaca y trasplantes (UFIC) propone al paciente la perfusión continua endovenosa de milrinona en su domicilio aceptando el paciente y familia.
- Colocación catéter Hickman central tunelizado 2 luces y educación cuidadora principal en los cuidados del catéter y bomba.
- Dosis milrinona inicial de 0,125 ug/kg/min con bomba de infusión convencional asociado a tratamiento oral convencional.

FASE HOSPITAL - `HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HaD)

- Seguimiento y refuerzo por el HaD . Se detecta infección vía central con bacteriemia y fiebre reingresando para tratamiento antibiótico ev y retirada catéter central. En 2º tiempo se colocó catéter central tunelizado de 1 luz y en ese mismo ingreso se decide cambiar la bomba de infusión de milrinona convencional por una bomba elastomérica para facilitar la deambulación e independencia del paciente.
- Marzo2012, alta del hospital y seguimiento por HaD. Mayo2012, alta de HaD.

FASE HOSPITAL-PRIMARIA-PADEs

- Visitas quincenales consultas externas UFIC alternadas con primaria en domicilio.
- Agosto 2012 PADEs incia conjuntamente con UFIC seguimiento del paciente.
- Desde Noviembre hasta enero, se han practicado 5 paracentesis de 10 litros cada una en Hospital de Día coordinadas con PADEs.
- Actualmente PADES realiza paracentesis más frecuentes de 2 litros cada una en domicilio.

DEL INFARTO AL TRASPLANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Velasco Manchado, I; Bidaurratzaga Aurre, M; Imatz Billalabeitia, L; Rodríguez Echeandia, M.B;

Hospital Universitario Basurto. Vizcaya

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso clínico de una mujer candidata a trasplante cardíaco tras sufrir un infarto agudo de miocardio (IAM).

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 58 años (fumadora, diabética, dislipémica) que presenta IAM anterior extenso. Se realiza angioplastia primaria con implantación de Stent.
La paciente presenta shock cardiogénico refractario a tratamiento . Se decide el traslado al hospital de referencia para trasplante cardíaco. Todo ello produce gran ansiedad en la paciente.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

Centrado en el cuidado intensivo, los diagnósticos de enfermería, indicadores e intervenciones para los problemas detectados se seleccionaron según modelo de Virginia Henderson y taxonomía NANDA, NOC, NIC.

Diagnósticos enfermeros: Disminución del gasto cardíaco (00029), Deterioro del intercambio de gases (00030), Ansiedad (00146), Dolor agudo (00132), Afrontamiento ineficaz (00069)

Resultados e Indicadores principales:

- Efectividad de la bomba cardíaca(0400):Tensión arterial, índice cardíaco.
- Estado respiratorio(0415): Saturación de oxígeno, disnea.
- Autocontrol de la ansiedad (1402): Refiere dormir de forma adecuada
- Control del dolor (1605): Refiere dolor controlado.
- Afrontamiento de problemas (1302): busca información sobre su enfermedad y tratamiento.

Intervenciones: Cuidados cardíacos agudos, Manejo del shock cardiogénico, Cuidados circulatorios: dispositivo ayuda mecánica, Oxigenoterapia, Monitorización respiratoria, Disminución de la ansiedad, Manejo del dolor, Apoyo emocional, Aumentar el afrontamiento, proporcionar información de su enfermedad, Describir complicaciones crónicas.

REFLEXIÓN:

Las intervenciones enfermeras contribuyeron a disminuir la ansiedad de la paciente y ayudaron a mantener la estabilidad hemodinámica y respiratoria necesaria para facilitar su traslado al hospital de referencia en espera del trasplante cardíaco.

Los pacientes con patología cardíaca refractaria al tratamiento intensivo requieren de unos cuidados específicos de enfermería, así como la colaboración y coordinación entre diferentes profesionales de distintos ámbitos hospitalarios asistenciales.

OPTA A PREMIO

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE VIH (+) CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Seoane Pardo, N; Rossi López, M; Roca Canzobre, S; Pereira Ferreiro, A; Pérez Taboada, M;
C.H.U. A Coruña

INTRODUCCIÓN

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana infecta a las células del sistema inmunológico causando un progresivo deterioro de este. El tratamiento ha alargado la esperanza de vida de los pacientes, por lo que presentan complicaciones que no son eventos SIDA, tales como ateroesclerosis, enfermedad coronaria o dislipemias, relacionándose algunos con la propia replicación vírica y otros con los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 51 años, VIH (+), que ingresó tras acudir a Urgencias por episodio de dolor centrotorácico opresivo irradiado a mandíbula.

Se traslada a nuestra unidad por un IAM no Q, en donde permanece hasta recibir el alta a Medicina Interna.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

Valoración al ingreso según Henderson siendo los principales diagnósticos de enfermería: Disminución del gasto cardíaco (00029). Deterioro del patrón de sueño (00198). Ansiedad (00146).

Resultados esperados (NOC): Efectividad de la bomba cardíaca. Sueño. Afrontamiento de problemas.

Intervenciones (NIC): Cuidados cardíacos agudos. Mejorar el sueño. Apoyo emocional.

REFLEXIÓN

Los cuidados aplicados en este caso nos han enriquecido desde un punto de vista profesional y personal, al enfrentarnos a una patología y a un perfil de medicación, que no manejamos de manera habitual, por lo que hemos aprendido y reflexionado sobre la dificultad a la que se enfrenta este paciente todos los días.

El apoyo emocional y su correcto manejo ha sido uno los puntos más importantes de nuestros cuidados integrales.

DENERVACIÓN RENAL EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

Medina Carrillo, V; García Rangel, A; Blazquez Jiménez, I; Nieto Rodas, ME; Troya Martín, MP; Salas Olivares, AI; Pacheco Sánchez, EM; Sanz Maderuelo, IM;

Hospital 12 de Octubre. Hospital de día de Electrofisiología. Madrid

INTRODUCCIÓN

La denervación renal es un procedimiento novedoso, que consiste en la ablación selectiva mediante radiofrecuencia de los nervios renales del sistema nervioso simpático. Dicha disminución de la respuesta adrenérgica conlleva múltiples efectos beneficiosos para los sistemas vascular, endocrino y respiratorio. Aunque el efecto más llamativo es el control de cifras en la hipertensión arterial refractaria, los estudios mas recientes predicen que estos factores podrían jugar un papel importante en la remodelación ventricular en la insuficiencia cardíaca.

DESCRIPCIÓN DE CASO

Se presenta el caso de un paciente en seguimiento por la consulta de insuficiencia cardíaca con hipertrofia del ventrículo izquierdo en clase funcional II-III al que se somete a una denervación renal. Se evalúa la remodelación ventricular que ha sufrido el paciente a lo largo del tiempo y sus cifras de tensión arterial, valorando si su escala funcional mejora tras el procedimiento.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Según la taxonomía NANDA, NIC Y NOC se realiza un plan de cuidados de enfermería para cubrir las necesidades del paciente entorno al procedimiento, así como las recomendaciones básicas a seguir los días posteriores.

Discusión: la denervación renal se presenta como un procedimiento seguro y con muy pocas complicaciones asociadas. La novedad de esta técnica nos permite ser muy optimistas respecto al control de cifras tensiónales pero esta muy lejos de poder valorar indicadores de salud a largo tiempo. La lógica nos indica que la disminución de la respuesta adrenérgica conllevara una mejora en la función ventricular izquierda pero todavía se debe seguir la evolución de casos y su utilidad como tratamiento de la insuficiencia cardíaca.

OPTA A PREMIO

DIÁLISIS PERITONEAL COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR

de la Peña Torres, L; Puigvert Vilalta, C;
Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) crónica presentan cormolidades añadidas,entre ellas la IR. Además sufren múltiples descompensaciones por sobrecarga hídrica. El 80% de pacientes tienen más riesgo a ser hospitalizados por esta causa.

Nuestro objetivo es detectar los problemas y necesidades de un paciente diagnosticado de IC e insuficiencia renal (IR) en tratamiento (TTO) de diálisis peritoneal (DP), así como describir su evolución.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 63 años, diagnosticado de IR en estadio III con anemia, tratado con transfusiones de sangre y eritropoyetina.

Implantación del catéter peritoneal el 15/02/2010. El 20/02/2010 se coloca un catéter temporal en la vena femoral derecha para realizar hemodiálisis, aumentando la dosis de diuréticos para tratar la sobrecarga hídrica se consigue una pérdida total de 20kg.

El 21/04/10 se inicia DP, que se utiliza como filtro. La solución icodextrina se cambia una vez al día, con una permanencia entre 7-10 horas. Es un TTO más fisiológico y con menos limitaciones que la hemodiálisis. Puede hacerse en casa y es relativamente fácil de aprender. La anemia se controla mejor con menores dosis de eritropoyetina.

La función fundamental de la enfermera en DP es la enseñanza de procedimientos, actitudes y conceptos básicos para que el paciente sea autosuficiente.

Para cumplir los objetivos indicados utilizamos el modelo de Henderson y las taxonomías de Nanda, Nic y Noc.

REFLEXIÓN

La DP es el TTO sustitutivo elegido para mejorar la tolerancia del paciente, asimismo el cuadro de la IR e IC.

A pesar de la evolución acelerada de la enfermedad,se consiguió mejorar su calidad de vida y disminuir las estancias hospitalarias.

OPTA A PREMIO

ENTEROPATÍA PIERDE-PROTEÍNAS SECUNDARIA A MIOCARDIOPATÍA RESTRICTIVA

Rossi López, M; Roca Canzobre, S; Pereira Ferreiro, A; Pérez Taboada, MA; Seoane Pardo, N;

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN

La enteropatía pierde-proteínas se caracteriza por una pérdida activa anormal de proteínas plasmáticas a través de la mucosa gastrointestinal.

Este trastorno puede ocurrir como complicación en la evolución de determinadas cardiopatías congénitas y condiciona un mal pronóstico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 23 años con una miocardiopatía restrictiva tipo fibrosis endomiocárdica que está ingresada en nuestro hospital en lista de espera para trasplante cardíaco.

Presenta una enteropatía pierde-proteínas grave debido a linfangiectasia intestinal secundaria a la miocardiopatía, que cursa con hipoalbuminemia, hipogammaglobulinemia y trastornos hidroelectrolíticos crónicos.

Es trasladada a nuestra unidad de cuidados críticos cardíacos por una sepsis relacionada con catéter vascular y excluida temporalmente de la lista de espera para trasplante.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

Valoración al ingreso según Henderson siendo los principales diagnósticos de enfermería: Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195). Hipertermia (00007). Disminución del gasto cardíaco (00029). Ansiedad (00146).

Resultados esperados (NOC): Equilibrio electrolítico y ácido-base. Termorregulación. Efectividad de la bomba cardíaca. Control de la ansiedad.

Intervenciones (NIC): Manejo de líquidos/electrolitos y terapia intravenosa. Tratamiento de la fiebre. Cuidados cardíacos agudos. Escucha activa.

REFLEXIÓN

La atención a esta paciente supuso un reto importante para la enfermería, ya que se trata de una mujer joven con un pronóstico desfavorable que ve frustradas sus esperanzas de trasplante debido a una sepsis, y que presenta una patología poco frecuente para nosotros como es la enteropatía pierde-proteínas.

Destacamos como prioritario el abordaje de los problemas emocionales y psicológicos de la paciente y consideramos fundamental la elaboración de un plan de cuidados individualizado para prestar una asistencia de calidad.

ABANDONO DEL SEGUIMIENTO CLÍNICO POR PARTE DE UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PULMONAR

Herranz Blasco, A; Garrido Palomeque, MD; Valls Cordoba, M; Cabero Cereto, P; Soler Ayats, C; Corral Celma, MI; Sarda Palau, R; Rodríguez, D; Bruguera Cortada, J; Molina Ferragut, L;

Parc de Salut Mar. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Pulmonar es un nombre simple que define un problema de salud complejo. La persona diagnosticada por primera vez, se ve atrapada en un mundo lleno de sentimientos contradictorios que le superan. Algunos pacientes afrontan este proceso como algo negativo, por lo que el abandono del seguimiento clínico es una de las respuestas más habituales.

OBJETIVO

Describir la actuación de enfermería ante un caso clínico para reducir la incidencia del abandono del seguimiento clínico por parte de un paciente con HP.

MATERIAL Y MÉTODOS

El circuito de diagnóstico y seguimiento de pacientes con Hipertensión Pulmonar es complejo ya que requieren exploraciones múltiples y un seguimiento estrecho para garantizar una buena adherencia terapéutica y para prevenir posibles descompensaciones debido a sus patologías asociadas (IC, EPOC, esclerodermia, VIH, etc.).

Haciendo referencia a un caso clínico de abandono del seguimiento, reflejaremos las actuaciones de enfermería en el paciente con HP. Tras dos años de seguimiento de un paciente, hemos obtenido resultados evidentes de un empeoramiento progresivo de la capacidad funcional. Por ello valoraremos los diagnósticos de enfermería y las actuaciones correspondientes para intentar reducir al máximo el abandono del seguimiento clínico del paciente, ya que con ello se puede garantizar una buena evolución y estabilidad de la enfermedad.

CONCLUSIÓN

No existe un Método preciso para asegurar un correcto seguimiento y cumplimiento terapeutico, ya que hay múltiples factores relacionados con el paciente y su entorno. Es de gran importancia acompañar al paciente durante su enfermedad, ofreciendo consejos técnicos y prácticos tanto a éste como a su familia y motivarlo para mantener el tratamiento y realizar los seguimientos, a fin de mejorar su situación física y personal.

SEGUIMIENTO PROACTIVO: INSUFICIENCIA CARDÍACA EN GESTIÓN DE CASOS

Cañizares Gil, A; Gutiérrez Ribal, M; García Garrido, L;

ABS Figueres. Girona

La prevalencia y hospitalización por Insuficiencia Cardíaca (IC) han aumentado de forma considerable en los países desarrollados, ocasionando un importante gasto económico. En la actualidad, existen diferentes estrategias multidisciplinares, como la Gestión de Casos (GC), para el seguimiento y control de los pacientes. La GC nace con la finalidad de mejorar la calidad en la atención al paciente crónico complejo, garantizando un seguimiento pro-activo para prevenir las descompensaciones.

Paciente con Cardiopatía Isquémica (CI) avanzada, intervenida con revascularización incompleta y disfunción del ventrículo izquierdo severa con posterior desarrollo de IC que actualmente se encuentra en CF III con comorbilidades importantes (Dabetes Mellitus II e Insuficiencia renal) que agravan la complejidad de su estado de salud y aumentan el riesgo de descompensación.

En la valoración inicial la paciente demuestra un buen conocimiento del tratamiento farmacológico y asegura cumplimiento, pero reconoce trasgresiones en las recomendaciones HD por falta de motivación, y nulo cumplimiento de los autocontroles pautados (peso y glicemia). Conoce los síntomas de exacerbación, pero el temor sumado a la desconfianza, la llevan a un uso excesivo de los servicios de urgencia en detrimento de las visitas con su equipo de atención primaria.

Se utilizaron los patrones de salud de M. GORDON encontrado alterados los siguientes: promoción de la salud, nutrición y actividad/reposo. Como principal diagnóstico enfermero: Gestión inefectiva de la propia salud. Los NOC, conducta de cumplimiento, control de síntomas, autocontrol de la enfermedad y conocimientos sobre la dieta. Los NIC, establecimiento de objetivos comunes, educación del proceso de enfermedad y dieta, precauciones cardíacas. Se plantearon como resultados prioritarios: conseguir un buen uso del sistema sanitario, mejorar la calidad de vida y los conocimientos/autocuidados.

COMUNICACIONES PÓSTER FÓRUM

JUEVES 9
Sala C · 12.30/13.30

PROTOCOLO DE URGENCIA HEMODINÁMICA PEDIÁTRICA: TÉCNICA DE RASHKIND

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

La atrioseptostomía de Rashkind es la técnica de elección en caso de urgencia vital de ciertas cardiopatías congénitas cianóticas como puede ser la transposición de los grandes vasos, atresia pulmonar septo íntegro, atresia tricúspide… El objetivo es la creación de una comunicación interauricular por rotura de la fosa oval que permite el libre paso de sangre entre ambas aurículas.

En nuestro hospital y dentro del servicio de hemodinámica, el número de activaciones de urgencias que atendimos en los dos últimos años fueron 627. De las cuales un 94% fueron IAM (SCACEST), y un 6% fueron activaciones infantiles. De éstas un 60% fueron para la realización de técnica de rashkind, y un40 % para otras (colocación de marcapasos, valvuloplastias…). Por lo tanto la atrioseptostomía con balón se trata de la técnica más frecuente en las urgencias hemodinámicas infantiles.

OBJETIVO

al tratarse de un paciente (neonatos) y una técnica poco habitual en nuestra actividad diaria, hemos decido realizar este trabajo como guía y recordatorio del procedimiento para nuestro personal, así como para el personal de nueva incorporación. Con ello pretendemos conseguir aumentar la seguridad del paciente neonatal en situación urgente.

MÉTODOS

Revisión bibliográfica adaptándola a la práctica clínica de nuestro hospital.

RESULTADOS

Elaboración de un póster que estará expuesto en nuestro servicio de Hemodinámica y en el laboratorio del Hospital Infantil. Una herramienta de consulta que forma parte de la formación continuada enfermera.

CONCLUSIONES

Ampliamos conocimientos, mejoramos nuestra actuación enfermera, y aumentamos con ello la seguridad y calidad de nuestros cuidados al paciente neonatal.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTÁNEA A PACIENTES GESTANTES

Guzmán Pérez, M; Baron Ibáñez, O; Fernández Sánchez, R; Plou Domínguez, Y; Aparicio López, G; Pastó Serra, E; Carvajal Rodríguez, C; Losada Pérez, M; Muela Godoy, L; Vázquez García, M; Guerrero Garicano, S;

Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La Valvuloplastia Mitral percutánea es la técnica de elección para el tratamiento de la estenosis mitral severa en pacientes gestantes por su menor riesgo de complicaciones.

Los riesgos de la punción transeptal, la vulnerabilidad del feto a la irradiación y la posible inestabilidad hemodinámica durante el procedimiento obligan a extremar los cuidados de la paciente y el feto.

La utilización de ECOCARDIOGRAFÍA intracavitaria contribuye a disminuir estos riesgos.

OBJETIVOS

Describir los cuidados de enfermería realizados a dos pacientes gestantes, diagnosticadas de estenosis mitral severa, a las que se les ha realizado una valvuloplastia mitral guíada por Ecocardiografía Intracavitaria en un laboratorio de Hemodinámica.

METODOLOGÍA

Se informó a las pacientes del procedimiento. Se las colocó en decúbito lateral izquierdo moderado para evitar el síndrome de la Vena Cava Inferior, procurando medidas de seguridad, confort y asepsia. Se protegieron radiológicamente feto y gónadas. Durante la prueba se monitorizó de forma contínua a gestante y feto. Se realizó cateterismo diagnóstico derecho e izquierdo mediante accesos femorales, y se procedió a la punción transeptal dirigida por Eco intracavitaria y a la dilatación de la válvula mitral mediante técnica INOUE. Se registraron los valores hemodinámicos y de control fetal, y posterior traslado a la Unidad Coronaria para control evolutivo.

CONCLUSIONES

- Los cuidados de enfermería, en estos casos, deben incidir en la posición de la paciente, la protección radiológica específica y la monitorización hemodinámica tanto de la gestante como fetal.

- La utilización de Ecocardiografía intracavitaria permite evitar los riesgos de la sedación/anestesia, disminuir la dosis de radiación y diagnosticar posibles complicaciones del procedimiento.

OPTA A PREMIO

HEMOSTASIA VASCULAR POST-CATETERISMO CARDÍACO. ACTUALIZACIÓN ENFERMERA BASADA EN LA EVIDENCIA

Gómez Fernández, M; Reino Maceiras, MV; Navasquillo Lorda, MA; Otero Barreiro , MC; González Juanatey, JR;

Servicio de Cardiología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

La hemostasia de los accesos vasculares tras los cateterismos cardíacos es una de las actuaciones enfermeras principales tras su realización, debido al impacto en la seguridad y en el confort del paciente. Se hace necesaria la revisión de la evidencia en la práctica actual y la puesta en común de un protocolo de actuación de enfermería.

OBJETIVO

Actualizar las intervenciones de enfermería en la hemostasia vascular tras los cateterismos cardíacos y unificar el protocolo de enfermería en las unidades de cardiología.

MÉTODO

Se desarrolló un programa de actualización enfermera basada en la evidencia con los siguientes criterios: Conocer los diferentes accesos vasculares de los cateterismos cardíacos, sus indicaciones y contraindicaciones; Describir las técnicas de hemostasia y compresión más frecuentes; Conocer los diferentes tiempos de hemostasia y las variables que los justifican; Descripción y clasificación de las complicaciones vasculares derivadas de la hemostasia y las actuaciones de enfermería para su manejo y resolución; Conocer los diferentes dispositivos de hemostasia y cierre vascular; Describir sus características, indicaciones y protocolo de actuación para cada uno de ellos.

RESULTADOS

Se impartió un seminario de cuatro horas por una enfermera experta de la unidad de hemodinámica. Se incluyeron 25 enfermeros de la unidad de hemodinámica y unidad coronaria. Se pasó un cuestionario pre y post seminario, con 10 items. El seminario se acreditó con 0,9 créditos a través del departamento de docencia del hospital. Se realizó una continuidad para el personal de la unidad de hospitalización de cardiología.

CONCLUSIONES

La docencia y actualización es una herramienta eficaz que permite la unificación de los protocolos de actuación de enfermería basados en la evidencia.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: CUIDADOS PRE Y POSTCORONARIOGRAFÍA

Santos Vergel, JJ; Gómez Barriga, MD;
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

OBJETIVOS

- Protocolizar los cuidados que deben de recibir los pacientes, tanto antes como después del procedimiento.
- Facilitar la actividad a profesionales de nueva incorporación o alumnos de formación pregrado.
- Ayudar que el paciente y familiares se adapten a la nueva situación

MÉTODOS

Se realiza un proceso de atención de enfermería en pacientes sometidos a dicho procedimiento para identificar los diagnósticos de enfermería más frecuentes para así identificar las intervenciones de enfermería (NIC) y obteniendo así unos resultados (NOC) que cumplan unos estándares de calidad necesarios para el buen funcionamiento de la unidad de hospitalización.

RESULTADOS

Protocolizar los cuidados para facilitar tanto la acogida del paciente y una actuación de enfermería posterior al procedimiento acorde a la valoración del paciente.

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.

CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE GIRONA SOBRE EL USO DEL DEA

de la Barrera Pujol, M; Freixas Fabrellas, S; García Castellano, S; Miralpeix Fonalledas, K;
Universidad de Girona

INTRODUCCIÓN

En el año 2012, Girona obtuvo el reconocimiento de ciudad cardioprotegida, debido a la distribución territorial del DEA. A raíz de este hecho nos hemos propuesto realizar un estudio para conocer el nivel de formación de la población sobre el uso del DEA.

OBJETIVOS

Evaluar los conocimientos de los estudiantes de la Universidad de Girona sobre el uso del DEAen urgencias cardíacas.

MÉTODO

Estudio descriptivo y transversal realizado a estudiantes de la Universidad de Girona. Se selecciona una muestra de conveniencia de 410 estudiantes, cuyo rango de edad abarca de los 18 a 72 años.Los conocimientos han sido valorados mediante encuestas realizadas a 10 estudiantes, escogidos aleatoriamente,de cada curso de las 9 facultades de la Universidad de Girona.

RESULTADOS

El estudio nos muestra que un 68,78% conoce su función, sin embargo solo un 31,22% conoce el significado de las siglas DEA. Un 25,85% de los estudiantes ignora cuando se debe hacer uso del DEA. Alrededor de un 55% conoce su procedimiento, el margen de tiempo de actuación y cómo realizar la técnica. Solamente un 41,71% de los estudiantes lo aplicaría a toda la población. Un 95,61% conoce la maniobra que complementa el uso del DEA, pero solo el 20,49% actuaría en una parada cardiorespiratoria.

Los estudiantes de enfermería antes de iniciar los estudios no tenían conocimiento sobre el DEA excepto el 8,64%.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos nos muestran la falta de conocimientos por parte de la población desvinculada del ámbito sanitario. Esta evidencia nos sugiere que se debería formar a toda la población para optimizar la presencia del DEA en lugares públicos.

OPTA A PREMIO

PONGÁMONOS EN SU PIEL: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACA MÁS HUMANIZADA

Pereira Ferreiro, A; Pérez Taboada, Ma; Seoane Pardo, N; Roca Canzobre, S; Rossi López, M;

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN

En un ingreso en la unidad de cuidados intensivos cardíaca, los enfermos y sus familiares se verán sometidos a factores estresantes que pueden desencadenar diversas alteraciones emocionales y vivencias de situaciones límite. Dichos factores pueden ejercer su influencia sobre el sistema cardiovascular, pudiendo agudizar el cuadro clínico y consecuentemente entorpecer su recuperación.

OBJETIVO

Recoger e identificar los principios éticos y valores básicos en los que debe estar fundamentada la práctica enfermera; servirán de marco de referencia para proporcionar unos cuidados cuyo eje central sea la dignidad de la persona y represente una garantía de calidad para el paciente y su familia.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis de los conocimientos, experiencias y vivencias del personal. Revisión de bibliografía relacionada con el tema y de los protocolos de acogida de la unidad.

RESULTADOS

Se elaboró un póster en el que se reflejan las siguientes bases de actuación:

- Identificación del enfermero/a referente, descripción de su ubicación, horarios y normas internas.
- Trato correcto basado en el respeto, confianza, capacidad de escucha y empatía.
- Descripción e información de los procesos y técnicas de enfermería.
- Respeto a la intimidad y dignidad.
- Fomentar la autonomía y el autocuidado.
- Trabajo en equipo.
- Respeto a las necesidades espirituales, la diversidad cultural y religiosa.
- Garantizar la continuidad asistencial de enfermería al alta.
- Velar por la seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

La colocación del póster en un lugar visible y de fácil acceso tanto para familiares como para el resto del personal, facilitará el acercamiento a la labor de enfermería. Esto contribuirá a que entre todos podamos colaborar y crear una unidad de cuidados intensivos cardíaca más humanizada.

OPTA A PREMIO

CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA EN LA MUJER

Castillo Sánchez, MT; González Gómez, B;

Fundación Jiménez Díaz-Capio. Madrid

OBJETIVO

Analizar la población con cardiopatía isquémica que ha recibido tratamiento invasivo en nuestro hospital. El análisis está dirigido a determinar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a características basales, tratamiento y resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha utilizado la base de datos del servicio de Cirugía Cardíaca del hospital. Se han incluido todos los pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria desde enero de 2010 hasta enero de 2012. Se han excluido los pacientes con procedimientos combinados de bypass coronario y recambio aórtico o valvular, para evitar factores de confusión. Se ha utilizado la base de datos de Hemodinámica de pacientes mujeres sometidas a intervencionismo coronario durante el mismo período de tiempo.

PACIENTES QUIRÚRGICOS

Se han incluido 191 pacientes (157 hombres) Para realizar el análisis estadístico dividimos las variables en cuantitativas y cualitativas.

RESULTADOS

PACIENTES QUIRÚRGICOS

Se han incluido 191 pacientes (157 hombres) Para realizar el análisis estadístico dividimos las variables en cuantitativas y cualitativas.

Cuantitativas: Edad; FEVI (Fracción de eyección ventricular izquierda); Número de infartos (preoperatorios); EUROESCORE; Días de UVI.

Cualitativas: Diabetes; Tabaquismo; Hipertensión arterial; Dislipemia; ACVA preoperatorio; Infarto de miocardio previo; Pacientes asintomáticos; Síncope; Disnea; EPOC; Angina; NYHA; CCS; Insuficiencia renal; Mortalidad postoperatoria.

PACIENTES MUJERES CON ANGIOPLASTIA: 111

CONCLUSIONES

1. El número de mujeres es cinco veces menor que el de hombres.
2. El 60% de las mujeres presentan diabetes, el doble que en los varones.
3. El tabaquismo predomina en los varones.
4. Las mujeres asocian disnea con más frecuencia y clase funcional para disnea más avanzada.
5. No hubo diferencias respecto a la FEVI, síncope, ACVA, y deterioro de la función renal preoperatorios.
6. La mortalidad fue menor de la esperada (2,7 %) en las mujeres.

OPTA A PREMIO

USO, INTERACCIÓN Y EFECTOS DE LAS PLANTAS MEDICINALES MÁS COMUNES EN NUESTRO ENTORNO RELACIONADAS CON LA MEDICACIÓN CARDIOLÓGICA

Joher Sàbat, S; Garriga Teixidó, C; Mir Aiguadé, J; Navazo Subirana, L; Simón LLorente, S; Carreras Campins, I;

Cardiología Hospital Universitario Doctor Josep Trueta

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las plantas medicinales contienen principios activos, que si bien son responsables de las propiedades terapéuticas que se les atribuyen, también lo son de las reacciones adversas o intoxicaciones que pueden aparecer si se emplean en dosis inadecuadas o en períodos prolongados. El consumo de plantas medicinales y otros productos naturales con finalidades terapéuticas no debería hacerse sin el conocimiento y la supervisión del profesional sanitario.

Nuestro objetivo es elaborar un instrumento sobre las plantas medicinales comunes en nuestro entorno que sirva de información y soporte, tanto para profesionales de la salud como para pacientes cardiológicos.

METODOLOGÍA

Se ha hecho una revisión bibliográfica en bases de datos de Pubmed, Cinahl y Medline de artículos publicados del año 2002 hasta el 2012 y consulta en libros y monografías publicadas. Se han utilizado las palabras clave: fitoterapia, plantas medicinales, hierbas naturales, interacciones, reacciones adversas, medicamentos, fármacos y cardiología.

RESULTADOS

Se ha elaborado una tabla uniendo toda la información recopilada, donde se han clasificado las plantas medicinales más típicas y usadas en nuestra zona y se ha descrito su uso, interacción con fármacos que se utilizan en el área de cardiología y las posibles reacciones adversas.

CONCLUSIONES

La guía que presentamos ayuda al personal sanitario para detectar posibles alteraciones que puedan llegar a tener los pacientes. No se ha encontrado la información actualizada esperada que detallase completamente todos los aspectos que buscábamos. Aprovechando la anamnesis, el personal sanitario debería conocer si sus pacientes toman habitualmente alguna planta medicinal y así poder dar una correcta información cerca de éstos productos. Esto sería muy beneficioso para ambos: para los pacientes y para los profesionales de la salud.

OPTA A PREMIO

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE AL ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE CARDIOLÓGICO

Guardia Azara, M; Rovira Vilamala, I; Serrano Carmona, JL; Amo Polo, J; Velez Pérez, Y; Ponsati Parramon, A;

Hospital Universitario Doctor Josep Trueta. Girona

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento es un problema de salud que sufre el paciente hospitalizado. En el paciente cardiológico, el estreñimiento tiene una alta incidencia ya que éste experimenta, en la fase aguda de su enfermedad cambios biofísicos provocados tanto por la propia patología, como por su tratamiento. En estas circunstancias, pueden aparecer graves complicaciones como consecuencia del esfuerzo, por lo creemos necesario su prevención.

OBJETIVO

Establecer un criterio único de actuación elaborando un protocolo, ante la necesidad de eliminación deposicional del paciente ingresado en la Unidad de Cardiología, para poder garantizar un patrón deposicional no patológico, evitando la aparición de complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre la adopción de un patrón deposicional no patológico. Se ha elaborado un panel de actuación donde se indica como tratar el estreñimiento según las características del paciente y su patología cardíaca, teniendo en cuenta situaciones de especial interés que requieran una vigilancia específica. Finalmente, el protocolo fue revisado y consensuado por diferentes expertos profesionales (nutricionistas, farmacéuticos y cardiólogos) del centro hospitalario.

CONCLUSIONES

Creemos que este protocolo, que actualmente se encuentra pendiente de valoración por parte de la comisión de calidad de nuestro hospital, será una buena herramienta de trabajo para el personal sanitario. Evitará complicaciones y aumentará el confort de nuestros pacientes.

JUEVES 9
Sala C · 17.30/18.30

PROTOCOLO DEL TEST DE 6 MINUTOS, PARA EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES. SENCILLO, BARATO, SEGURO, OBJETIVO Y ACCESIBLE PARA ENFERMERAS

Martín Martín, M.A; Oses Pérez de Labeaga, M; Oyanguren Artola, J; Torcal Laguna, J; Lekuona Goya, I; Txirapozu Mendibil, J; Vecin Justo, J.C; Basabe Barrenetxea, A; Gallego Bascuñana, B; Latorre García, P.M;

EQUIPO PROMIC, Centro Salud Basauri - Ariz / Hospital de Galdakao, OSAKIDETZA.

INTRODUCCIÓN

Existen varias modalidades para realizar una evaluación objetiva de la capacidad funcional del ejercicio.
El test de 6 minutos se utiliza para evaluar intervenciones cardiovasculares y no cardiovasculares, es simple y requiere poca tecnología.
Para garantizar la objetividad debe ser realizado según Guías de Practica Clínica.

OBJETIVO

Dar a conocer a los profesionales de enfermería, los principales requerimientos de estandarización.

DESCRIPCIÓN Y DESARROLLO DEL PROTOCOLO

Se realizó una revisión bibliográfica y se reunió el equipo de Insuficiencia cardíaca que decidió los elementos principales de este protocolo, indicaciones, limitaciones, contraindicaciones, seguridad, aspectos técnicos, lugar, equipamiento, preparación del paciente, técnica durante el test, medición de síntomas, características de calidad, O2, mediciones e interpretación, formación y experiencia del personal.

RESULTADOS

Las indicaciones principales son: la evaluación de intervenciones de las áreas cardíaca y respiratoria y medida indirecta de calidad de vida, dada su correlación con actividades de la vida diaria.
Las contraindicaciones: la angina inestable, infarto agudo de miocardio reciente y límites de tensión arterial y frecuencia cardíaca.
Para garantizar la seguridad: material de RCP y profesionales formados.
Son necesarios pasillos de 20-50 m, cronómetro, conos, tensiometro, pulsioxímetro opcional.
Escala de Borg para medir disnea y cansancio .No interferir con el paciente hablándolo, animándolo.
El profesional debe estar formado, con experiencia y ser el mismo en diferentes evaluaciónes.
Resultados expresados en metros, siendo diferencia significativa 40-50 m.
Teniendo en cuenta, edad, sexo, índice de masa corporal.

CONCLUSIÓN

Es una medida útil de capacidad funcional, utilizada para medir resultado de intervenciones. La existencia de un protocolo, basado en guías de practica clínica ayuda a la formación y homogeneización de la practica enfermera y redunda en objetividad del resultado.

PROTOCOLO DE ÍNDICE TOBILLO-BRAZO, UNA PRUEBA ENFERMERA NECESITADA DE ESTANDARIZACIÓN

Oses Pérez de Labeaga, M; Martín Martín, M.A; Oyanguren Artola, J; Basabe Barrenetxea, A; Txirapozu Mendibil, J; Vecin Justo, J.C; Torcal Laguna, J; Lekuona Goya, I; Gallego Bascuñana, B; Latorre García, P.M;

EQUIPO PROMIC, Centro Salud Basauri - Ariz / Hospital de Galdakao, OSAKIDETZA

INTRODUCCIÓN

El índice tobillo-brazo, prueba realizada frecuentemente por enfermeras para diagnosticar enfermedad arterial periférica y marcador pronóstico de eventos cardiovasculares. La falta de estandarización conduce a resultados discrepantes con impacto clínico, económico y de salud pública.

Objetivo: realizar protocolo con Doppler que guíe la práctica enfermera, ayudando a precisar medida e interpretación.

DESCRIPCIÓN Y DESARROLLO

Se realizó revisión de literatura y tras reunión del equipo de enfermeras se estableció protocolo estandarizando indicaciones, técnica en cuanto al paciente, manguito y su posición, Método de medida, experiencia del profesional, cálculo e interpretación.

RESULTADOS

Indicaciones: Para diagnóstico de estenosis arteriales periféricas de > 50% y como marcador de su progresión y de cambios tras revascularización , pronóstico de mayor riesgo de eventos cardiovasculares y mortalidad total. Uso apropiado especialmente en atención primaria.

Técnica: El paciente debe estar tumbado, se mide tensión arterial en ambos brazos y piernas tras 5-10 minutos de reposo, sin fumar previas 12 horas. La amplitud del manguito al menos 40% del muslo y colocación en la pierna encima del maleolo y no en espiral; cubrir lesiones y no poner sobre un bypass. Se infla el manguito 20mm Hg mas que la señal de aparición de circulación.

Resultado: división de tensión arterial más alta de tibial posterior o pedio entre tensión arterial más alta de brazos, para cada miembro en enfermedad arterial periferica <0.90 y el índice tobillo-brazo más bajo de los dos como predictor de eventos < 0.90 o > 1.40.

CONCLUSIÓN

La estandarización del índice tobillo-brazo medido con doppler mejora la precisión de medida y la formación de enfermería siendo una herramienta cardiovascular muy útil.

SINTROM EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Puigvert Vilalta M; Arnau Arnau C; Cortada Corominola M; Cornet Farrerons Mª A; Fuertes Cabezuelo F; Puertas Vaño C;

Área Básica de Salut Salt. Girona

INTRODUCCIÓN

La redefinición del riego embolico mediante el calculo CHADS2 incrementa el número de pacientes candidatos al tratamiento con anticoagulantes orales. Actualmente dicho control se realiza en Atención Primaria.

OBJETIVO

Analizar las características socio-demográficas de los pacientes tratados con Acenocumarol (Sintrom®).
Valorar el control y seguimiento del Sintrom en el centro de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: observacional, descriptivo y transversal.
Ámbito de estudio: Pacientes que efectúan el control de INR en Atención Primaria y que han prestado su consentimiento informado a participar.
Muestra: 142 pacientes, adscritos a 6 unidades asistenciales.
Se incluyeron: Pacientes en tratamiento con Sintrom, que acudieron a control rutinario de INR, durante el período del 1-1-2012 al 31-12-2012.
Se excluyeron: Pacientes que han fallecido o que les han suprimido el tratamiento en el periodo mencionado.
Variables socio-demográficas: Edad, sexo, situación familiar.
Variables a partir de la Historia Clínica: Fármaco prescrito, duración del tratamiento.
Tratamiento de datos: Sisap (seguimiento de indicadores clínicos).

RESULTADOS

ABS tiene 42.460hb. 445 enfermos realizan tratamiento con sintrom.
29,86% tiene entre 71 y 80 años, 67 son hombre y 75 mujeres, 5,6% son atendidos en el domicilio y 4,9% disponen de un cuidador no familiar.
La mediana de controles anuales por profesional se halla entre 15 y 17,3, mediana de días entre controles esta entre 19,94 y 22,82, controles en rango terapéutico se encuentra entre 61,9 y 69, y los controles de tiempo en rango terapéutico oscila entre 76,64 y 80,11.

CONCLUSIONES

El control del Sintrom precisa entrenamiento especial por parte de sanitarios, pacientes y cuidadores.
Existen áreas mejorables, seguridad y efectividad del tratamiento.

PROYECTO DEL TABLÓN CARDIOSALUDABLE. UNA FORMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA

Lizcano Álvarez, A; Duque López, S; Alonso Blanco, C; Corral Liria, I; Pérez Vázquez, B; Sabater Bermejo, S;

Departamento de Enfermería de la Universidad Rey Juan Carlos (Alcorcón) y Unidad de Hospitalización de Cardiología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

INTRODUCCIÓN

El favorecer la capacitación en autocuidados de pacientes-familiares podría comenzar desde el ingreso hospitalario por motivos cardiovasculares, puesto que durante su estancia pueden surgir dudas. El paciente mejor informado se pone en acción y realiza un afrontamiento eficaz (saber-poder y querer) de su proceso salud-enfermedad. Por ello, se ha elaborado un Tablón cardiosaludable en la zona de hospitalización de una unidad de cardiología.

OBJETIVOS

Aumentar la información de autocuidados-cardiosaludables en pacientes y familiares ingresados. Acercar la unidad hospitalaria al paciente por medio de una educación para la salud pasiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Del programa ECAPA (Escuela-de-Capacitación-para-el-Autocuidado–Cardiovascular) entre la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) y el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), una de las acciones a desarrollar ha sido la elaboración del Tablón. Se compone de un papelógrafo con ruedas, para facilitar su traslado y doce láminas con decálogos. Se pretende que el paciente sea activo en su lectura, con diseño tipo libreta, pasando láminas para su lectura. La enfermera pasa a ser un elemento motivador y consultor de dudas. Su puesta en marcha Marzo será en 2013.

RESULTADOS

Entre los temas más destacados: ¿Qué es la enfermedad Coronaria? Factores de Riesgo. Mantener una alimentación cardiosaludable. Realizar una actividad física-regular. Controlar exceso de estrés y ansiedad. Relaciones interpersonales: Sexualidad y Readaptación socio-laboral. Importancia de cumplir con revisiones y el tratamiento. Cuidados para la familia. El cuidador principal. Cuidarse para cuidar.

CONCLUSIONES

Uno de los aspectos básicos durante el ingreso es la intervención enfermera: enseñanza. Esta puede ser directa o indirecta por medio del Tablón. La participación activa del paciente consultando lo que más necesite pretende mejorar la relación paciente-institución-profesionales.

RUTA ASISTENCIAL INSUFICIENCIA CARDÍACA: ELEMENTOS DE CONSENSO E INSTRUMENTOS DE AYUDA PARA ENFERMERÍA

Vilà Vendrell, A; Fabregas Comadran, T; Maso Donadeu, M; Pla Surina, A; Feria Gil, R; Salgado Rodríguez, C; Crous Costa, I; Reig García, G;

Hospital Santa Caterina, ABS de Cassà de La Selva y Anglès (Institut Assistencia Sanitaria-IAS), ABS Sta Coloma de Farners (Institut Català Salut-ICS)

INTRODUCCIÓN

Una ruta asistencial es un pacto entre profesionales de una determinada área sanitaria que establece como organizarse y actuar ante un paciente con una determinada patología basándose en una guía de pràctica clínica (GPC), promoviendo la coordinación entre profesionales.

OBJETIVO PRINCIPAL

Mejorar la salud y promover el autocuidado del paciente con insuficiencia cardíaca (IC) buscando una atención integrada, objetivos y líneas de educación sanitaria comunes.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Homogeneizar el abordaje de la patología a nivel territorial.
Describir un instrumento comprensible, factible y adaptado a los profesionales de enfermería de los tres ámbitos asistenciales.

METODOLOGÍA

Grupo de discusión y técnicas de consenso de 10 profesionales que comparten hospital de referencia.
Colideraje primaria-especializada.
Elección de GPC de referencia: European Society of Cardiology's (2012).
Subgrupo de trabajo de enfermería para la elaboración del consenso en instrumentos de valoración enfermera, contenido de las visitas de seguimiento de enfermería y elementos educativos.

RESULTADOS

Hoja de recomendaciones en pacientes con IC incluyendo reconocimiento de los signos de alarma.
Recomendaciones dietéticas.
Instrumento de evaluación que determina el grado de conocimientos: Enfermedad, medicación y hábitos de vida. En una segunda fase, valoración del manejo terapéutico.
Cuadro de seguimiento del paciente con IC estable según fase evolutiva de la (NYHA) con descripción del contenido visitas de seguimiento: educación terapéutica, valoración factores riesgo cardiovascular, vacunación antigripal, escalas, seguimiento plan de cuidados.

CONCLUSIONES

La participación de profesionales de enfermería en la elaboración de la ruta ha permitido llenar de contenido enfermero el seguimiento en fase estable de pacientes con IC y llegar a un consenso en los instrumentos de educación terapéutica.

OPTA A PREMIO

MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) BÁSICA: TODOS PODEMOS SALVAR VIDAS

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

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La RCP comprende una serie de maniobras estandarizadas encaminadas a revertir la parada cardiorespiratoria (PCR) sustituyendo la respiración y circulación espontáneas e incentivando su recuperación.

En nuestra unidad durante 2012 ingresaron 10 pacientes diagnosticados de anoxia cerebral en diferentes grados de coma vigil, secundaria a PCR. Su situación clínica generó gran cantidad de cuidados, a todos los niveles, derivados de su dependencia. Nos planteamos qué hubiera sucedido si los familiares hubiesen contado con conocimientos para iniciar la RCP básica hasta la llegada de atención especializada.

OBJETIVOS

- Evaluar los conocimientos sobre RCP de los familiares de nuestros pacientes y su voluntad de recibir formación.
- Valorar posibles diferencias sociodemográficas.

MATERIAL Y MÉTODO

- Estudio descriptivo prospectivo durante noviembre de 2012.
- Recogida de datos mediante encuesta de 6 ítems.
- Revisión bibliográfica.

RESULTADOS

Sobre una muestra de 138 familiares compuesta por 72 mujeres (52.17%) y 66 hombres (47.82%), con media de edad de 50.90 años, el 10.14% localizó la zona de realización de RCP y respondió correctamente sobre la secuencia de maniobras. El 36.23% identificó el número de emergencias. El 16.66% estaba formado sobre RCP y el 60.87% mostró interés por formarse. Un 9'42% acertó la totalidad de ítems de los cuales un 38'46% había recibido formación previa.

CONCLUSIONES

La gran mayoría de familiares no tienen ningún nivel de instrucción para realizar RCP pero sí muestran interés en adquirir conocimientos preventivos para mejorar el pronóstico ante una PCR extrahospitalaria. Planteamos por tanto presentar los resultados al departamento de formación de nuestro hospital para proponer la realización de cursos a la población usuaria de nuestro centro.

¿EL EJERCICIO QUE SE PRACTICA ES SUFICIENTE PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR?

Jover Mallol, M; Boixés Saña, D; Colom Soldevila, S; Puigvert Vilalta, M; Puertas Vaño, C; Cortada Corominola, M;

CAP Girona-2 y CAP Salt-1. Girona

INTRODUCCIÓN

La hipertensión (HTA) mal controlada puede provocar complicaciones cardiovasculares, para su prevención se aconseja: reducción de peso y reducción de sodio, y la práctica de ejercicio de 3/5 días a la semana durante 45-60 minutos.
Según el cuestionario validado BPAAT (Brief Physical Activity Assessment Tool), se recomienda practicar ejercicio intenso 20 minutos = 3 veces a la semana o 30 minutos ejercicio moderado = 5 veces a la semana.

OBJETIVOS

Conocer el riesgo cardiovascular (RCV) de los hipertensos.
Determinar la cantidad de ejercicio que practican los hipertensos.
Conocer si el ejercicio que se practica es suficiente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional y transversal, multicéntrico
Muestra de 61 pacientes asignados a las 6 enfermeras participantes escogidos de forma aleatoria.
Inclusión: hipertensos = 65 años.
Exclusión: tener incapacidad física parar realizar ejercicio y con patología cardíaca.
Variables estudiadas: edad, sexo, situación laboral, control de TA, control de colesterol y HDL, IMC y RCV(Regicor) y el nivel de ejercicio según BPAAT.

RESULTADOS

Se estudiaron 57.4% hombres y 42.3% mujeres solo el 45.9 % estaban trabajando,
Edad: 6.6% <40 años, el 18% entre 41-50 años, 49.2% entre 51-60 y 26.2% de 61-65 años.
El 65.6% tenían un buen control de TAS, el 85.1 % tenían un buen control de TAD, el 55.7% estaban con niveles de colesterol correctos, y 75.4% los niveles de HDL eran también correctos.
El 37.7% tenían obesidad, el 52,5% sobrepeso y el 9,8% eran normopeso.
El 90.2% tenían bajo RCV y el 9.8% alto.
El 95% realizaban algún tipo de ejercicio, pero solo el 39.3% lo realizaban suficientemente.

DISCUSIÓN

Pensamos que es necesaria la reflexión de los profesionales ya que los resultados indican que aunque se aconseje el ejercicio, el que se realiza no es suficiente para evitar el RCV.
Se observa que la mayoría realiza un ejercicio de poca intensidad, por lo que las enfermeras tendríamos que incidir en aumentar la intensidad y la frecuencia.

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA SOBRE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA. PRUEBA PILOTO

Méndez Castellano, P; García Garrido, Ll; Farrè Carabasa, C; Jardí Ripoll, C; Baró Ministral, N; Vila Batllorí, N;

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida, y la cronicidad de los procesos hace que los Servicios de salud se adapten a nuevas fórmulas asistenciales más innovadoras. En el 2011, se crea la Unidad de Continuidad Asistencial. Después de un año, la Unidad se plantea evaluar la efectividad de la CA. La revisión bibliográfica nos condujo al instrumento PCCQ que valora las percepciones del paciente sobre el alta hospitalaria.

OBJETIVOS

Analizar las propiedades psicométricas del PCCQ.

METODOLOGÍA

El PCCQ se administró a 5 pacientes hospitalizados con Insuficiencia Cardíaca, dos semanas después del alta. La muestra era de tipo consecutivo. Los criterios de inclusión eran pertenecer a los 7 centros de Salud y ser mayor de 65 años. Se analizaron las variables clínicas y sociodemográficas. La traducción del instrumento se realizó mediante Método paralelo. El PCCQ consta de 41 preguntas, incluidas en seis subescalas: relaciones con los proveedores en el hospital; la transferencia de información a los pacientes; las relaciones con los proveedores de la comunidad; gestión de las formas escritas; gestión de seguimiento y gestión de la comunicación entre los proveedores.

RESULTADOS

Todos los pacientes eran hombres con una media de edad 71,2 años. La mayoría eran jubilados y estaban casados excepto un paciente que era viudo. La puntuación oscila desde 2,4 a 5. El 80,44 % tenían puntuaciones superiores a 4. Las más bajas correspondían a la pregunta 13 y 14 que hacían referencia a la información recibida sobre los recursos y la ayuda, así como, los instrumentos de autogestión y material educativo.

CONCLUSIONES

El PCCQ es un instrumento con 41 ítems largo pero la prueba piloto nos ayuda a continuar con el estudio planteado por las puntuaciones recibidas.

OPTA A PREMIO

TERAPIA POR PRESIÓN NEGATIVA EN HERIDAS COMPLICADAS TRAS INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA CARDÍACA

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

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La terapia por presión negativa aplicada a la curación de heridas es un sistema no invasivo que favorece la cicatrización a través de un gradiente de presión. Su finalidad es contraer la herida, eliminar exudado y tejido no viable, mejorar el aporte sanguíneo y promover la regeneración tisular estimulando la mitosis.

Suele ser utilizada en heridas de larga evolución resistentes al tratamiento convencional y en nuestra unidad utilizamos este sistema para complicaciones de la herida post cirugía cardíaca.

OBJETIVOS

- Analizar la evolución de las diferentes heridas tratadas con terapia por presión negativa de 2004 a 2012 en nuestra unidad.
- Determinar las diferencias sociodemográficas, la media de días de uso de la terapia, evaluar los diferentes tipos de herida tratados y analizar los principales motivos de instauración.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio descriptivo observacional retrospectivo sobre una muestra de 134 pacientes.
- Registro de las variables a estudio mediante sistema informático.
- Revisión bibliográfica.

RESULTADOS

Sobre una muestra de 134 pacientes compuesta por 43,28% mujeres y 56,72% hombres, la media de días de uso de terapia es 18,49 días. Los diferentes tipos de herida tratados son: esternotomía media 96,19%, safenectomía 1'9%, femoral 0,95% y zona sacra 0,95%. La instauración de la terapia fue por: infección en 65,71% de los casos, exudado 21,9% y dehiscencia 12,38%.

CONCLUSIONES

La instauración de la terapia implica tratamiento prolongado, aumenta los costes sanitarios pero supone una resolución total de las heridas. Desde 2012 se están usando técnicas nuevas para heridas susceptibles a complicaciones como son el Prevena® y el Dermabon®, nos proponemos seguir el estudio y valorar si se reduce el número de casos.

COMUNICACIONES PÓSTER

CIERRE DE LEAK PERIVALVULAR TRAS IMPLANTACIÓN DE PROTESIS AORTICA PERCUTÁNEA

Espiño Abeledo, R.M; Mendez Barrientos, M.C; García Trigo, B.C; Rodríguez Freire, M.R; López Carballal, M.D; González Artiaga, C; Pazos Seco, V;

Complexo Hospitalario Universitario. A Coruña

INTRODUCCIÓN

Las fugas perivalvulares son frecuentes después de la implantación valvular; suelen ser fugas pequeñas y sin repercusión clínica importante, tienden a mejorar o desparecer durante el seguimiento, en ocasiones pueden presentar complicaciones graves como anemia hemolítica que requiere transfusiones o insuficiencia cardíaca congestiva. El cierre por vía percutánea puede ser una alternativa para la mejoría clínica del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Describiremos el caso de un paciente varón de 80 años, portador de una prótesis aórtica Edwuards Sapiens implantada en el servicio de hemodinámica por vía percutánea.

El implante se llevó a cabo bajo anestesia general y se utilizó ecocardiografía transesofágica para definir la anatomía del leak y ayudar durante el intervencionismo.

En la intervención han participado 2 médicos hemodinamistas y 2 enfermeras (instrumentista y circulante).

El cierre de la fuga valvular se llevó a cabo a través de cateterismo arterial por vía femoral izq. Para el mismo se utilizó un dispositivo vascular AGA Plug III.

RESULTADOS

Se objetiva disminución de la insuficiencia de grado \0 a \0.

El paciente presentó una evolución satisfactoria mejorando su calidad de vida, que ha sido observada durante su seguimiento en la consulta.

CONCLUSIÓN

El cierre de leak paravalvular por vía percutanea, se puede realizar en hemodinámica, siendo una alternativa para la mejoría clínica de pacientes con elevado riesgo quirúrgico.

Es importante destacar el papel de la enfermería durante el desarrollo del procedimiento y en los cuidados anteriores y posteriores al mismo.

OPTA A PREMIO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ABLACIÓN RENAL POR RADIOFRECUENCIA

Sainz Terrones Fernández, D; Bartolome Fuente, A; Valero García, M.C; Horrillo Alonso, I;

Hospital Universitario de Basurto. Bilbao

INTRODUCCIÓN

La hipertensión refractaria es aquella en la que no se consigue el objetivo de controlar la presión arterial a pesar de un tratamiento adecuado de la misma, con al menos 3 fármacos antihipertensivos a dosis plenas, en pacientes con un buen cumplimiento de la medicación.

Esta técnica es un procedimiento de reciente incorporación en las unidades de hemodinámica que consiste en la denervación de las arterias renales utilizando radiofrecuencia de baja potencia, consiguiendo una reducción de la hiperactivación del sistema nervioso simpático. La técnica permite la bajada o retirada de buena parte de la medicación en los siguientes meses, reduciéndose así las complicaciones por la HTA.

El abordaje se realiza percutáneamente y se procede a aplicar radiofrecuencia. De esta manera logramos denervar la inervación simpática aferente y eferente de ambos riñones, que son parte fundamental de la hipertensión arterial refractaria. Esta técnica dura entre 60\0- 80\0 y se realiza con apoyo del Servicio de Anestesia.

MATERIAL Y MÉTODO

Tras la revisión bibliográfica y teniendo en cuenta nuestra experiencia, establecimos los diagnósticos principales. Para ello valoramos y realizamos el análisis de los problemas identificados. Luego procedimos a la planificación de los cuidados con el fin de prevenir, minimizar o eliminar dichos problemas.

RESULTADO

Elaboración de un plan de cuidados atendiendo a los diagnósticos de enfermería establecidos en la clasificación de la NANDA.

CONCLUSIÓN

La elaboración de un Plan de Cuidados Estandarizado favorece que el equipo de enfermería trabaje siguiendo unas directrices unificadas. La planificación de los cuidados fomenta la seguridad tanto del equipo como de los pacientes, ayudando entre otras cosas a la prevención de posibles complicaciones.

IMPLANTACIÓN PERCUTÁNEA VALVULAR AÓRTICA ¡EL FUTURO HA LLEGADO!

Zuloaga Quiroga, P; Miguelez González, N; Cousillas Corrales, A; Presa García, S;
Hospital Universitario de Basurto. Bilbao

INTRODUCCIÓN

La estenosis aórtica (EAo) es la valvulopatía degenerativa más frecuente en la población adulta. A menudo ocurre sin síntomas externos y puede pasar desapercibida hasta que se agrava y cursa con insuficiencia cardíaca acompañada de síntomas como disnea, fatiga y angina.

Hasta la fecha, el abordaje quirúrgico para el recambio valvular con cirugía extracorpórea era el tratamiento de elección, al tratarse de la única modalidad terapéutica que ofrece alivio sintomático e incremento de la supervivencia a largo plazo.

En la actualidad, el incremento en la expectativa de vida y el consecuente aumento de comorbilidades asociadas (cardíacas y extracardíacas) condicionan que hasta un 33% de los pacientes con EAo severa muy sintomáticos sean rechazados para tratamiento quirúrgico. Este contexto ha propiciado que surjan nuevas técnicas menos invasivas, como la valvuloplastia aórtica y más recientemente la TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) o implantación percutánea de prótesis aórticas.

OBJETIVO

Elaborar un póster que sintetice de forma gráfica la TAVI, para disminuir el grado de ansiedad del personal de enfermería poco habituado a esta técnica, novedosa en nuestro centro hospitalario.

METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica.
- Análisis del trabajo realizado en nuestro centro.

CONCLUSIONES

La TAVI está en una etapa temprana de desarrollo, y si bien precisa de más estudios para evaluar sus resultados a largo plazo, supone una opción inigualable para los pacientes con EAo severa sintomática rechazados para cirugía.

Garantizar la seguridad del paciente debe de ser una prioridad para la enfermería, y para ello es fundamental fomentar una adecuada formación continuada y adaptación a las nuevas técnicas.

HEMOSTASIA RADIAL CON PULSERA NEUMÁTICA TR-BAND® TRAS CATETERISMO CARDÍACO

Sandonís Ruiz, LM; Hernando García, FJ; Ocáriz Aguirre, MA; Gómez López, F; Izquierdo Torre, MV; Peña Larrazábal, I; Pereiro Pérez, MA; Bañuelos San José, MA; García Imaz, MJ; Etxebarria Izquierdo, EJ; Gómez García, X; Gutiérrez Zorzano, MF; López Gorostidi, N;

Laboratorio de Hemodinámica - Hospital Universitario Cruces. Barakaldo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En los últimos años, el acceso vascular transradial para el cateterismo cardíaco se ha desarrollado y expandido rápidamente, favorecido por sus múltiples ventajas sobre el acceso femoral y el menor riesgo de complicaciones, permitiendo la retirada del introductor arterial en el mismo laboratorio de Hemodinámica una vez finalizado el procedimiento.

La pulsera neumática radial TR-Band® (Terumo™) es el dispositivo más utilizado en nuestra unidad para efectuar la hemostasia en este tipo de cateterismos.

Los objetivos que nos planteamos con este trabajo son:

1. Formación del personal de enfermería encargado de la continuidad de cuidados del paciente sometido a un cateterismo cardíaco en la técnica de retirada de la pulsera neumática radial TR-Band® (Terumo™).
2. Prevención de las complicaciones derivadas de la hemostasia radial.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Revisión bibliográfica.
- Elaboración de un protocolo de retirada de la pulsera neumática TR-Band® (Terumo™) e inclusión de éste en el Plan de Cuidados de Enfermería al paciente coronario.
- Realización de un póster como soporte físico del protocolo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En nuestro centro, en el año 2012, se realizaron 1628 cateterismos, el 64% se realizó a través de la arteria radial.

La utilización del póster, (colocado en un lugar visible y de fácil acceso), además de formación, aporta seguridad al personal de enfermería, consiguiendo prevenir las complicaciones derivadas de la hemostasia radial, con lo que estos enfermos pueden ser dados de alta precozmente sin necesitar el ingreso hospitalario.

OPTA A PREMIO

ABLACIÓN, LA CURA DEFINITIVA DE LAS ARRITMIAS

Pujolas Xarles, M; García Caballero, I;
Clínica Girona. Girona

En la Unidad se realizan 2 tipos de procedimientos: estudios electrofisiológicos (en síncopes, palpitaciones)y ablación (en taquicardia paroxística o supraventricular, flutter auricular).
La Ablación es un procedimiento sencillo, seguro y rápido que permite eliminar de forma definitiva gran n º de arritmias que de otra manera seguiría tratamiento farmacológico de por vida. Se realiza con anestesia local mediante la introducción de un catéter a través de la vena o arteria femoral preferentemente y que llega hasta el interior del corazón. Mediante la administración de energía se destruye el tejido arritmogénico. El catéter se controla con unos monitores (fluoroscopio) que muestra las imágenes en directo.
El procedimiento implica el estudio electrofisiológico diagnóstico: mapeo y localización del lugar donde se encuentra el tejido para que se produzca la arritmia.
Estimulación eléctrica programada: una vez hecha la ablación se intenta reproducir la taquicardia para verificar su eficacia.

MATERIAL

Equipo de hagiografía femoral
Batea y 2 botes metálicos estériles
1 introductores de 6 french
1 introductor 7 french
1 conexión por catéter tetrapolar
1 catéter tetrapolar 6 French
1 catéter de ablación
Jeringas 5 Y 10ml
Aguja IM
Mevicapina
Aguja punción femoral
Bisturí

PREPARACIÓN

Rasurado de las dos ingles
Canalización vía venosa
Control TA y Saturación O2
Palas de desfibrilación externa
Monitorización de paciente:
derivaciones desfibrilador.
ECG

CURAS POST ABLACIÓN

Vendaje compresivo en la ingle.
Reposo en cama de 6 a 24 horas dependiendo si la punción ha sido venosa o arterial.
Podrá comer.
Alta a las 24 horas del estudio o ablación revisión ECG. En casos de estudios diagnósticos a las 8 horas.
Retirada vía venosa y apósito ingle a las 6-8 horas.

OPTA A PREMIO

ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO (EEF) Y ABLACIÓN. ANÁLISIS Y RESULTADOS

Pujolas Xarles, M; García Caballero, I; Salo Sánchez, L;
Clínica Girona. Girona

El objetivo de nuestro estudio fue conocer el perfil de paciente, el tipo de patología que se trata y los resultados obtenidos.

Estudio descriptivo retrospectivo (agosto 2010 a diciembre 2012). Se incluyen 71 pacientes tratados en la Unidad de arritmias sin ningún criterio de exclusión.

Variables estudiadas: edad, sexo; y clínicas: tipo de arritmia, tratamiento y resultados.

Los datos se analizan con el EXCEL y se expresan en porcentajes.

RESULTADOS

Sexo: 58% varones, Rango de edad: entre 15 y 86 años siendo mayoritaria la franja entre 51-70 años (58%).

El 35% de los procedimientos fueron diagnósticos y el 65% terapéuticos: 20% flutter, 45% taquicardia por reentrada, siendo estos últimos tratados mediante Ablación.

En los estudios de síncope el EEF derivó en la colocación de marcapasos (64%) y la realización de Till Test (36%).

En las taquicardias ventriculares no sostenidas se realizó EEF: (43%) Beta bloqueantes, (36%) Flecainida y (28%) Amiodarona.

Destacamos que en las taquicardias por reentrada un 62,5% de mujeres a diferencia del resto de arritmias donde predominan los varones.

CONCLUSIONES

El 65% de los pacientes estudiados recibe un procedimiento terapéutico.

En los casos de flutter auricular y taquicardia por reentrada en el 100% de pacientes se consiguió identificar con exactitud la región eléctrica que origina la arritmia permitiendo una ablación.

En los estudios de síncope, y taquicardia ventricular no sostenida se realizó EEF permitiendo completar la evaluación diagnóstica de Taquicardia ventricular vs taquicardia supraventricular, conocer si la taquicardia ventricular era inducible e identificar el mecanismo causante.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la importancia de las Unidades de Arritmias en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes y la necesidad de disponer de equipos de enfermería preparados para atenderlos.

OPTA A PREMIO

CORAZÓN NUEVO, VIDA NUEVA. GUÍA ORIENTATIVA DE LA PERSONA TRASPLANTADA DE CORAZÓN

Villalobos Abelló, A; Luque Toro, MD; Valverde Bernal, J; Márquez López, A;
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

INTRODUCCIÓN

En España, el trasplante cardíaco se inició en 1984 y ha tenido un gran desarrollo tanto en el número de centros como en el número de procedimientos (6528 hasta el 2011).
Enfermería realiza un seguimiento individualizado de la persona trasplantada de corazón a la semana de recibir el alta hospitalaria con la enfermera de consultas externas de cardiología.
Detectamos una escasez de información que ofrecíamos a estos pacientes durante el ingreso hospitalario. Los pacientes se iban de alta con muchas dudas al respecto sobre hábitos higiene-dietéticos.

OBJETIVO

- Realizar una guía orientativa que contenga toda la información necesaria para que el paciente recién trasplantado de corazón tenga un primer contacto sobre los hábitos que debe modificar.
- Que el paciente tenga tiempo de compartir las dudas con enfermería durante la estancia hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una extensa búsqueda bibliográfica y se consensuó la información actualizada con el equipo médico y enfermero del equipo de trasplantes, dietética y rehabilitación cardíaca.
Durante la hospitalización, al menos 3-4 días del alta, se le entrega al paciente la guía realizando una educación individualizada destacando las nociones más importantes. En este tiempo el paciente puede leerse las dudas e ir resolviéndolas con el equipo de enfermería.

RESULTADOS

Desde el mes de Agosto del 2012 se entrega la "Guía orientativa de la persona trasplantada de corazón" días antes al alta hospitalaria a todos los pacientes trasplantados de corazón.

CONCLUSIONES

Es evidente la aceptación inicial de los pacientes tras recibir la "Guía orientativa" pero nos falta recoger datos sobre ello. Así como, poder medir los conocimientos con los que acuden a la primera visita en las consultas externas de enfermería y conocer el grado de satisfacción sobre la guía y la educación hecha previa al alta hospitalaria.

PACIENTE DIAGNOSTICADO DE SÍNCOPE DE ORIGEN CARDIOGÉNICO

García de la Calle, R; Domínguez Méndez, C; Ramos Isabel, A; Gómez Barriga, MD; Gacimartín García, MR;

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN

El síncope es una patología muy frecuente en las consultas médicas y servicios de urgencias, está producido por múltiples causas, con un significado de gravedad y tratamiento muy distinto, que va a depender de muchas circunstancias. En nuestro servicio de cardiología ingresan los pacientes que padecen síncopes de origen cardíaco. Las causas más frecuentes de este tipo de síncope son: las arritmias, el infarto de miocardio y las disfunciones valvulares.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Ingresa en nuestra planta una mujer de 60 años procedente de la urgencia por síncope a estudio, con antecedentes personales de hipertensión arterial y exfumadora, sin alergias medicamentosas conocidas. Durante su ingreso se diagnostica a la paciente de síncopes originados por estenosis aórtica severa.

PLANIFICACIÓN

El objetivo fue crear un plan de cuidados individualizado y adecuado al caso, desde una visión bio-psico social utilizando la valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

REFLEXIÓN

Nuestro plan de cuidados de enfermería fue principalmente enfocado a los problemas potenciales y así evitar lesiones que pudieran originarse en la paciente como consecuencia de la aparición de nuevos episodios sincopales. De esta manera aumentamos su seguridad al utiliar medidas de protección adecuadas con los recursos de nuestra unidad.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ENDOCARDITIS SOBRE CATÉTER CENTRAL

Luque López, R; Berral Baeza, T; Sánchez Moyano, M; Mengibar Pareja, V;
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN

La endocarditis es una inflamación del revestimiento liso del corazón, localizándose comúnmente en endocardio y a nivel valvular .Frecuentemente la infección suele ser bacteriana, pudiendo aparecer de forma aguda .Ciertos procedimientos quirúrgicos como la inserción de catéteres intravenosos centrales de larga permanencia pueden provocar esta infección.

Varón de 44 años, pluripatologico, con nefropatía diabética en programa de diálisis, exconsumidor de drogas (alcohol, heroína, cocaína).Exfumador en situación de exclusión social.Tras la negativa a utilizar fístula arteriovenosa sufre infección de catéter venoso central por Pseudomona aeruginosa, que debe ser intervenida, por la mala evolución del tratamiento medico.

OBJETIVOS

Describir el caso de un paciente que tras negativa a aceptar un procedimiento terapéutico inocuo más adecuado a su patología, sufrió como efecto adverso una endocarditis que complicó su enfermedad con resultado de muerte tras cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Elaboración de plan de cuidado estandarizado e individual según taxonomía NANDA, NIC, NOC. Valoración de enfermería según modelo conceptual de Virginia Henderson.

CONCLUSIONES

El llevar a cabo un plan individualizado, aporta a enfermería muchos datos acerca del paciente sobre la complejidad a la hora de afrontar la enfermedad y en la toma de decisiones importantes para mejorar la calidad de vida, y una gestión eficaz de su salud. El personal de enfermería proporciona unos cuidados que garanticen la seguridad, asistencia y vigilancia del enfermo, previniendo complicaciones, dando apoyo en todo el proceso, y coordinando la relación con los servicios sociales.

TRASPLANTE CARDÍACO SECUNDARIO A MALA EVOLUCIÓN DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTROFICA FAMILIAR

Sánchez Moyano, M; Luque López, R; Berral Baeza, T; Mengibar Pareja, V;
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía hipertrofica es una enfermedad del miocardio que se manifiesta con engrosamiento de sus paredes o alguna porción del mismo.Es hereditaria en la mayoría de los casos, suele detectarse en la adolescencia, no limita la duración ni la calidad de vida de los afectados.Es una de las causas de muerte súbita en personas jóvenes .La incidencia es del 0,2 al 0,5%de la población. Los pacientes afectados suelen presentar descompensaciones provocadas por arritmias, precisando en ocasiones tratamiento anticoagulantes, marcapasos.

Mujer de 35 años diagnosticada de Miocardiopatía hipertrofia no obstructiva familiar, portadora de DAI, en fibrilación auricular permanente ,con anticuerpos citotóxicos anti-HLA positivos, que tras múltiples ingresos por Insuficiencia cardíaca descompensada en situación terminal y tratamiento desensibilizador, se incluye en código cero siendo finalmente trasplantada.

OBJETIVOS

Elaborar un plan de cuidados individual estandarizado adecuado a las necesidades presentadas por la paciente que nos permitan detectar y resolver problemas dependientes de su régimen terapéutico ,facilitando el control de la ansiedad, enseñanza del proceso de la enfermedad y manejo de la medicación prescrita incluyendo al cuidador principal en todo el proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Aplicación del plan de cuidados según la Taxonomía NANDA NIC, NOC elaborado tras la realización de la Valoración Inicial de enfermería según modelo conceptual de Virginia Henderson.

CONCLUSIONES

El proceso de atención de enfermería aplicado según el plan de cuidados elaborado nos permitió disminuir el nivel de ansiedad, proporcionando al paciente y cuidador la educación sanitaria necesaria para potenciar la seguridad y el nivel de conocimientos para afrontar y superar esta nueva situación de salud con ilusión.

CIERRE PERCUTÁNEO DE LEAKS PERIVALVULARES

Sanmartin Saavedra, D; Navarro Estepa, N; Horrillo Alonso, I;
Hospital Universitario de Basurto. Bilbao

La dehiscencia o Leak perivalvular es una complicación de la cirugía de sustitución valvular que se produce por una aposición incompleta del anillo protésico al tejido del anillo nativo simulando una insuficiencia valvular con un jet excéntrico.

El tratamiento de esta patología es quirúrgico. El cierre percutáneo está indicado en pacientes con un Euroscore alto, no obstante el avance de las técnicas percutáneas y el hecho de ser un procedimiento mínimamente invasivo abre la puerta a futuras aplicaciones en otros pacientes.

Esta técnica se realiza en la sala de hemodinámica por cardiólogos intervencionistas. Es aplicable tanto a válvulas mitrales como aorticas. Consiste en la liberación de un dispositivo de oclusión. No existe ninguno específico para el cierre de leak por lo que se utilizan diferentes dispositivos siendo el más utilizado el Amplatzer (cierre de ductus).

El abordaje se realiza a través de la arteria femoral y en el caso del leak mitral puede ser necesario además canalización venosa. Durante la realización de la técnica se precisa el uso de ecocardiografía transesofágica y el apoyo del servicio de Anestesia.

Nuestro objetivo es describir un protocolo de actuación del equipo de enfermería en el tratamiento de la dehiscencia perivalvular en nuestra unidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica y la propia experiencia asistencial.

RESULTADO

Realización de un protocolo de enfermería y un de plan de cuidados atendiendo a la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

CONCLUSIÓN

Dado el aumento de estos procedimientos en nuestra unidad, consideramos necesario la creación de un plan de cuidados estandarizado de enfermería que favorezca la unificación de criterios y la disminución de complicaciones.

EVOLUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS Y NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICADAS EN UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

Arroyo Morón, F; Simoni Pedrera, R; Herruzo Baltanás, F; Mengibar Pareja, V;
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN

A mediados del siglo XX principios del XXI el progreso en cardiología ha sido espectacular siendo nuestro servicio puntero en dichos avances, evolucionando en los procedimientos e incorporando nuevas tecnologías que permiten mejorar la calidad asistencial del paciente.

OBJETIVOS

Describir y presentar una recopilación de los avances tecnológicos producidos en la unidad de cardiología, valorando la repercusión que ha tenido sobre la mejora de la calidad en el trabajo que ofrece el personal de enfermería.

RESULTADOS

La telemetría permite vigilar y prevenir la evolución de los eventos electrocardiográficos adversos.
El test de flecanida es una prueba diagnóstica que permite discriminar patrones electrocardiográficos con morfología dudosa para síndrome de Brugada.
El test de los seis minutos consiste en medir la distancia máxima que una persona puede recorrer en seis minutos. Esta prueba valora la repercusión que tiene la hipertensión pulmonar en las actividades de la vida diaria.
El catéter central de inserción periférica permite la administración de tratamiento farmacológico de forma domiciliaria.
La enseñanza en el manejo de los dispositivos de los aerosoles de prostanglandinas permite la administración del medicamento sin necesidad del ámbito hospitalario.
Las bombas de uso domiciliario hacen posible que el paciente pueda controlar su tratamiento farmacológico en su domicilio.
La evolución de la Metodología de los cuidados de enfermería y la introducción del soporte informático en el trabajo han permitido unificar criterios.
Automedicación, a los pacientes trasplantados durante su ingreso se les educa para que sean capaces de manejar su medicación de forma autónoma.

CONCLUSIONES

La unidad de hospitalización de cardiología es muy dinámica y ha ido evolucionando según las necesidades de los pacientes, la ciencia médica y los cuidados enfermeros.
La múltiple terapia combinada y los avances tecnológicos, permite mejorar la calidad de vida de los pacientes y su supervivencia.

ESTUDIOS ELECTROFISIOLÓGICOS Y ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA CATÉTERES Y CONEXIONES

Alcahúd Cortés, C; Rodenas Sánchez, FV; Romero González, A; Cantos Gutiérrez, C; Valcarcel Piñero, A; Torres Sánchez, E;

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN

El estudio electrofisiológico (EEF) y la ablación son procedimientos complejos que requieren del profesional conocimientos electrocardiográficos, radiológicos, manejos de técnicas, aparataje, protocolos estandarizados, conocimientos fisiopatológicos cardíacos y un alto grado de capacitación para resolver problemas muy específicos con rapidez, idoneidad y eficacia en situaciones, a veces, de gran complejidad y riesgo para el paciente. (1)

OBJETIVOS

- Conocer las características de los diversos catéteres y conexiones.
- Conocer la posición anatómica de cada catéter

METODOLOGÍA

Recopilación de las características de los catéteres de electrofisiología más habituales y de su uso en estudios y ablaciones. Se han adjuntado las imágenes radiológicas de los mismos, facilitando así su localización anatómica.

Elaboración de un póster que sirva de guía a las enfermeras de nueva incorporación.

RESULTADOS

El póster se ubicará en la antesala de Electrofisiología y arritmias junto al lugar de almacenaje de catéteres y conexiones. Se pretende agilizar y facilitar la clasificación de los mismos y mejorar así la calidad de los procedimientos.

OPTA A PREMIO

UTILIDAD, CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y DIAGNÓSTICOS EN LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS EN LA RESONANCIA MAGNETICA CARDÍACA

Martínez García, M; Arias González, M; Fóntan Pérez, R;
Galaria Servicios Públicos

En el presente documento nos proponemos destacar el papel de la enfermería en la realización de estudios de resonancia magnética cardíaca.
Es imprescindible realizar una exhaustiva encuesta a cada paciente que va a ser sometido a estudio de RM cardíaca evitando la entrada en la sala de RM de pacientes con marcapasos, estimuladores óseos o nerviosos o implantes cocleares.
La RM cardíaca es una excelente herramienta diagnóstica para valorar la morfología y la función cardíacas.

Forma en que la Enfermera realiza la explicación de la prueba
La RM cardíaca exige la colaboración del paciente, que debe entender que se verá obligado a permanecer por un espacio de tiempo de 30-60 minutos en posición de decúbito supino , en el interior del imán del equipo.
Habitualmente la prueba se realiza tras un ayuno de 4 horas.

Razones por las que se realiza el examen
Una resonancia magnética del tórax proporciona imágenes detalladas de los tejidos dentro del área torácica.

Cómo se realiza
Las exploraciones por RM pueden realizarse en los pacientes hospitalizados o ambulatorios.
Si se utiliza un material de contraste durante el examen de RM, una enfermera le insertará un catéter IV, en la vena del brazo o de la mano.
Usted se trasladará hacia el imán de la unidad de RMN y el radiólogo y el tecnólogo y la enfermera abandonarán la habitación mientras se lleva a cabo el examen de RMN.
Si se utiliza un material de contraste durante el examen, será inyectado en la línea intravenosa (IV) luego de una serie de exploraciones.
Le quitarán la línea intravenosa.
Por lo general, el examen se finaliza en una hora.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PORTADOR DE EXCOR®

Palma Gómez, D; Rojas García, A; Izquierdo Bernal, S; Lluis Caldera, B; Rodríguez Rodríguez, R; Ballesteros Bravo, S; Rosenfeld Vilalta, L; Romero Arnau, M; Demur Lanau, T; Marín Pérez , R;

Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet De Llobregat - Barcelona

INTRODUCCIÓN

El Excor® es un sistema pulsátil de Asistencia Biventricular Paracorpóreo (ABP) de funcionamiento neumático, indicado en casos de insuficiencia cardíaca refractaria, cuya finalidad es puente al trasplante cardíaco, a la recuperación o tratamiento definitivo.

OBJETIVO

Elaborar un plan de cuidados al paciente portador de ABP. Valorar, observar y registrar las complicaciones asociadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda bibliográfica y consenso con equipo multidisciplinar y expertos. Se utilizó la taxonomía NANDA, NIC, NOC para elaborar los diagnósticos, actividades e intervenciones más específicas para el plan de cuidados. Se diseñó una gráfica para el registro y control de funcionamiento de las bombas.

RESULTADOS

Se definieron un total de siete diagnósticos de enfermería con las siguientes intervenciones:

Perfusión tisular inefectiva:
- Control de parámetros hemodinámicos, respiratorios y monitorización en consola Excor®

Termorregulación ineficaz:
- Control temperatura por fluctuaciones entre hipotermia e hipertermia

Riesgo de sangrado:
- Control de coagulación

Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico:
- Observación y registro en gráfica anexa: coágulos, depósitos de fibrina
- Control de llenado de las cámaras
- Evitar el acodamiento o malposición del sistema

Riesgo de infección de herida quirúrgica:
- Cura aséptica según protocolo y control signos de infección

Déficit de autocuidado:
- Cuidados habituales en pacientes ingresados en: Unidad de Cuidados Coronarios

Déficit de autoconocimiento:
- Educación sanitaria al paciente y/o la familia sobre los cuidados del Excor®

CONCLUSIÓN

El Excor® es un dispositivo terapéutico nuevo aplicado al paciente cardiológico, el realizar el plan de cuidados nos ha permitido unificar criterios, actuar con seguridad y aumentar los conocimientos.

VERNAKALANT: 11 MINUTOS Y...¡RITMO SINUSAL!

Presa García, S; Miguelez González, N; Cousillas Corrales, A; Zuloaga Quiroga, P;
Hospital Universitario de Basurto. Bilbao

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la alteración del ritmo cardíaco más frecuente que afecta al 1-2% de la población estatal, lo que supone aproximadamente 650.000 pacientes.

Vernakalant es un nuevo fármaco antiarrítmico para la conversión rápida de la fibrilación auricular de inicio reciente a ritmo sinusal. Tiene efectos más selectivos sobre el tejido auricular y su principal ventaja, frente a los fármacos ya conocidos, es la rapidez con la que actúa, con una media de 11 minutos.

OBJETIVOS

Facilitar las intervenciones de enfermería en el manejo de los pacientes tratados con Vernakalant, recién introducido en nuestra unidad, para reducir la incidencia de errores, garantizar la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica de la evidencia científica en diferentes bases de datos: Medline, Cinhal, Cuiden, Cochrane.
- Consulta de los protocolos disponibles en nuestro centro hospitalario.
- Análisis de los estudios disponibles.

RESULTADOS

Se elabora un póster en el que se describe de forma detallada:

- Presentación, preparación y dosificación
- Indicaciones y contraindicaciones
- Mecanismo de acción
- Cuidados de enfermería

CONCLUSIONES

La experiencia con el Vernakalant es limitada pero no cabe duda que supone una importante y novedosa opción terapéutica para los pacientes, personal sanitario y hospitales en el tratamiento de la fibrilación auricular.

La enfermera, además de ser la responsable de la administración de medicamentos, tiene que tener los conocimientos necesarios para su manejo. Cuanto mayores sean éstos, mejor desempeño de sus funciones y mayor seguridad para el paciente.

Por ello utilizamos el póster como una herramienta que sirve de guía visual tanto para el personal de la unidad como para el de nueva incorporación.

OPTA A PREMIO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE ASISTENCIAS VENTRICULARES

Rossi López, M; Pérez Taboada, MA; Pereira Ferreiro, A; Roca Canzobre, S; Seoane Pardo, NM;

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha habido un incremento en la utilización y variedad de los dispositivos de asistencia mecánica ventricular en los enfermos críticos. A pesar de que las indicaciones y manejo de las distintas asistencias son diferentes, los cuidados de enfermería a los enfermos portadores de las mismas son similares.

OBJETIVOS

Presentar un plan de cuidados estandarizado para la atención de los enfermos ingresados con un dispositivo de asistencia ventricular, que sirva como base para la realización de los planes de cuidados individualizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un análisis de los protocolos de nuestra unidad de cada una de las asistencias ventriculares de las que disponemos, así como una revisión bibliográfica exhaustiva.

RESULTADOS

Se elaboró un plan de cuidados donde se identificaron los diagnósticos de enfermería más comunes en los pacientes portadores de una asistencia mecánica ventricular, así como una minuciosa descripción de las actividades a desarrollar durante su ingreso, según la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

CONCLUSIONES

Esta guía servirá de apoyo al personal de enfermería para la elaboración de unos planes de cuidados individualizados, que organicen nuestro trabajo y faciliten el registro de las actividades.

La estandarización en la valoración de los riesgos y cuidados en este tipo de enfermos ayudarán a garantizar su seguridad aportando unos cuidados de calidad.

TÉCNICA PARA LA REALIZACIÓN DEL ELECTROCARDIOGRAMA

Joher Sàbat, S; Hereu Cañigueral, R; Mir Aiguadé, J; Sánchez Rodríguez, RM; Rodríguez Moreno, J; Navazo Subirana, L;

Hospital Universitario Doctor Josep Trueta. Girona

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El electrocardiograma (ECG) es la herramienta fundamental para el diagnóstico y seguimiento de diferentes patologías cardíacas. La correcta ubicación de los electrodos y su posterior conexión a los cables del electrocardiógrafo es clave para evitar errores en el resultado. Varios de los artículos estudiados resaltan la importancia de la colocación de los electrodos, sobretodo los precordiales, principalmente V1 y V2 que son los que conllevan más errores en la interpretación electrocardiográfica. Por esto creemos necesario la realización de este póster informativo y gráfico donde se muestra la correcta técnica para la realización de un electrocardiograma.

OBJETIVO

Mostrar la correcta técnica para la realización de un ECG.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha hecho una revisión bibliográfica en bases de datos de Pubmed y CINAHL. Se han utilizado palabras clave cómo: "electrocardiograma", "electrodos" y "buena colocación". Se han incluido 4 figuras: una fotografía indicativa de la localización del Ángulo de Louis, 2 figuras donde se muestra la correcta posición de los electrodos mediante un esqueleto (normas estándard y no estándard) y finalmente una figura con los consejos a tener en cuenta en la realización de la técnica.

CONCLUSIÓN

Este póster nos muestra de forma gráfica y visual, los pasos a seguir para la realización de un electrocardiograma ya que de esto depende la correcta interpretación del mismo y posterior actuación y tratamiento. Este trabajo es útil tanto para el profesional de enfermería como para los estudiantes de grado.

VERDADES Y MENTIRAS DEL MARCAPASOS

Mir Aiguadé, J; Navazo Subirana, L; Simón Llorente, S; Joher Sàbat, S ; Garriga Teixidó, C; Carreras Campins, I

Hospital Universitario Doctor Josep Trueta. Girona

INTRODUCCIÓN

Los mitos y las falsas creencias en torno a los marcapasos hacen que muchos pacientes implantados modifiquen su estilo de vida y abandonen sus actividades diarias. El temor a las interferencias con aparatos eléctricos o a que deje de funcionar de forma repentina son los principales motivos de preocupación. Como usuario, conozca cuáles son las precauciones básicas que debe tomar para mantener una vida habitual.

OBJETIVO

Desmentir los mitos y las falsas creencias para mejorar la seguridad y calidad de vida en los pacientes portadores de marcapasos.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión fuentes de información bibliográfica con MEDLINE, CINAHL y EL SEVIER. Se elaboró una tabla de información en la que se describen situaciones en las que se puede encontrar un portador de marcapasos en su vida cuotidiana, clasificándolas con un sistema indicador de semáforo (color verde, amarillo y rojo), según la precaución de la situación sea más o menos importante.

CONCLUSIONES

Esta guía para pacientes portadores de marcapasos da una información visual con el sistema de coloración de semáforo, que es un Método rápido y fácil de recordar. La finalidad de la guía es conseguir un efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes desmitificando temores de la vida cotidiana.

GUÍA DE TRABAJO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

Mir Aiguadé, J; Joher Sàbat, S; Rodríguez Moreno, J; Navazo Subirana, L; Torriente Avín, A; Tardio Cairó, S;

Hospital Universitario Doctor Josep Trueta. Girona

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las pruebas diagnósticas y terapéuticas se han convertido en la técnica de elección para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la mayoría de cardiopatías. Esto requiere unas curas previas y posteriores a estos procedimientos por parte del personal de enfermería. En la presente guía se actualizan los conocimientos de manera gráfica y dinámica sobre las curas a realizar. Esta tabla será útil tanto para el personal de nueva incorporación como para el personal del servicio.

OBJETIVO

Facilitar al profesional sanitario de manera gráfica, las curas previas y posteriores de los procedimientos más comunes del servicio de cardiología.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado esta guía a partir de una revisión de protocolos del servicio de cardiología de nuestro centro. Hemos elaborado una tabla donde se clasifican las distintas pruebas del servicio, dando énfasis a la medicación, curas previas y posteriores de los procedimientos y cosas a tener en cuenta.

CONCLUSIONES

Para evitar posibles errores o mala praxis en la preparación y curas de los pacientes que van a realizar pruebas diagnósticas y terapéuticas, es básico el conocimiento de los protocolos de actuación. La tabla muestra de manera gráfica y rápida identificar las curas a seguir delante de estas pruebas. Una herramienta de gran utilidad para los profesionales del servicio de cardiología.

IMPORTANCIA DE LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS EN EL REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO (TAVI) EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

Duque López, EA; Rodrigo Cuadrado, MM; Aix Iglesias, N; Rucio Villegas, A; Vergara Barcenilla, C; Guerra Polo, JM; Pérez González, MJ;

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

INTRODUCCIÓN

La estenosis aórtica es la valvulopatía degenerativa más prevalente en el mundo occidental; el recambio valvular mediante cirugía es el tratamiento de elección. Hay pacientes inoperables, por el elevado riesgo quirúrgico (EusoSCORE logístico 20%) o por contraindicaciones para la cirugía. En estos caso la alternativa es el remplazo valvular aórtico percutáneo (TAVI). En nuestro hospital esta técnica se ha empezado a desarrollar en el año 2012.

OBJETIVOS

Elaborar un plan de cuidados y darlo a conocer a todo el personal de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo del año 2012. Análisis de los problemas que presentaron los pacientes sometidos a TAVI durante toda la estancia hospitalaria e identificación de los diagnósticos enfermeros.

RESULTADOS

Tres mujeres fueron incluidas en el programa para TAVI, cuya edad media fue de 87 años. Como A.P: HTA, DM, dislipemia, dos de ellas obesidad, cardipatía isquémica. Las tres fueron dadas de alta con éxito. Una de ellas al cabo de 7 meses falleció como consecuencia de una insuficiencia respiratoria.

CONCLUSIONES

El remplazo valvular aórtico percutáneo es una técnica novedosa en nuestro hospital y que supone una nueva oferta en el tratamiento de la EAS. Nuestra unidad de hospitalización de cardiología se ve en la necesidad de la realización de un plan de cuidados para poder ofrecer unos cuidados de calidad en estos pacientes sometidos a TAVI durante todo el ingreso hospitalario.

ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES VASCULARES EN ARTERIA RADIAL TRAS ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA CON ADMINISTRACIÓN DE HEPARINA

Etxabe Unanue, G; Echepetelecu Hernando, M; Uria Uranga, I; Iribarren Martín, A; Auzmendi Irazoqui, M; Bergaretxe Bengoetxea, M; Badiola Saralegui, E;

Hospital Universitario Donostia

OBJETIVO

Analizar las complicaciones vasculares locales derivadas de la ACTP con empleo de heparina tras seguir el protocolo de compresión y posterior descompresión radial neumática con TR Band® utilizado en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo. Ámbito: unidad coronaria de UCI del Hospital Universitario Donostia. Período: 22/10/2012 al 2/12/2012. Muestra: todos los pacientes sometidos a ACTP radial con administración de heparina durante este periodo.

Variables:
- Sociodemográficas: Edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), riesgos cardiovasculares (hipertensión, diabetes, tabaquismo, hiperlipidemia).
- Técnica de cateterismo: ACTP e implantación de Stent.
- Protocolo de actuación: Compresión 4 horas, descompresión 15cc de aire, ritmo 3cc c/15.

RESULTADOS

Muestra: 52 pacientes; Edad: 63,62±12,432 años; Sexo: Varones: 76,92%; IMC: 26,82±3,55; Riesgo cardiovascular: hipertensos 55,77%, fumadores 28,85%, diabéticos 15,38%, hiperlipidemias 44,23%.

Variables del tipo de cateterismo	Complicaciones vasculares locales					
	Angioplastia	Stent	Arteria radial derecha		Procedimiento con heparina	p
1º Cateterismo	47 (90,38%)	40 (76,92%)	41(78,85%)	Reinflado por Sangrado	10(19,23%)	0,7391
N=52				Hematoma	15(28,84%)	0,2016
2º Cateterismo	11(91,67%)	11(91,67%)	5(41,67%)	Reinflado por Sangrado	3(25,00%)	0,5165
N=12				Hematoma	2(16,67%)	0,1538

CONCLUSIONES

A pesar de seguir un protocolo, no estuvo exento de complicaciones vasculares locales como el sangrado y hematoma. Dichos eventos invitan a futuras modificaciones de nuestro protocolo en relación a la variación en el tiempo de compresión radial, ritmo de descompresión o volumen de inyección de aire del neumo con objeto de identificar y reducir la incidencia de complicaciones vasculares locales.

OPTA A PREMIO

MANEJO PROTOCOLARIZADO DE LA RCP EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

Núñez Tallón, M A; Abad García, M M; Jiménez Serrano, C A; Gallego López, M I; Seco Aldegunde, S I; Pérez Fernández, A M; Ortega Fernández, L;

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

INTRODUCCIÓN

Las paradas cardíacas (PCR) que se presentan en los hospitales representan un problema social, sanitario y económico de gran magnitud convirtiéndose en una urgencia vital inmediata que precisa de una actuación rápida, organizada y multidisciplinar. Para conseguir una respuesta eficaz ante una PCR, es necesario implicar a todos los profesionales de la unidad, ya que sin el esfuerzo conjunto de todo el personal no sería posible alcanzar unos cuidados de calidad que respondan a las necesidades de los pacientes.

OBJETIVOS

Destacar la importancia de la organización de los profesionales y la actuación ante la PCR Intrahospitalaria.
Favorecer el trabajo en equipo para obtener un resultado óptimo y de calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Métodos experimentales, resultados de la observación y experiencia diaria de profesionales.
Realización de cursos prácticos de resucitación cardiopulmonar básica y avanzada dos veces al año.

RESULTADOS

Mayor organización de los profesionales ante esta situación crítica optimizando el tiempo de respuesta.
Mejoría en el conocimiento de la labor a desempeñar por los distintos profesionales.

CONCLUSIONES

Lo primero y más importante es la detección e identificación de la situación de PCR por parte del personal de la unidad, una vez considerado que se está ante una PCR se iniciará la activación del protocolo.
Los profesionales de enfermería desempeñan una tarea importante en el tratamiento de esta situación crítica, hemos conseguido que el tiempo de respuesta ante una PCR sea menor y más eficaz.

OPTA A PREMIO

ESTUDIO EVOLUTIVO DE PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS EN NUESTRA ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN. DE LYNDA CARPENITO A VIRGINIA HENDERSON

Núñez Tallón, M A; Abad García, M M; Jiménez Serrano, C A; Gallego López, M I; Seco Aldegunde, S I; Pérez Fernández, A M; Ortega Fernández, L;

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

INTRODUCCIÓN

Desde que en las cuevas paleolíticas se encontrara un mamut con su corazón rojo pintado, hasta la actualidad, la cardiología pasó por determinadas épocas que no fueron fáciles, Hipócrates, Da Vinci, Servet, Barnard, pero que dieron razón de ser a la cardiología de hoy en día.

Nos hemos reunido un grupo de enfermeras que llevamos alrededor de 20 años desarrollando nuestra profesión en la planta de cardiología y, haciendo honor al lema del congreso," avanzando, mejorando y compartiendo cuidados", queremos presentaros como hemos ido evolucionando en los cuidados de enfermería a medida que la patología del paciente cardiológico ingresado en nuestra planta era más complicada y planificábamos cuidados enfermeros, desde el P.A.E. según Carpenito hasta los diagnósticos enfermeros según el modelo de Virginia Henderson con los que trabajamos en la actualidad.

METODOLOGÍA

- Estudio retrospectivo, observacional y longitudinal que abarca desde principios de los años 80 hasta la actualidad.
- Métodos experimentales resultados de la observación y experiencia diaria de profesionales.
- Revisión de documentación publicada por el hospital.

OBJETIVOS

Demostrar cómo hemos avanzado y mejorado a lo largo del tiempo en relación a la calidad asistencial y laboral.

RESULTADOS

- Notable mejoría en la calidad asistencial y laboral.
- Mayor independencia de la enfermería.
- Mejoría en el manejo de situaciones críticas.
- Disminución del tiempo de estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES

Pasamos de tiempos sombríos en nuestra cardiología a tiempos presentes eficientes y un futuro esperanzador.

PLAN HOSPITALARIO DE ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Sandonis Ruiz, LM; Blanco Zapata, R; Pilar Orive, FJ; Corral Caramés, F; Morán Barrios, JM; Labayen Beraza, F; López Herrera, MC; Tamayo Medel, G; López Bayon, J; Boado Varela, MV; Aguirre Goitia, A;

Comisión de Resucitación CardioPulmonar del Hospital Universitario Cruces. Vizcaya

INTRODUCCIÓN

Las paradas cardíacas hospitalarias representan un problema sanitario, social y económico de gran magnitud.

Nuestro Hospital, en su compromiso con una mejora permanente en la calidad asistencial ha puesto en marcha un plan de atención a la parada cardiorrespiratoria (PCR), centrándose en la creación de un protocolo de actuación, y en una formación estructurada para proporcionar una atención eficaz a los pacientes que precisen medidas de reanimación cardiopulmonar (RCP).

OBJETIVOS

Implantación de un Sistema Hospitalario de Atención a la PCR.

MATERIAL Y MÉTODO

A instancia de la Dirección del Hospital se crea la Comisión de RCP, con la misión de elaborar "el Plan de RCP" con los siguientes pasos:

- Analizar la situación previa asistencial y formativa en materia de RCP.
- Desarrollar un plan asistencial y formativo para todo el hospital.
- Analizar el registro normalizado de eventos de RCP del Hospital.

RESULTADOS

- Incorporación de 40 DESA distribuidos por todo el Hospital.
- Unificación de carros RCP.
- Formación en soporte vital básico (65 cursos) y avanzado (19 cursos). 921 personas formadas.
- Elaboración de diversos documentos: algoritmos activación respuesta-llamada, composición carros RCP, registro Utstein, etc.
- Algoritmo de respuesta a la PCR: 133 llamadas atendidas, (88 PCR). Tiempo medio llegada equipo SVA de 2\030 s.

CONCLUSIONES

El plan nos ha permitido conocer la situación de partida y establecer líneas de trabajo para mejorar cada uno de los aspectos de la atención a la PCR. Hemos conseguido optimizar la "cadena de supervivencia hospitalaria", lo que ha contribuido a disminuir la mortalidad y las secuelas que originan las PCR en nuestro hospital.

Trabajar con Metodología de mejora continua nos permite ir modificando las estrategias de actuación en las áreas de mejora detectadas.

OPTA A PREMIO

ESTRATEGIA ENFERMERA PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA Y EL NIVEL DE COBERTURA VACUNAL DE LAS PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Pau Perich, E; Arnau Torres, R; Esteban Romera, C; Jiménez Quiñones, R; Pantrigo Chamorro, N; Vicente Zamorano, A;

AP. ABS Cassa de La Selva. IAS

OBJETIVOS

Evaluar si una intervención enfermera mediante el programa paciente experto garantiza la mejoría de los conocimientos sobre Insuficiencia Cardíaca (IC) de los pacientes participantes, y si estos conocimientos se mantienen 6 meses después de la finalización del programa. -Evaluar si estos pacientes mejoran su cobertura vacunal. -Describir los signos de alarma de la IC que los pacientes reconocen una vez finalizada la intervención.

METODOLOGÍA

Combinación de Metodología descriptiva con estudio de intervención tipo antes-después. 2 grupos de 15 personas seleccionadas en la consulta de AP con 1 paciente experto para cada grupo. Se ha utilizado la encuesta de conocimientos sobre IC y la de signos y síntomas de alarma elaboradas para el programa paciente experto. Se han utilizado medidas de frecuencia y las pruebas de Chi-quadrado de Pearson, mediante el SPSS 15.00.

RESULTADOS

Encontramos mejoras en los conocimientos de la IC de los pacientes una vez finalizado el programa. 6 personas aumentan el porcentaje de respuestas correctas, pasando de 15-16 respuestas correctas a de 16-20 . Las dimensiones menos conocidas al inicio del programa son las relacionadas con los medicamentos. Finalizada la intervención, continúan siendo las más desconocidas, aunque mejoran sus resultados. Los signos de alarma de la IC menos conocidos por los pacientes son: -visión borrosa y -erupción de la piel". Los más conocidos: "orinar menos " "dificultad para respirar al hacer las actividades normales" y "necesidad de dormir con mas cojines o sentado". La cobertura vacunal de los pacientes no varia después de la intervención.

CONCLUSIONES

La intervención enfermera mediante el programa paciente experto mejora los conocimientos con IC pero necesitamos estrategias enfermeras para mantener éstos conocimientos 6 meses después de la intervención. Las dimensiones menos conocidas son aquellas relacionadas con los medicamentos. Con el proyecto se consigue mantener los niveles de cobertura vacunal.

ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRASPLANTE CARDÍACO

Pacheco Sánchez, E.M; Salas Olivares, A.I; Blazquez Jiménez, I; Medina Carrillo, V; García Rangel, A; Nieto Rodas, E; Troya Martín, M.P; Sanz Maderuelo, I;

Hospital 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN

El trasplante cardíaco, como opción terapéutica final de la insuficiencia cardíaca más avanzada, necesita un complejo proceso asistencial por parte de todo el equipo sanitario. Los planes de cuidados de enfermería se centran en el cuidado y el autocuidado del paciente, siendo nuestra principal herramienta de trabajo. Con el paso de los años, el trasplante como procedimiento y tratamiento ha evolucionado, siendo necesario plantear una revisión de nuestros planes de cuidados de enfermería.

MÉTODOS

Revisión bibliográfica, incluyendo NANDA NIC NOC y revisión del procedimiento en nuestra practica clínica.

RESULTADO

Se presenta el plan de cuidados estandarizado utilizado en nuestra unidad de Trasplante Cardíaco. Se incluyen los juicios diagnósticos mas prevalentes en la literatura y los que nos sugiere nuestra evidencia diaria, acoplandolos con el momento actual del trasplante y a su nueva codificación NANDA.

DISCUSIÓN

La estandarización como principal criterio diagnóstico nos ayuda a orientar nuestra atención en la práctica clínica. El registro de dichos planes de cuidados debe ser ser revisado con periodicidad para evitar quedar obsoletos y ajustarlos a las nuevas definiciones diagnósticas que la taxonomía NANDA nos propone.

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN HOSPITAL DE DÍA: ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO

Faraudo García, M; Beltrán Troncoso, P; Freixa Pamias, R; Jericó Alba, C; Roquer Soler, M; Rey Santiso, M;

Hospital de Sant Joan Despí - Moisés Broggi. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC) es un síndrome clínico de elevada morbilidad y mortalidad.
En las fases más avanzadas de la enfermedad la prevalencia de la anemia puede llegar al 55 %.
La anemia, al reducir la capacidad de transporte de oxígeno, puede contribuir al empeoramiento de los síntomas, inducir hipoxia e incluso favorecer la activación neurohormonal.
Se ha observado una correlación significativa entre valores bajos de hemoglobina y capacidad de esfuerzo.
En pacientes con IC, el tratamiento de la anemia con hierro (Fe) endovenoso (ev) ha demostrado mejoría de síntomas, capacidad funcional y calidad de vida.
Los preparados más utilizados para el tratamiento con Fe ev son el complejo de hidróxido férrico-sacarosa o la carboximaltosa de hierro.

OBJETIVO

Describir el proceso estandarizado del tratamiento ambulatorio de la anemia ferropénica en pacientes con ICC.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica y lectura crítica de diferentes bases de datos y experiencia profesional.

RESULTADOS

Se presenta un protocolo que describe el proceso estandarizado del tratamiento ambulatorio de la anemia ferropénica en pacientes con IC: Detección anemia, cálculo de las necesidades de hierro, presentaciones de hierro parenteral disponibles, procedimiento para su administración (material, técnica de preparación y administración del fármaco y cuidados de enfermería), programación de sesiones de tratamiento, de analítica de control (hemograma, hierro, ferritina, índice de saturación de ferritina, transferrina) y de visita médica.

CONCLUSIONES

La estandarización de este proceso permite unificar criterios de actuación facilitando la labor de enfermería, optimizar la calidad de los cuidados y optimizar la programación y las visitas médicas.

OPTA A PREMIO

CURAS Y MANTENIMIENTO DEL BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAAÓRTICO EN EL PACIENTE QUE REQUIERE SOPORTE HEMODINÁMICO EXTERNO

Ametller Ciurana, D; Busquets Barceló, M; Canadell Olivé, A;
Hospital Dr. Josep Trueta. Girona

INTRODUCCIÓN

El balón de contra pulsación intraaórtico es un dispositivo de apoyo mecánico a la circulación sistémica y al flujo coronario en pacientes con fallo cardíaco secundario a diversas causas.

El objetivo es proporcionar conocimientos para dar respuesta a los cuidados específicos que requieren los pacientes portadores de dicho dispositivo.

El personal de enfermería debe tener los conocimientos necesarios para poder identificar las posibles complicaciones derivadas del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

La elaboración de este documento se basa en la revisión de guías de práctica clínica, investigación bibliográfica y la experiencia de los profesionales de la Unidad de curas intensivas cardiológicas.

RESULTADOS

Con este documento hemos elaborado un plan de curas específico para la inserción, mantenimiento, retirada del catéter y conocimiento de los parámetros de seguridad de la consola (parte electromecánica del balón).

CONCLUSIONES

Hemos unificado los criterios de intervención de enfermería para los distintos servicios implicados (quirófano, curas intensivas generales y cardíacas de nuestro hospital) evitando complicaciones innecesarias y rebajado el nivel de estrés de los profesionales profundizando en la parte neumática/mecánica (cableado, bombona de helio, compresor…) y en la parte electrónica (ordenador, alarmas..).

OPTA A PREMIO

¿QUÉ MODELO DE ESTIMACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR ES EL MÁS ADECUADO EN NUESTRO PAÍS?

Martínez Linares, JM; López Moreno, CM; Torres Rodríguez, E; Mingorance Garví, MC;
Hospital General Básico de Motril. Granada

OBJETIVO

Determinar qué modelo de estimación de riesgo cardiovascular global (RCVG) es el idóneo para utilizar en nuestro país.

MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Cinahl, Cuiden, Embase, IME, Scielo y Biblioteca Cochrane Plus; con términos Mesh.

RESULTADOS

Existen distintas ecuaciones para la estimación del RCVG acompañadas tablas. El modelo de Framingham fue el primero y tiene calibraciones para la población española. Existen estimaciones europeas: modelo PROCAM y modelo SCORE. Hay también modelos específicos para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (modelo UKPDS o modelo Arquímedes).

CONCLUSIÓN

Hemos de usar la tabla SCORE por estar calibrado para la población española. No obstante hemos de tener en cuenta que tiene unas limitaciones.

ORGANIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE SCREENING CARDIOLÓGICO EN DEPORTISTAS. PROYECTO PILOTO

Fernández Redondo, C; López Cuenca, D; López Cuenca, AA; López Ruiz, M; Muñoz Esparza, C; Gracia Rodenas, MR; Lison Yesares, A; Gómez Milanes, I; Pérez Sánchez, I; Gimeno Blanes, JR; Valdes Chavarri, M;

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

INTRODUCCIÓN

Las cardiopatías hereditarias son la causa más importante de muerte súbita en deportistas jóvenes. El screening precompetitivo es eficaz para el diagnóstico precoz. A pesar de la evidencia y las recomendaciones científicas y sanitarias no tenemos en nuestro país programas de screening en deportistas. El objetivo fue organizar un programa de screening adjunto a un evento deportivo.

MÉTODOS

Participamos en la organización de la carrera popular "Una milla por la vida". Diseñamos un sistema para realizar un screening cardiológico básico a los inscritos, según recomendaciones de COI. Se habilitó una consulta en el hospital para la realización de ECG, tensión arterial, auscultación cardíaca y una encuesta sobre síntomas, antecedentes personales y familiares. Un enfermero coordinó las pruebas. La gestión de citas se realizó en una web a la que accedían los deportistas en el momento de inscribirse a la prueba. Los cardiólogos revisaron los ECG, auscultaron y realizaron los ecocardiogramas cuando fueron necesarios. Se les concedió un informe con el resultado de la valoración.

RESULTADOS

72 personas acudieron al screening (edad media 34±16, 61% hombres), de las 507 personas inscritas (14%). De ellos 7 referían dolor torácico con ejercicio, 2 palpitaciones, 5 implantes de dispositivos en la familia. En el ECG se detectó 7 hipertrofias ventriculares izquierdas, 5 bloqueos incompletos de rama derecha, 3 voltajes bajos, 1 T plana generalizada, 2 crecimientos auriculares izquierdos, 1 sobrecarga sistólica ventricular izquierda. El ecocardiograma mostró 2 insuficiencias aórticas leves, 3 hipertrofias del atleta y 1 prolapso mitral.

CONCLUSIÓN

Es posible realizar un screening cardiológico con un reducido grupo de profesionales en pruebas deportivas populares. A falta de un plan general, la estrategia de realización de screening puntuales puede facilitar el diagnóstico de cardiopatías silentes potencialmente malignas.

DETECCIÓN PRECOZ DE FIBRILACIÓN AURICULAR MEDIANTE SEGUIMIENTO DOMICILIARIO EN PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS

Represa Pastor, T; Alejandre Leyva, M; Fernández Bárcena, A; González Villegas, E; Razzo, O; Silvestre García, J; Mesa García, JM;

Hospital Universitario La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN

Podemos definir la fibrilación auricular como un tipo de arritmia caracterizada por un ritmo auricular rápido y caótico, no se originan contracciones auriculares efectivas y en el electrocardiograma se manifiestan ondas f a una frecuencia de 400/700 latidos por minuto. Es la arritmia más frecuente en la práctica clínica, la que genera mayor número de consultas de urgencia y mas días de ingreso hospitalario. Responsable de un tercio de las hospitalizaciones por alteración del ritmo cardíaco, es, por tanto, un problema de salud pública y económico. Hoy en día, gracias a los sistemas de seguimiento remoto es posible realizar un diagnóstico precoz de fibrilación auricular en pacientes portadores de marcapasos, con el objetivo de prevenir la inestabilidad hemodinámica transitoria temporal y los accidentes cerebrovasculares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan transmisiones de datos con eventos de arritmias con mas de diez episodios de alta frecuencia auricular y/o ventricular o de una duración mayor de cuatro horas, en cada uno de nuestros 587 pacientes incluidos en el sistema de seguimiento remoto carelink de medtronic.

RESULTADOS

Se estima que aproximadamente entre un cinco y un diez por ciento de pacientes, desarrollaron fibrilación auricular después del implante de marcapasos, detectada de forma precoz gracias al sistema de seguimiento remoto.

CONCLUSIONES

Gracias al seguimiento remoto es posible realizar un diagnóstico precoz de fibrilación auricular, evitando así complicaciones asociadas con esta patología como por ejemplo los accidentes cerebrovasculares, de los cuales probablemente sea la principal causa.

ESTUDIO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO EN PACIENTES EXCLUIDOS DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

Delgado Pacheco, J;
Hospital Universitario puerta del Mar. Cádiz

INTRODUCCIÓN

Los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca han demostrado ser el Método más eficaz para disminuir la morbimortalidad de las enfermedades cardiovasculares. Hay criterios de exclusión por los cuales hay pacientes que no acceden a dichos programas. Pero hay otros factores por los cuales, no pueden o no quieren beneficiarse de estos programas como: el sexo femenino, edad avanzada, cormobilidad, situación geográfica, vida sedentaria, bajo nivel económico.

OBJETIVO

Conocer si los pacientes que han sido excluidos por otros factores, desde noviembre 2010 a diciembre del 2012, y con sólo la información al alta, tienen adherencia terapéutica, siguen algún programa de ejercicio físico, hábitos de vida cardiosaludable, y si han tenido ingresos hospitalarios o agravamiento de su enfermedad.

MÉTODO

Estudio retrospectivo, descriptivo y cualitativo. El número total de pacientes excluidos de los programas fueron de 44 durante los años 2010 al 2012. A estos se les hizo entrevista telefónica, estructurada de 10 ítems, sobre estilo de vida saludable, situación actual de su enfermedad y si realizaban algún control sanitario. Este grupo se comparó con el grupo control de pacientes que se incluyeron en programa.

RESULTADOS

Una gran mayoría de pacientes encuestados tenían buena adherencia al tratamiento terapéutico, aunque presentaban menos adherencia a un estilo de vida saludable y pocos tenían seguimiento por parte de los centros de salud adscritos. El grupo control presentaban más adherencia con el estilo de vida saludable y terapéutico.

CONCLUSIONES

Hay un gran número de pacientes que se podrían beneficiar de los programas domiciliarios de Rehabilitación Cardíaca y obtener un compromiso del personal de los Centros de Salud para el seguimiento y control de estos pacientes.

PROTOCOLO DE INGRESO EN UNIDAD DE REANIMACIÓN CARDÍACA. UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS CIRUGÍA CARDÍACA

Cabañas Patiño, M A; García Bodas, M I; Rubio Martín, S; Paredes Astillero I; Soria Ramiro M L;

Hospital Virgen de La Salud. Toledo

El conocimiento del tipo de cirugía cardíaca realizada al paciente así como los antecedentes personales y factores de riesgo, facilita la anticipación a los problemas reales o potenciales que pueden presentar estos pacientes en el ingreso en la Unidad de Reanimación Cardíaca. Esto nos llevó a planificar un protocolo de ingreso del paciente en la unidad que ayude a la resolución de forma rápida y eficiente de los mismos, y a la aplicación de cuidados de calidad y seguridad.

OBJETIVO

- Estandarización de los cuidados enfermeros.
- Alcanzar la mayor eficacia en el ingreso del enfermo en nuestra unidad.

PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Actividades previas al ingreso del paciente.
- Actividades en el ingreso del paciente.
- Actividades de acogida de los familiares.

PERSONAL

Personal médico y de enfermería necesario.

MATERIAL NECESARIO

Monitorización, extracción de muestras, realización de pruebas complementarias, medicación, etc.

RECOMENDACIONES

Optimizar los recursos disponibles.
Identificar las acciones prioritarias.
Promover y entrenar el trabajo en equipo.

CONCLUSIONES

La elaboración de este protocolo y de su aplicación nos permite constatar la labor profesional realizada, medir de manera objetiva los cuidados de enfermería aplicados, así como los objetivos conseguidos de forma efectiva y lograr una mayor optimización de los recursos humanos y materiales empleados.

La puesta en marcha de este protocolo ha servido para incrementar la calidad de los cuidados de enfermería en términos de efectividad, eficacia y seguridad y aumentar el grado de satisfacción del personal de enfermería por la coordinación y eficacia obtenida en los cuidados enfermeros administrados.

ACTIVIDAD FÍSICA Y ENFERMERÍA. ¿SABEMOS LA QUE REALIZAN NUESTROS PACIENTES?

Lara Lara, MªD; Segura Saint- Gerons, C; Mengibar Pareja, V;
Hospital Universitario Reina Sofia. Consulta externa de Cardiología

INTRODUCCIÓN

El sedentarismo es considerado como un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) modificable por las intervenciones de enfermería de educación para la salud . La actividad física se ha mostrado como un hábito de vida que se relaciona con una menor incidencia de morbimortalidad cardiovascular.

OBJETIVOS

Describir el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ). Cuantificar el grado de actividad física en los pacientes que acuden a nuestra consulta.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal realizado entre 15/09/2012 y 31/01/2013.Se estudiaron variables demográficas. Criterios de inclusión: Pacientes citados en consulta con edad comprendida entre 18 y 65 años. Se ha utilizado el cuestionario IPAQ corto autoadministrado y validado internacionalmente que clasifica la Actividad física en moderada (al menos 600 MET) y vigorosa (al menos 3000 MET).

RESULTADOS

Se han estudiado un total de 216 pacientes que cumplían criterios de inclusión. A todos se les entrego al llegar a la consulta el cuestionario IPAQ y lo devolvieron relleno sólo 90 pacientes (41,66%). Hombres 58 (64,45%) y 22 mujeres (24,45) Edad media 59 + 3,5. Realizaron actividad física moderada 16 mujeres (72,73%) y 4 de ellas (18,19) realizaron actividad física baja. De los hombres 10 realizaron actividad física vigorosa (17,24%), 39 pacientes realizaron AF moderada (67,24%) y 9 de ellos no llegaron a 600 MET (15,51%).

CONCLUSIONES

La medición de la actividad física (AF), es importante para abordar la inactividad física. La medición de la misma mediante cuestionario IPAQ corto autoadministrado y validado internacionalmente no se usa de forma extensa. Enfermería como eje fundamental en educación para la salud puede potenciar la AF en aquellos pacientes que la realizan de forma moderada. Aquellos que alcanzan un nivel bajo de AF, son un objetivo de intervención para mejorar la salud.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTE ADICTO A DROGAS POR VÍA PARENTERAL

Domínguez Méndez, C; Ramos Isabel, A; García de la Calle, R; Garci Martín, R; Gómez Barriga, MD;

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa es una de las complicaciones más graves del uso de drogas intravenosas. La gran mayoría de pacientes adictos a drogas por via parenteral (ADVP) con endocarditis derecha presentan una clínica caracterizada por fiebre y síntomas y signos de embolismos pulmonares sépticos de repetición (radiografía de tórax anormal). La válvula afectada con mas frecuencia es la válvula tricúspide,seguida por la válvula aórtica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 29 años con antecedentes de ADVP que ingresa en la planta de Cardiología por episodio de celulitis en miembro superior derecho y fiebre de varios dias de evolución. Se diagnostica endocarditis sobre válvula tricúspide nativa. Se decidió tratamiento antibiótico.

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

Las venopunciones reiteradas sin asepsia originan infecciones en la zona de la inyección (celulitis, abscesos..) y pueden condicionar bacteriemias que a su vez pueden originar metástasis sépticas (endocarditis, artritis...) por lo que consideramos importante la labor de enfermería en educacion sanitaria.

ESTUDIO A MEDIO PLAZO DEL CONSEJO ANTITABÁQUICO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

Mesa Rico, R*; Timonet Andreu, E*; Rodríguez Alarcón, P*; Parrado Rivera, R.A*; Cardoso Sánchez, C*; Fernández Santacruz, J.M*; Bergillos Castillo, S**; Rejón Amores, M*; Hernández Cuenca, P*; Rodríguez Martínez, J.L*;

** Agencia Sanitaria Costa del Sol. Marbella*
*** Hospital Regional Carlos Haya. Málaga*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El consejo sanitario es una herramienta valiosa de intervención, ya que el abandono del hábito tabáquico reduce la mortalidad en pacientes que han sufrido un episodio coronario. El objetivo del estudio es estimar la tasa de abstinencia tabáquica posterior al alta hospitalaria en enfermos coronarios que recibieron una intervención mínima de cesación tabáquica durante el ingreso.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuasiexperimental prospectivo de 80 pacientes fumadores que ingresaron en la unidad de cardiología en un periodo de nueve meses que se incluyeron en un programa de deshabituación tabáquica en el que recibían un consejo mínimo sobre deshabituación tabáquica. Al paciente fumador se le valoró el grado de motivación para dejar de fumar, el nivel de dependencia a la nicotina y la fase de estadio del cambio en la que se encontraban.

RESULTADOS

De los 389 ingresos en la unidad de cardiología se mostró una prevalencia del hábito tabáquico del 24,33%. En los pacientes fumadores se observó una abstinencia a los nueve meses del 53,7%, y una reducción del consumo del 52,6%. Se observaron diferencias estadísticamente significativas (p=0,001) entre el abandono a los tres meses y el grado de motivación. En cuanto al abandono y el nivel de dependencia a la nicotina mediante el test de Fagerström, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p=0.833). El doble de los fumadores en fase de preparación/acción frente a los que se encontraban en fase pre/contemplación abandonaron el hábito tabáquico, aunque sin diferencias significativas (p=0,096).

CONCLUSIONES

La intervención mínima enfermera mediante el consejo sanitario en enfermos coronarios hospitalizados ha demostrado unos resultados favorables en relación con el abandono tabáquico.

INCIDENCIA DE HEMATOMAS EN DISPOSITIVOS IMPLANTABLES

Rodríguez Escanciano, V; Bellón Lata, M; Pan Mancho, M; Sánchez Varas, I;
Enfermería electrofisiología del CHUAC. A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Dada la alta incidencia de pacientes anti coagulados o anti agregados, que precisan implante o recambio de dispositivos de estimulación cardíaca, realizamos un seguimiento de la aparición de hematomas post implante en pacientes de nuestra unidad durante tres meses con el objetivo de valorar las actuaciones a seguir para prevenir y/o mejorar su resolución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Recogida de datos, durante tres meses consecutivos, sobre una muestra de 140 pacientes sometidos a recambio o implante de dispositivo de estimulación cardíaca. Registrando tipo de dispositivo, sexo, edad, anti coagulación, anti agregación, INR, coagulación y zona de implante.

Fueron seguidos en consulta de marcapasos hasta su resolución.

RESULTADOS

Presentaron hematoma nueve pacientes. De los cuales siete estaban anti coagulados con Acenocumarol. Presentando una resolución total del problema tras cuidados de herida quirúrgica y vendaje compresivo en menos de un mes, no produciéndose ningún caso de infección.

CONCLUSIÓN

En nuestra unidad hemos registrado una incidencia de hematomas en torno al seis por ciento, que se han resuelto satisfactoriamente con la aplicación de los cuidados de enfermería en el seguimiento del proceso.

PLAN DE CUIDADOS PARA PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE PERCUTÁNEO DE MITRACLIP®

Carrasco Ruiz, RMª; Moreno González, P; Macías Pérez, IMª; García Álvarez, A; Puerto Pérez, MªA; Delgado Carrasco, RMª;

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

La insuficiencia mitral representa 30% de la patología valvular con mal pronóstico y la cirugía no es factible en pacientes con alto riesgo quirúrgico por edad y comorbilidades asociadas. El tratamiento percutáneo de la insuficiencia mitral permite ampliar posibilidades terapéuticas para estos pacientes.

La actividad sanitaria, cada vez más especializada, se dirige al avance en el tratamiento de las enfermedades y a disminuir la severidad de síntomas. Ésto exige un esfuerzo adicional a los profesionales de salud para preservar la seguridad de los pacientes y establecer estándares de calidad en cuidados prestados.

OBJETIVOS

Elaborar protocolo y plan de cuidados que sirvan de guía para la enfermería de nuestro servicio y disminuir la variabilidad de la práctica clínica.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal de pacientes con Insuficiencia Mitral sometidos a implante de MitraClip, en nuestra unidad.

Realizamos valoración 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson. Elaboramos plan de cuidados basándonos en nuestra propia experiencia y con estudio de los riesgos que implica el procedimiento.

RESULTADOS

N=12. Edad media 75 años.

La duración del procedimiento osciló entre 12 y 5 horas, relacionado directamente con curva de aprendizaje del implante.

En complicaciones derivadas de la técnica destacamos la presencia de UPP en sacro de una paciente, coincidiendo con mayor permanencia en sala.

Los diagnósticos específicos que identificamos son: Riesgo de lesión perioperatoria r/c patrón coagulación alterado. Riesgo deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad. Riesgo desequilibrio temperatura corporal r/c sedación.

Se protocolizan las Intervenciones más relevantes para optimizar objetivos.

CONCLUSIÓN

En nuestra experiencia de Implante de Mitraclip hemos mejorado resultados para los diagnósticos mencionados, minimizando el impacto que puedan tener en la evolución de los pacientes.

MARCAPASOS TEMPORAL TRANSVENOSO: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Utrilla Tamargo, C; Durà Molina, MC; Tutusaus Català, R; Jiménez Orrios, L; Altimiras Rovira, S;

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Un marcapasos es un dispositivo eléctrico capaz de suministrar impulso a una frecuencia determinada con potencial para provocar la despolarización artificial de las células cardíacas, así como su contracción ventricular.

La colocación de marcapasos está indicada en situaciones tales como bradicardia sinusal por debajo de 40 latidos por minuto, pausa sinusal superior a 3-4 segundos, secundariamente a una intoxicación por beta-bloqueantes, amiodarona o digoxina, así como BAV completo y de segundo grado Mosbitz tipo II; éstas además de en caso de IAM. Y siendo ésta una medida de carácter temporal, previa al marcapasos definitivo.

OBJETIVO

Describir la correcta actuación de enfermería durante el proceso de implantación de un marcapasos provisional transvenoso o electrocatéter; el material necesario y las diferentes técnicas que se pueden llevar a cabo. Sus diferentes indicaciones y modalidades de funcionamiento. Describir las posibles complicaciones del procedimiento y los cuidados enfermeros a realizar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica, revisión de protocolos y guías clínicas de la unidad. Consulta a personal especializado (cardiólogos, intensivistas…).

RESULTADOS

La adecuada formación del personal de enfermería en cuanto a los marcapasos temporales transvenosos, repercute en la calidad asistencial del personal de enfermería con dichos pacientes.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El personal de enfermería de unidades coronarias y servicios cardíacos, deben tener un amplio conocimiento del proceso a realizar en la implantación del marcapasos temporal transvenoso. Saber detectar las posibles complicaciones que se puedan derivar, así como conocer los cuidados a realizar para su correcta manipulación.

CASO CLÍNICO: TAPONAMIENTO CARDÍACO POST CIRUGÍA CARDÍACA

Utrilla Tamargo, C; Durà Molina, MC; Tutusaus Català, R; Jiménez Orrios, L; Altimiras Rovira, S;

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La presión ejercida por la acumulación de sangre o líquido en el espacio entre el miocardio y el pericardio se conoce como taponamiento cardíaco. Esta presión impide que el corazón realice su función de manera adecuada. Para paliar esta situación, una de las técnicas más utilizadas es el drenaje torácico o pericardiocenteis. Técnica que pretende drenar y liberar de manera continuada la cavidad pleural del aire o líquido sobrante, restaurando así la correcta presión negativa para la adecuada expansión pulmonar, o bien, que haya un adecuado drenaje de la cavidad mediastínica para permitir el correcto funcionamiento del corazón en los postoperados de cirugía cardíaca.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El caso es el de un varón intervenido de anuloplastia valvular mitral y triple bypass, intervención quirúrgica realizada en cirugía extra coropórea; con un sangrado de 400 cc en la primera hora. Habiendo un segundo sangrado de 200 cc a las 2 horas post cirugía. Se avisa cirujano cardio vascular, que sugiere clampar drenajes. A las 12 horas post cirugía, persiste situación de shock secundario a taponamiento cardíaco. Se procede a abrir pericardio y colocar drenajes retroesternales.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Adecuado cuidado de los drenajes, colocándolos a presión negativa. Realizar una correcta fijación de los tubos. Control periódico del débito de los drenajes, así como su adecuado registro. Observar la posible aparición de fugas de aire y si hay crepitación alrededor de la zona de inserción. Mantener la permeabilidad de los tubos.

¿CONTROLAMOS LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES?

Cabrerizo Sanz, M.P; Sánchez Sánchez, M.L; Herreros Gil, M; Hernández Jiménez, L; Abreu Hernández, Y; Moreno Planas, J;

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN

Con la aparición de los nuevos anticoagulantes se ha abierto un campo al posible cambio de tratamiento en muchos pacientes los cuales toman anticoagulantes orales (ACO) (dicumarínicos) debido a varias patologías (Fibrilación auricular, Accidentes isquémicos transitorios , accidentes cerebrovasculares, portadores de válvulas metálicas, etc.).

Presento el caso de un paciente al que se le implanta un desfibrilador resincronizador sin ningún problema durante el implante ni al alta (el paciente tomaba Sintrom por un pasado AIT), a las 4 semanas del alta es derivado por su hospital de zona por presentar infección del dispositivo. Se le introdujo un nuevo anticoagulante oral suprimiendo el Sintrom.

El objetivo es valorar como la introducción de un nuevo anticoagulante supone un menor control de la anticoagulación en pacientes a los que se acaba de implantar un dispositivo de estimulación cardíaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se decide intervención del paciente para explante del dispositivo por presentar endocarditis, al intervenir aparece un hematoma en la zona muy amplio.

RESULTADOS

La infección del sistema se produjo por la formación del hematoma ya que es un caldo de cultivo ideal para la infección de estos sistemas.

CONCLUSIONES

Con los nuevos anticoagulantes no disponemos ni de antídotos específicos, ni de análisis de laboratorio bien estandarizados para medir su efecto. Por lo que creemos que debemos tener mucho cuidado con las indicaciones de los nuevos ACO.

IMPLANTE DE CABLE EPICÁRDICO EN VENTRÍCULO IZQUIERDO POR MINITORACOTOMÍA

Williams Jiménez, Y; Sánchez Benitez, AM; Carballo López, GM; López San Jose, MM; Garcimartin García, R;

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN

La terapia de resincronización cardíaca es segura y efectiva para mejorar la clase funcional y la calidad de vida reduciendo la mortalidad en pacientes con fallo cardíaco en estado funcional III y IV con terapia médica óptima.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 68 años con antecedentes personales de:

- cardiopatía isquémica,
- insuficiencia mitral y tricúspidea moderada
- portador de DAI- CRT

Acude al servicio de urgencias por presentar empeoramiento progresivo de su clase funcional y mayor astenia. Se evidenció disfunción del CRT con fallo de captura del electrodo del ventrículo izquierdo. Debido a complicaciones y dificultades técnicas en el procedimiento percutáneo, tras varios intentos, se decide programar con Cirugía Cardíaca para implante de cable epicárdico de electrodo del ventrículo izquierdo por minitoracotomía anterolateral izquierda.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

El objetivo es formar un plan de cuidados personalizado e integral, basándonos en las catorces necesidades de Virginia Henderson y las taxonomía NANDA, NIC y NOC.

REFLEXIÓN SOBRE EL CASO

Según el caso anteriormente descrito se procedió a la implantación del cable epicárdico de ventrículo izquierdo y cambio del generador DAI- CRT mediante cirugía convencional abierta, de ahí la importancia que supone para la enfermería la detección precoz de posibles complicaciones postoperatorias.

NOTAS

NOTAS

NOTAS

NOTAS

SECRETARÍA TÉCNICA:

congrega
grupo de servicios

A Coruña - Central: Rosalía de Castro, 13, 1º Izq. 15004 I Madrid - Delegación: Paseo de la Castellana, 135, 7º 28046
Información y contacto: Tlf: 981 216 416 · Fax: 981 217 542 I E-mail: info@congrega.es · Web: www.congrega.es