congrega
grupo de servicios
dirección C/ Rosalía de Castro, 13 - 1º Izda. 15004 A Coruña teléfono 981 216 416
fax 981 217 542 e-mail congrega@congrega.es web www.congrega.es

programa

latiendo hacia el futuro

TARRAGONA 2009
6 - 8 / mayo
Palacio de Congresos

XXX congreso nacional de enfermería en cardiología

XXX

congreso nacional de

enfermería en cardiología

TARRAGONA 2009

6 - 8 / mayo

Palacio de Congresos

aeec
Asociación Española de Enfermería en Cardiología

latiendo hacia el futuro

programa

XXX

congreso nacional de enfermería en cardiología

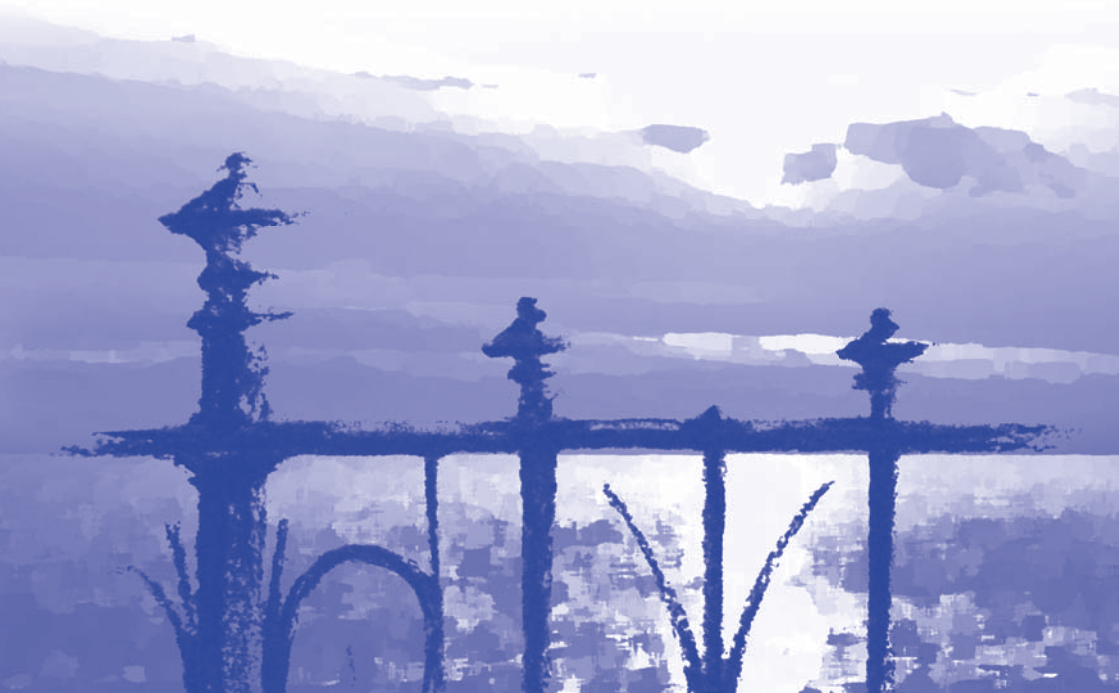
TARRAGONA 2009

6-8 / mayo

Palacio de Congresos

aeec

Asociación Española de Enfermería en Cardiología



Producción y Maquetación:

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

Depósito Legal: C-1363-2009

INDICE

PROGRAMA

Carta de presentación 5
Comité de honor 8
Junta directiva 9
Comité organizador y comité científico 10
Esquema de programa 15
Programa 16
Información general 33
AEEC 37
Página web 38
Revista científica 39
Premio 40
Planos 41
Colaboradores 43

COMUNICACIONES

Comunicaciones libres. Jueves 7 de Mayo (Salas B/C/D) 09.00-10.00h. 45
Comunicaciones libres. Jueves 7 de Mayo (Salas A/B/C) 11.30-12.30h. 69
Comunicaciones libres. Jueves 7 de Mayo (Salas A/B/C) 12.30-13.30h. 93
Comunicaciones libres. Viernes 8 de Mayo (Salas A/B/C) 09.00-10.00h 113
Casos clínicos. Jueves 7 de Mayo (Salas A/B) 17.30-18.30h. 133
Comunicaciones póster fórum. Jueves 7 de Mayo (Salas B/C/D) 17.30-18.30h 157
Comunicaciones póster 169

CARTA DE PRESENTACIÓN

Queridas/os compañeras/os:

En nombre de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, tengo el honor de presentaros nuestro XXX Congreso Nacional, que se celebrará durante los días 6, 7 y 8 de mayo en el Palacio de Congresos de Tarragona.

Bajo el lema "Latiendo hacia el futuro", pretendemos crear un foro de encuentro en el que enfermeras y enfermeros cardiológicos podamos compartir proyectos, intercambiar experiencias y presentar investigaciones, siempre con la mirada puesta en unos cuidados y una profesión que avanza con los tiempos.

Nuestra intención no es otra que ser capaces de responder a las demandas profesionales más exigentes y satisfacer las expectativas creadas. Asímismo, pretendemos contribuir a mejorar los cuidados de la salud tanto en el ámbito hospitalario como en el de atención primaria.

Tarragona, declarada Patrimonio de la Humanidad, fue, a través del mar que baña sus costas, puerta de entrada en la península de la civilización romana. Sus fundadores dejaron en la ciudad no solo innumerables monumentos, sino también un carácter respetuoso y acogedor.

Estaremos encantados de mostraros nuestra tierra, cultura, gastronomía y tradiciones, así como la generosidad de nuestra gente.

En nombre del Comité Organizador y en el mío propio os deseamos una feliz estancia en la ciudad y que el encuentro sea enriquecedor tanto a nivel profesional como personal.

Maria José de Lera Martínez
Presidenta del Comité Organizador

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

jp.
091/09

S.A.R. la Infanta Doña Cristina, accediendo a la petición que tan amablemente Le ha sido formulada, ha tenido a bien aceptar la

PRESIDENCIA DE HONOR

del **"XXX CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA"**, que tendrá lugar en Tarragona del 6 al 8 de mayo próximo.

Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, 16 de marzo de 2009

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

SEÑORA PRESIDENTA DEL COMITÉ ORGANIZADOR DEL CONGRESO.

TARRAGONA

COMITÉ DE HONOR

Presidencia de honor
SU ALTEZA REAL LA INFANTA DOÑA CRISTINA

MOLT HBLE. SR. D. JOSÉ MONTILLA I AGUILERA
President de la Generalitat de Catalunya

EXCMO. SR. D. BERNAT SORIA ESCOMS
Ministro de Sanidad y Consumo

SR. D. JOSEP FÈLIX BALLESTEROS CASANOVA
Alcalde del Ajuntament de Tarragona

HBLE. SRA. Dª. MARINA GELI I FÀBREGA
Consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya

SR. D. FRANCESC XAVIER SABATÉ I IBARZ
Delegat Territorial de la Delegacio del Govern de la Generalitat en Tarragona

MGFCO. SR. D. FRANCESC XAVIER GRAU VIDAL
Rector Universitat Rovira I Virgili

ILMO. SR. D. JOSEP POBLET I TOUS
President de la Diputació de Tarragona

SRA. Dª. PILAR GAVILÁN BRIALES
Gerent Territorial Institut Català de Salut Camp de Tarragona

SR. D. JOAQUIM PELLEJÀ PELLEJÀ
Delegat Territorial Serveis Territorials de Salut Tarragona

SRA. Dª. OLGA SALA FORNÓS
Presidenta Collegi Oficial de Diplomats en Enfermeria de Tarragona

SRA. Dª. CARME VIVES RALATS
Directora Escola Universitària d'infermeria Universitat Rovira i Virgili

SR. D. LEANDRO PLAZA CELEMÍN
Presidente Fundación Española del Corazón

SRA. Dª VIRGINIA ARGIBAY PYTLIK
Presidenta de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

SR. D. JAVIER VILLANOVA SANFELIU
Director Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII

SR. D. ALFREDO BARDAJÍ RUIZ
Jefe Servicio Cardiología Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII

SRA. Dª. CARMEN FLORES MOYA
Directora d'Enfermeria Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTA DE HONOR
Mª José Zabala Osés

PRESIDENTA
Virginia Argibay Pytlik

VICEPRESIDENTA
Dolores Gil Alonso

SECRETARIA
Sandra Duque López

VICESECRETARIA
M.ª Jesús Pérez González

TESORERA
Adela González Martínez

VOCAL DE HEMODINÁMICA
Mónica Álvarez García

VOCAL DE ELECTROFISIOLOGÍA Y MARCAPASOS
Xavier Alsina Restoy

VOCAL DEL GRUPO DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CARDIACA
M.ª Teresa Portuondo Maseda

VOCAL DEL GRUPO EUROPEO
Marta Villalta Sevilla

VOCAL DEL CONGRESO ZARAGOZA 2008
Concepción Santolaria Aísa

VOCAL DEL CONGRESO TARRAGONA 2009
Mª José de Lera Martínez

DIRECTOR DE LA REVISTA ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA
Francisco Javier Gracia Pérez

DIRECTOR DEL PORTAL EN INTERNET
Javier García Niebla

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA:	María José De Lera Martinez
VICESPRESIDENTE:	Luis María Rius Ferrus
SECRETARIO:	Joana Massoni Fuste
VICESECRETARIO:	María Bono Mas
TESORERO:	Juan Carlos Aguirre Montoya
VICETESORERO:	Ana María Foix Parra
VOCALES:	Eva Cuevas López Montserrat Hernández Maillo María Mercedes Marce Navarro María Mar Pinedo Iguiñez Jorge Mateo Díaz Margarita Nebot Nebot Marta Salmerón Hernández Rafael Torta Castello Juan Jose Vidal Guiamet

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTE:	Óscar del Río Moro
SECRETARIA:	M.ª Lluisa García Garrido
VOCALES:	Carmen Bermejo Merino Lucía Cano Sanz Ana M.ª Carmona Heredia Carmen Segura Saint-Gerons

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

APAGADOS

NO está permitido
FUMAR en todo el recinto
del
congreso

PROGRAMA

	MIÉRCOLES 6 de mayo				
	Sala A	Sala B	Sala C	Sala D	Sala E
16:00 - 20:00 h.		CURSOS DE FORMACIÓN			
20:30 h.	INAUGURACIÓN OFICIAL				
21:00 h.	CÓCTEL DE BIENVENIDA				

	JUEVES 7 de mayo				
	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	COMUNICACIONES LIBRES	COMUNICACIONES LIBRES		
12:30-13:30 h.	COMUNICACIONES LIBRES	COMUNICACIONES LIBRES	COMUNICACIONES LIBRES		
13:30-14:00 h.	FORO DE GRUPOS DE TRABAJO Rehabilitación cardíaca	FORO DE GRUPOS DE TRABAJO Hemodinámica	FORO DE GRUPOS DE TRABAJO Electrofisiología y arritmias		
14:00 h.	ALMUERZO DE TRABAJO				
16:00-17:30 h.	MESA REDONDA: Cuidados interculturales				
17:30-18:30 h.	CASOS CLÍNICOS	CASOS CLÍNICOS			
17:30-18:30 h.			POSTER FORUM		

	VIERNES 8 de mayo				
	Sala A	Sala B	Sala C	Sala D	Sala E
09:00 - 10:00 h.	COMUNICACIONES LIBRES				
10:00 - 11:30 h.	ASAMBLEA GENERAL DE LA AEEC				
11:00-11:30 h.	PAUSA - CAFÉ				
12:30 - 13:30 h.	MESA REDONDA: Intervenciones enfermeras en el paciente de edad avanza				
13:30 - 14:00 h.	Presentación manual de prevención y rehabilitación cardíaca				
14:00 h.	ALMUERZO DE TRABAJO				
16:00 - 17:30 h.	MESA REDONDA: Nuevas perspectivas en insuficiencia cardíaca				
17:30 h.	ENTREGA DE PREMIOS				
18:30 h.	ACTO DE CLAUSURA				
21:00 h.	CENA DE CLAUSURA				

MIÉRCOLES 6 de mayo

PROGRAMA

16:00 - 20:00 h. **CURSOS DE FORMACIÓN:**

Sala B: Beneficios del vino en la dieta cardiosaludable

Modera: Ana María Carmona Heredia
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

Docentes: Dra. Rosa María Lamuela Raventós
Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona
Àngels Collado Renovell
Consejo Regulador de la Denominación de Origen. Tarragona
Elisa Ribé Rey
Denominación de Origen. Tarragona

Sala C: Actualización de las nuevas guías de RCP. Taller de electrocardiografía aplicada en arritmias malignas

Modera/Docente: Lluís Rius Ferrús
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

Docente: Jordi Mercé Klein
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

Sala D: Enfermería y legalidad

Modera: Lucía Cano Sanz
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona

Docente: Isabel Pera Fábregas
Hospital Vall d´Hebron. Barcelona

Sala E: Prevención y rehabilitación cardíaca,¿Utopía o realidad?

Modera: María Teresa Portuondo Maseda
Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Docente: José María Maroto Montero
Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Colaboradores: Ana Mª Sánchez Carrio
Hospital Central de Asturias .Oviedo
Teresa Martínez Castellanos
Hospital Gregorio Marañón. Madrid
Margarita Reina Sánchez
Hospital de Valme. Sevilla

20:30 h. **Sala A:** INAUGURACIÓN OFICIAL

21:00 h. CÓCTEL DE BIENVENIDA

JUEVES 7 de mayo

09:00 - 10:00 h. **COMUNICACIONES LIBRES (3 salas)**

Sala B:

Modera: Teresa Canela Armengol
Unidad de Gestión de Casos de Atención Primaria ICS .Tarragona

INGESTA DE PSICOFÀRMACOS EN PACIENTES SÓMETIDOS A ERGOMÉTRIA
Torres García A.; Álvarez-Rúa Martínez A.; Díaz Pedreira G.; Martel González M.
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr.Negrin.
Las Palmas de Gran Canaria

MANEJO DE LA CEFALEA EN LOS PACIENTES CORONARIOS TRATADOS CON NITROGLICERINA
Velasco Guillen M.C.; Anguera Saperas L.; Garcia Grau N.; Alamillo Perez-Crueso P.; Roca Biosca A.; Rubio Rico L.
Servicio Medicina Intensiva. Unidad Coronaria. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

SEGURIDAD DEL PACIENTE FRENTE A LA TOMA DE MEDICAMENTOS: ADMINISTRACIÓN DE ENFERMERIA POR PRINCIPIO ACTIVO
Berral Baeza T.; Muñoz Medina M.; López Malo de Molina M.D.; Yanguas Bayona C.; Romero Alberca A.; Luque López R.; Salado Leal A.; Mengibar Pareja V.
Servicio de cardiologia. Hospital Universitario Reina Sofia. Cordobaia

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA: REVISIÓN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, PROTOCOLOS E INTERVENCIONES
Farias Martín M.; Blázquez Bautista S.; Muñoz Sánchez R.; Moreno Rodríguez A.; Borrego Blanco B.;
Unidad de Coronarias. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca

CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PRESCRITO EN PACIENTES CARDIACOS
Cruzado Álvarez C.; Flores Gordo S.; Bru Torreblanca A.; De los Ríos Pérez J.; López Rodríguez B.;
Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

Sala C:

Modera: Lluisa Sans Riba
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

¿ES POSIBLE EL CAMBIO DE HÁBITOS TRAS UN ACCIDENTE CORONARIO?
Castelao Alvarez A.; García Uriarte M.A.; Sanchez Plaza R.; Augé Garcia L.; Salazar García A.; Garreta Campanera, R.
Centro de Atención Primaria de Sant Pere i Sant Pau. Tarragona

INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE CARDIACO

Pérez Ortega S.; Eseverri Rovira M.; Vidorreta Gracia S.; Vivas Tovar M.E.; Castillo Valldeperas M.; Pérez-Villa F.; Roig Minguell E.
Unitat de Transplantament Cardíac. Institut del Tòrax.
Corporació Sanitaria Clínic. Barcelona

ANÁLISIS SOBRE LA EFICACIA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

Alba Saá F.; Blanco Antolín C.; Alcalá Sánchez M.M.; Ruiz Olgado M.J.; Pacios Pacios M.A.;
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca

DESHABITUACIÓN TABAQUICA: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE UN PROGRAMA ESPECÍFICO DE EDUCACIÓN SANITARIA

Fernández Alonso MJ; Fernández Menéndez C; Fernández Suárez S; Martínez Cuervo;
Unidad Coronaria. Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Sala D:

Modera: Carlos Aguirre Montoya
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

FASES DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS

Cisneros González L.; Alconero Camarero A.R.; Bonnick G.; Hubbard W.N.
Servicio de Cardiología. Royal United Hospital. Bath (Inglaterra). Servicio de Cardiología.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

AUTONOMÍA DE LA ENFERMERÍA EN LA FASE 1 EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

[1]Cisneros González L.; [2]Alconero Camarero A.R.; [1]Bonnick G.; [1]Hubbard W.
[1]Servicio de Cardiología. Royal United Hospital. Bath (Inglaterra)
[2]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

TEST DE LIPKIN

Martínez Casas S; González Llorens C; Manzano Sánchez T; Santamaría Laín R;
SCIAS-Hospital de Barcelona. Barcelona

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

Rubio Jurado I.M.; Pérez Pacheco M.P.; Ramírez Zurita C.; Muñoz Villarreal A.B.; Luque Serrano M.L.; Hinojosa Caro R.; Pedrajas Ortega M.I.; Garcia Rojas E.;
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN DE REFERENCIA

Sánchez Lomares R.; Cazorla Roca M.; Rodríguez Pérez M.; Sánchez García M.; Galán Fernández S.; Galvez Colmena J.; Sánchez Llobera E.; Herrera Tránchez A.; Gusi Tragant G.
Gabinete de Cardiología. Corporació Parc Taulí. Sabadell. Barcelona

10:00 - 11:00 h. **CONFERENCIA INAUGURAL**

Sala A: Medicae manus: Enfermedad y curación en la antigua Roma

Modera: María José de Lera Martínez
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

Conferenciante: Francesc Tarrats Bou
Director del Museo Arqueológico. Tarragona

11:00 - 11:30 h. PAUSA-CAFÉ

11:30 - 12:30 h. **COMUNICACIONES LIBRES**

Sala A: Modera: Eva Cuevas López
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

DIME CORAZÓN, ¿QUÉ SABES DE TU ENFERMEDAD Y QUÉ TE GUSTARÍA SABER?
Beistegui Alejandre I.; Aguayo Esgueva B.; Elorza Ozaeta Z.; Viñuela Bravo Y.; Jimenez de Aberasturi Sasiain A.; Echavarri Escribano, M.
Servicio de Cardiología y Neurología 6ªB. Hospital Santaigo Apóstol. Vitoria

NUEVOS RETOS EN LA ATENCION DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CRÓNICO CON INSUFICIENCIA CARDIACA. (IC)
Aguayo Esgueva B.; Beistegui Alejandre I.; Elorza Ozaeta Z.; Jimenez de Aberásturi Sasiain A.; Viñuela Bravo Y.; Echavarri Escribano M.
Servicio de cardiología y neurología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria

UTILIDAD DE LA ENCUESTA MNA (MINI NUTRICIONAL ASSESSEMENT) EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO POR INSUFICIENCIA CARDÍACA
Muñoz Villarreal A.B.; Pérez Pacheco M.P.; Ramírez Zurita C.; Luque Serrano M.L.; Hinojosa Caro R.; Pedrajas Ortega M.I.; Rubio Jurado I.M.; Garcia Rojas E.
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

PREDICCIÓN DE DESCOMPENSACIÓN CLÍNICA MEDIANTE INSTRUMENTOS DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA
Jiménez Catena I.; González Navas J.; López Moyano M.G.; Martínez Quesada M.M.; Rus Mansilla C.;Cortez Quiroga G.; Durán Torralba C.; Delgado Moreno M.; López González M.;
Unidad de Cardiología. Hospital Público Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén

SEGUIMIENTO TELEFÓNICO ENFERMERO, UN NUEVO MODELO EDUCATIVO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)
Escribano Rueda V.; Ros del Hoyo N.; Martí Aguasca M.L.; Padilla Just M.N.; Raventós Castany A.; Luengo Cascudo C.
Centro de Seguimiento de Enfermedades Crónicas. Instituto Catalán de la Salud. Barcelona

Sala B:

Modera: María del Mar Pinedo Iguíñez
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

IMPACTO DE LA EDAD EN EL VASOESPASMO RADIAL DURANTE EL CATETERISMO CARDÍACO

Tejedor Navarro M.; Trilla Colominas M.; Gil Dueñas J.; Canales Domínguez T.; Gutiérrez Capdet M.; Domínguez Peramarch R.; Pardo González M.; Puig Serra N.; Niebla Bellido M.; Gabaldà Martínez S.; Freixa Rufastes X.; Masotti Centol M.
Servicio de Hemodinámica Cardíaca. Institut Clínic del Tórax.
Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona

TIEMPOS HASTA LA REPERFUSIÓN EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA: ¿DÓNDE RADICAN LOS RETRASOS? ¿SON SOLUCIONABLES?

Lara Sauquillo A; Iglesias Mier M; García García J; Rodríguez Carcelén D; García Casarrubio D; Martínez Quesada F; Gutiérrez Díez A; Melehi D; Gallardo López A; Jiménez Mazuecos JM;
Unidad de hemodinámica y cardiología intervencionista. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

CATETERISMOS SIN INGRESO. COORDINACIÓN INTERCENTROS

Amor Cambón J.; Losada Ruiz M.T.; Arcay Ferreiro M.C.; González Artiaga M.C.; Paz Iglesias M.I.; Pazos Seco M.V.; Canedo Iglesias M.A.
Laboratorio de Hemodinámica. Servicio de Cardioloxía. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña

EVALUACIÓN DEL ACCESO RADIAL DERECHO E IZQUIERDO EN PACIENTES OCOTOGENARIOS

Niebla Bellido M.; Trilla Colominas M.; Canales Gutiérrez T.; Domínguez Peramarch R.; Gil Dueñas J.; Gutiérrez Capdet M.; Pardo González M.; Puig Serra N.; Tejedor Navarro M.; Freixa Rofastes X.; Masotti Centol M.
Servicio de Hemodinámica Cardiaca. Institut Clínic del Tòrax. Hospital Clínic. Barcelona

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS SOMETIDOS A CORONARIOGRAFÍA

Cruzado Álvarez C.; Macías Pérez I.; De Prada Otermin G.; Gil Pérez R.; Méndez Rubio J.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Sala C:

Modera: Rafael Torta Castelló
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

EL SEXO VALIENTE Y EL SEXO COBARDE

Duran Parra A.; Tovar Martín A.; Martinez Pérez E.; Navarro Pérez L.A.; Oliete Garallo G.C.; Planas Miret B.; Montero Dávila V.; Gil Ambrosio B.; Bravo Onraita I.; Fernandez Nofrerías E.; Rodriguez Leor O.; Mauri Ferrer J.; Valle Tudela V.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

VISIÓN DE LA SOCIEDAD SOBRE LA PROFESIÓN ENFERMERA

[1]Mancebo Salas N.; [1]Cobo Sanchez J.L.; [3]Alconero Camarero A.R.
[1]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander
[2]E.U.E. Casa Salud Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander

"CORAZON DE MUJER" "EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES DE SU ENFERMEDAD Y SALUD TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO"

Fernández Oliver A.L.; Mgueraman Jilali R.; Rojas Mata M.B.
Unidad de Gestión Clínica del Corazón. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

"ENFERMERIA SIN FRONTERAS" INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE MUSULMAN

Fernández Oliver A.L.; Mgueraman Jilali R.; Rojas Mata M.B.
Unidad de Gestión Clínica del Corazón. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

¿INFLUYE LA LUNA EN LA MUERTE POR CARDIOPATIA?

Fontanals Fernández M.; Nebot Margalef M.; Valdelvira Castillo I.; Vilchez Mitadiez A.; Buzón Días E.; Rodriguez Rodriguez R.
Servicio de Cardiologia. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS SOMETIDOS A CORONARIOGRAFÍA

Cruzado Álvarez C.; Macías Pérez I.; De Prada Otermin G.; Gil Pérez R.; Méndez Rubio J.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

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

Sala A: Modera: Natàlia García Grau
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

SIN VINO... ¿ESTÁS SEGURO, CORAZÓN? DE LA "TRILOGÍA MEDITERRÁNEA" A LA "PARADOJA FRANCESA"

[1]Lahoz Campos M.G.; [1,2]Gracia Pérez F.J.; [1]Hervás Morcillo J.; [1]Camañes Salvador M.A.
[1]Unidad de Reanimación de Cirugía Cardíaca. Consorcio Hospital General de Valencia. Valencia
[2]Universitat de València. Valencia

EDUCACIÓN SANITARIA. PERFIL DEL PACIENTE INGRESADO POR INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

Garcia Delicado M.J.; Faixò Rubio M.; Floriach Pons N.; Llobera Pou; Bermejo Beltran G.
Servicio de cardiología. Hospital de Mataró. Mataró. Barcelona

ENSEÑAMOS A CUIDAR

Cánovas Herrera E.; Juárez Villamarín E.; Sáez-Quintanilla Villalobos M.; Sánchez Martín A.I.
Unidad de Cardiología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganes. Madrid

INTERVENCIONES ENFERMERAS ANTITABAQUISMO EN HOSPITALIZACIÓN

López García J.; Melloul Sanie N.; López Gómez M.M.; Fernández Pallarés L.; Moreno Martinez J.; Ortega Jimenez A.; Martínez Herrerías G.; Plaza del Pino F.
Unidad Clínica de Cardiología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Sala B: Modera: María Bono Mas

Hospital Universitario Sant Joan. Reus
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

ESTENOSIS AORTICA CONGENITA: VALVULOPLASTIA PERCUTANEA CON SOBREESTIMULACION VENTRICULAR

Pereiro Perez M.A.; Peña Larrazabal I.; Hernando Garcia F.J.; Izquierdo Torre M.V.; Navalpotro Rodriguez J.L.; Ocariz Aguirre M.A.
Seccion de Hemodinamica. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya-Bizkaia

UTILIDAD Y SEGURIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN ATROPINA EN LOS ESTUDIOS SPET DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA AL ESFUERZO

González Familiar D.; Lozano Campos P.; Rodríguez Ortega V.; Fernándes Aguirre T.
Servicio de Medicina Nuclear. Instituto Oncológico de Kutxa. San Sebastián. Guipúzcoa

ESTRATEGIAS SIMPLES PARA DISMINUIR LOS TIEMPOS HASTA LA REPERFUSIÓN. IMPACTO EN UN PROGRAMA REAL DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN NUESTRO MEDIO

Lara Sahuquillo A.; Iglesias Mier M.; García García J.; Rodríguez Carcelén D.; García Casarrubio D.; Martínez Quesada F.; Gutiérrez Díez A.; Melehi D.; Gallardo López A.; Jiménez Mazuecos J.
Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista.
Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario de Albacete

EXPERIENCIA INICIAL EN LA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS VALVULARES AÓRTICAS POR VÍA TRANSFEMORAL

Paños Babin M.; Merino Parrondo J.P.; López Fernandez M.A.; Sanjuán Rodríguez A.M.
Servicio de Cardiología. Sección de hemodinamia. Hospital Universitario La Paz. Madrid

ENSAYO CLÍNICO SOBRE LA COMPRESIÓN RADIAL GUIADA POR LA TENSIÓN ARTERIAL MEDIA

Díaz Bejarano D.; Gómez Santana C.; Lombardo Martínez J.; Sánchez Baños B.;
González Díaz J.M.; González Rivero D.; Valero López A.; Pedrosa Carrera C.; Cubero Gómez J.M.
Servicio de Cardiología. Unidad de hemodinámica. Hospital de Valme. Sevilla

Sala C: Modera: Elena Mateo Zapata
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

GESTION DEL DOLOR EN PACIENTES POSTOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA
Puxan Romagosa C.; De la Iglesia Rodriguez A.; Picón Sáez D.; Otero Susín E.S.; García Candell A.; Andorrá López M.; Profitós Masó M.C.
Unidad de Postoperados de Cirugía Cardiaca. Unidad Coronaria. Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Vall dHebrón. Barcelona

INCIDENCIA DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN UNIDAD CORONARIA ABIERTA
Rubio Martín S.; Lozano Rodríguez G.; Urías García R.; Dútil Radillo M.T.; Rubio Martín S.
Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

¿DUERMEN BIEN NUESTROS PACIENTES?
Sans Riba Ll.; Bonet Porqueras R.; Toda Savall D.; Martinez Marquez C.; Moliné Pallarés A.; Miro Borras A.; Cosi Marsan M.; Velasco Blasco C.
Unidad Coronaria. Hospital universitario Joan XXIII de Tarragona. Tarragona

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS
[1]Peiró Andrés A.; [1]Sierra Talamantes C.; [2]Muñoz Izquierdo A.; [3]Almela Zamorano M.; [1]Saez Jiménez R.; [1]López López I.; [1]Valls Andrés S.; [1]Zamorano Lluesma M.; [1]González Gavela A.;
[1]Unidad Coronaria . Instituto de las enfermedades cardiovasculares. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
[2]Unidad de proyecto de Historia clínica informatizada. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
[3]Psicóloga becaria Facultad de psicología de Valencia

TÉCNICAS DE HIPOTERMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL GENERAL. DESCRIPCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA
Taboada Coego M.I.; Calvar Seoane B.; Álvarez Castro M.N.; Del Campo Pérez V.M.; Pereira Lourido M.A.; Antolín Rodríguez R.
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital do Meixoeiro, Complexo Hospitalario Universitario de Vigo CHUVI. Vigo, Pontevedra

13:30 - 14:00 h. FORO DE GRUPOS DE TRABAJO

Sala A: Rehabilitación Cardiaca
Modera: Teresa Portuondo Maseda
Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Sala B: Hemodinámica
Modera: Mónica Alvarez García
Hospital de León. León

Sala C: Electrofisiología y Arritmias
Modera: Xavier Alsina Restoy
Hospital Clínic i Provincial. Barcelona

14:00 h. ALMUERZO DE TRABAJO

16:00 - 17:30 h. **Sala A:** MESA REDONDA: CUIDADOS INTERCULTURALES

Modera: Elena Saura Portillo
Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. Barcelona

Desorden alimentario en cardiología: enfoques transculturales
Alicia Baltasar Bagué
Escuela Universitaria de Enfermería. Girona

Comunicación y salud
Carme Padró Cabello
Escuela Universitaria de Enfermería Rovira i Virgili. Tarragona

Cultura y enfermedad crónica
Neus Esgueva de Haro
CAP Gòtic. Barcelona

17:30 - 18:30 h. CASOS CLÍNICOS

Sala A: Modera: Laura Anguera Saperas
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

REHABILITACIÓN CARDÍACA Y TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS: A PROPÓSITO
García-Hernández P.; Yudes-Rodríguez E.
Unidad de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardiaca. Servicio de Cardiología y Unidad CMA. Hospital Universitario San Cecilio.Granada

SÍNDROME CORONARIO AGUDO DESENCADENADO POR CONSUMO DE COCAÍNA
Basanta Castro M.J.; Núñez Tallón M.A.; Pérez Fernandez A.M.; Abad García M.M.; Quiroga Iglesias R.M.; Gallego López M.I.; Jimenez Serrano C.A.; Seco Aldegunde S.I
Unidad de Hospitalización de Cardiología. Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo. Lugo

HIPOTERMIA INDUCIDA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA
Diez Martinez Y.; Bernardos Ramos C.; Gomez Alcibar C.; Ortega Aita M.S.; Rodríguez Molinuevo A.
Servicio de Cardiología Intensiva. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya

MUERTE SÚBITA EN PACIENTE DE 15 AÑOS POR EL SÍNDROME DEL QT LARGO

[1]Sáiz Fernández G.; [2]Alconero Camarero A.R.; [1]Ceballos Gandarillas E.; [1]Noriega Asensio N.; [1]Frontaura Pérez B.
[1]Unidad Coronaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander
[2]Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud Valdecilla. Santander

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA AL PACIENTE TRASPLANTADO

Castelao Alvarez A.I.; García Uriarte M.A.; Gutierrez Badia L.; Lorenzo Posada M.J.; Pagan Velasco V.M.
Centro de Atención Primaria Sant Pere i Sant Pau, Tarragona. Tarragona

PACIENTE CON ANGINA REFRACTARIA EN TRATAMIENTO CON TENS: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Pérez Vázquez B.; Duque López E.A.; Varona Gutierrez R.
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON VENTRICULO ÚNICO

Luque López R.; Roldán López R.; García Merino A.; Salado Leal A.; Muñoz Medina M.; Segura Saint-Geróns C.; Ocaña Durán A.; Arroyo Morón.
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

¿CÚANDO ME PONEN EL MARCAPASOS?

Moratino Villalba A.I.; Arenas Fernández C.V.; Sánchez Donaire A.; García González M.
Unidad Coronaria. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

PACIENTE CON SECUELAS POR ESTANCIA PROLONGADA EN UCI. CASO CLÍNICO

Arquellada Martínez M.M.; Carrasco García B.; Cruzado Álvarez C.
Unidad de Gestión del Corazón. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

LA COORDINACIÓN ENTRE DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

[1]Marichal Plana M.; [1]González Marcos M.; [2]Garcia Garrido LL.; [2]Valverde Rodríguez S.
[1]Enfermeras gestoras de casos de Atención Primaria de Girona (EGC-AP). Girona
[2]Enfermeras Clínicas programa PiSA Hospital Dr. J. Trueta de Girona. Girona

17:30 - 18:30 h. **Sala B:** Modera: Margarita Nebot Tost
Hospital Universitario Sant Joan de Reus

MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA O ESPONGIFORME

Carrero Carretero V.; Fernández Sánchez A.M.; García Bermejo Cuesta R.M.
Servicio de Cardiología. Intituto de Cardiología. Madrid

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON MIOCARDITIS Y MUERTE SÚBITA RECUPERADA

Aldanas Sánchez E.; Aparicio Zaldívar E.G.; Barroso Pellico J.A.; Bermejo Carretero N.; Fernández García C.M.; Fernández Moreno O.; García Mainez S.; González Pozuelo A.; Heredia Reina M.P.; Lozano Pérez N.; Llamazares Feliz L.; Martín-Luengo Lorente M.D.; Muñoz de la Fuente M.M.; Pavesio Bergua A.M.; Toledano Solano A.
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

CUIDADOS DE ENFERMERIA A UN PACIENTE TOXICÓMANO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN CARDIÓLOGICA

Bujalance Román E.; Arroyo Morón F.; Sánchez Moyano M.; Segura Saint-Gerons C.; Luque López R.; Barrena Ortiz M.; Roldan López R.; Mengibar Pareja V.
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

CASO CLÍNICO: GESTANTE CON FETO DIAGNOSTICADO PRENATALMENTE DE TAQUICARCIA SUPRAVENTRICULAR. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA

[1]Urreta Muñoz A.; [1]Bacaicoa Parrado; [1]Díaz Herrera V.; [1]Gea Valero M.; [2]González González R.
[1]DUE Servicio de Cardiología y Cirugía Cardiaca. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona
[2]DUE Servicio de Radioterapia. Hospital Duran i Reynals. Hospitalet de Llobregat. Barcelona

ENFERMO CARDIOLÓGICO, ¿ENFERMO LÓGICO?

Álvarez Morales A.; Chaves Cuñado B.; Cozar Benito A.; López García E.; García Hernández M.; García Jiménez S.
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid

CASO CLÍNICO: VARÓN JOVEN, DIPLOMADO EN ENFERMERÍA, DIAGNOSTICADO DE FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO

[2]González González R.; [1]Bacaicoa Parrado; [1]Díaz Herrera V.; [1]Gea Valero M.; [1]Urreta Muñoz A.
[1]DUE Servicio de Cardiología y cirugía cardíaca. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona
[2]DUE Servicio de Radioterapia Hospital Duran i Reynals. Hospitalet de Llobregat. Barcelona

MUJER INTERVENIDA DE TRASPLANTE CARDIACO. CASO CLÍNICO

[1]Frontaura Pérez B.; [1]Ceballos Gandarillas E.; [1]Noriega Asensio N.; [1]Acuña Riaño C.; [2]Alconero Camarero A.R.
[1]Unidad Cuidados Intensivos Cardiológicos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria
[2]Profesora titular. Escuela Universitaria de Enfermeria Casa Salud Valdecilla. Santander. Cantabria

PACIENTE CON IMPLANTACIÓN PERCUTÁNEA DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA

Fariñas Garrido M.P.; Rúa Pérez M.C.; Suárez Fontaíña E.M.; Sabater Sánchez M.C.
Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña

EXTRACCIÓN VIA FEMORAL, DEL ELECTRODO AURICULAR ROTO

Molinero Ochoa J.A.; Puertas Calvero M.; Gallardo Barrancos O.; Tovar Martín A.
Servicio de Cardiología. Unidad de Arritmias. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona

PACIENTE CON DEHISCENCIA ESTERNAL TRATADO CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA

Amorós Cantero A.; Alabort Cuenca D.; Camarero Galdón E.M.; Sobrino Garcia-Velasco C.; Muñoz Roselló J.
Servicio de Cirugía Cardiaca. Hospital Universitario La Ribera. Alzira. Valencia

17:30 - 18:30 h. PÓSTER FÓRUM

Sala C: Modera: Carmen Velasco Guillén
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

PREVALENCIA Y PERFIL DEL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO E INSUFICIENCIA RENAL OCULTA

[1]Cobo Sánchez J.L.; [2]Alconero Camarero A.R.; [2]Muñoz Cacho P.
[1]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander
[2]E.U.E. Casa de Salud Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS APLICADOS A LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PREVALENTES EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

Rodríguez Freire M.R.; Varela Tomé M.D.; Díaz Porta M.C.; Sabater Sánchez M.C.
Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña

ALORACIÓN DE ENFERMERIA DE UN PROTOCOLO PARA EL CONTROL DE LA GLUCEMIA EN PACIENTES CARDIOLÓGICOS GRAVES

[1]Nuñez Cuena F.J.; [1]Casasola Fernández R.M.; [1]Aragó Fonts M.; [2]González Martínez A.; [2]Priegue Molinos M.D.
[1]Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona
[2]Unidad Coronaria. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona

VALORAR LA ETAPA PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO: LA CLAVE DE LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

[1]García Garrido Ll.; [2]Baltasar Bagué A.
[1]Enfermera Hospital Universitario de Girona. Girona
[2]Enfermera y Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Girona. Girona

¿ES EFICAZ LA HIPOTERMIA INDUCIDA EN LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS? NUESTRA EXPERIENCIA PERSONAL

Álvarez Morales A.; Chaves Cuñado B.; Cozar Benito A.; López García E.; García Hernández M.; García Jiménez S.
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid

CUIDA EL CORAZÓN, CUIDA LA VIDA

Anglès Bru M.; Cabayol Argilaguet M.; Laplace Enguídanos M.R.; Tapia Vallejo C.
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Sant Pau y Santa Tecla. Tarragona

IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA: EXPERIENCIA INICIAL

Santamaría Rubio J.; Arias García P.; Avanzas Fernández P.; Torre Cabo J.D.; Fernández Maese J.M.; Suárez Pérez S.; Blanco González M.C.; García Aranda F.J.; Rivilla Soblechero J.; Alonso García A.; García Alonso L.; Morís de la Tassa C.; de la Riva Gil de Sola R.; Solís Velasco C.; Gómez Allende F.
Laboratorio de Hemodinámica (Área del Corazón). Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: CAMP DE TARRAGONA (2008)

Castilla Marqués V.; Cuevas López E.; Fabregat Albert M.J.; Foix Parra A.; Hernández Maillo M.; Torta Castelló R.
Planta de Hospitalización de Cardiología. Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona. Tarragona

EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA EN DRENAJES DE DERRAMES PERICÁRDICOS

Prieto Gargantilla M.M.; Ovejero Martin G.; Sanchez Terron V.
Complejo Asistencial de Avila

COMPARACIÓN DE LOS MÉTODOS DE COMPRESIÓN DE LA ARTERIA RADIAL TRAS CATETERISMO CARDÍACO/ACTP (ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA), REALIZADOS EN NUESTRO HOSPITAL

[1]Gea Valero M.; [1]Bacaicoa Parrado P.; [1]Díaz Herrera V.; [1]Porcel Arrebola E; [1]Rebollo Lozano C.; [3]Gil Ambrosio B.; [2]Muñoz Castro C.; [2]Aranda Nevado M.C.; [3]Navarro Pérez L.A.; [3]Lozano Matote E.
[1]DUE Servicio de Cardiología y Cirugía Cardiaca.Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona
[2]DUE Unidad de coronarias. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona
[3]DUE Servicio hemodinámica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona

VIERNES 8 de mayo

09:00 - 10:00 h.

COMUNICACIONES LIBRES

Sala A: Modera: Juan José Vidal Guiamet
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS: GARANTIA EN LA CALIDAD DE CUIDADOS

[1]Yepes Trigueros J.M.; [2]Cañaveras Ciorraga Y.; [2]Rubio Segura M.; [2]Garcia Puig M.; [2]Casas Lujan M.J.; [2]Ricart Altemir X.; [2]Pop F.T.
Servicio de Medicina Interna. Hospital del Vendrell. El Vendrell. Tarragona

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR BÁSICA CON DESFIBRILADOR EXTERNO SEMIAUTOMATICO

[1]Rius Ferrús LL.; [1]Hernández Villén O.; [2]Boqué Oliva C.; [1]Olivé Ollé C.; [3]García Grau N.;
[1]Dirección de enfermeria. Hospital universitari Joan XXIII. Tarragona
[2]Servicio de Urgéncias. Hospital universitari Joan XXIII. Tarragona
[3]Servicio de Cuidados intensivos. Hospital universitari Joan XXIII. Tarragona

NIVEL DE CONOCIMIENTOS ENFERMEROS EN MATERIA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

[1]Ceballos Gandarillas E.; [2]Díaz Gómez P.; [3]García Conde S.M.; [1]Frontaura Pérez B.;
[1]Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander
[2]Gerencia de Atención Primaria Torrelavega-Reinosa. Cantabria
[3]Unidad de Cuidados Intensivos Generales Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.Santander

ENFERMERÍA EN EL SEGUIMIENTO DE LA MONITORIZACIÓN DOMICILIARIADE LOS PACIENTES PORTADORES DE DAI

Lara Lara M.D.; Segura Saint Gerons C.; Mengibar Pareja V.; Ruiz Ortiz M.; Romo Peñas E.
Consulta Externa. Servicio de Cardiologia. Hospital Universitario Reina Sofia. Córdoba

Sala B: Modera: Alba Roca Biosca
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

VALIDACIÓN DE RESULTADOS ANALÍTICOS DE UN GASOMETRO CON MUESTRAS DE SANGRE OBTENIDAS POR ENFERMERÍA DE UN CATETER ENDOVENO

Garcia Merino A.; Roldan López R.; Segura Saint-Gerons C.; Salado Leal A.; Arroyo Moron F.; Mengibar Pareja V.
Servicio de Cardiologia. Hospital Universitario Reina Sofia. Cordoba

EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CARDIOLOGÍA ANTE UN NUEVO SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES PARA MEJORA DE SU SEGURIDAD

Roldán López R.; García Merino A.; Segura Saint-Gerons C.; Barrena Ortiz Mª.D.; Ocaña Duran A.; Sánchez Moyano M.; Bujalance Román E.; Mengibar Pareja V.
Servicio de Cardiologia. Hospital Universitario Reina Sofia. Cordoba

TESTS DE FLECAINIDA Y ADRENALINA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

[1]González Navas J.; [2]Jiménez Catena I.; [3]Martínez Quesada M.M.; [3]Rus Mansilla C.; [4]Cortez Quiroga G.; [5]Córdoba Peña C.; [1]Suárez Herreruela I.; [3]Durán Torralba C.
[1]Enfermero. Servicio de Unidad Especial y Urgencias. Hospital Alto Guadalquivir. Andujar. Jaén
[2]Enfermera. Unidad de Cardiología. Hospital Alto Guadalquivir. Andujar. Jaén
[3]Cardióloga. Unidad de Cardiología. Hospital Alto Guadalquivir. Andujar. Jaén
[4]Cardiólogo. Unidad de Cardiología. Hospital Alto Guadalquivir. Andujar. Jaén
[5]Enfermera. Servicio de Unidad Especial y Urgencias. Hospital Alto Guadalquivir. Jaén

PAPEL DE LA ENFERMERÍA ECOCARDIOGRÁFICA EN LA DETECCIÓN DE LAS ALTERACIONES MIOCÁRDICAS EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Prieto Gargantilla M.M.; Ovejero Martin G.; Sanchez Terron V.; Bernado Prats C.; Poyatos Manrubia S.; Calle Gascon X.; Robles Masuet J.; Silva Garcia E.
Hospital Clinic Barcelona. Barcelona

Sala C:

Modera: Pilar Alamillo Pérez-Grueso
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA: ELABORACIÓN DE UN CAT

Blanco Gómez M.A.
Servicio de Cardiología y Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario de La Paz. Madrid

FIBRILACIÓN AURICULAR SINTOMÁTICA: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DESDE LA UNIDAD ASISTENCIAL

Díaz Fernández A.; Dacosta Rodríguez S.; Prada Barrientos O.; Del Coz García C.; Barbón Fernández Y.; Corcho Sánchez N.; Alonso Gómez B.; Fidalgo Muñiz C.; Díaz Suárez E.
Unidad hospitalaria de cardiología y cirugía cardíaca. Hospital Universitario Central de Asturias

¿ES FIABLE EL REGISTRO AUTOMÁTICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR?

Romero Quintela M.L.; Abad Picos E.; Facorro Pallares S.; Marín Gálvez J.; Cainzos Vázquez M.; García Couto M.J.
Unidad de Corta Estancia Médica (UCEM), Complejo Hospitalario Universitario. A Coruñ

ADMINISTRACIÓN DE HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR Y COMPLICACIONES LOCALES EN PACIENTES DE CARDIOLOGÍA

Iglesias Mier T.; Alcahud Cortes C.; Lázaro Castañer C.; ; Corcoles Jiménez P.; Gonzalez Alvarez T.; Laserna Ibáñez F.; Sánchez Córcoles D.; Simarro Garrigos C.
Servicio de cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

EL FACTOR HUMANO, LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS RELACIONADOS CON INFECCION NOSOCOMIAL DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA EN CARDIOLOGIA

[1]Gálvez Deltoro M.L.; [2]Martínez Momblán M.A.
[1]Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 1Unitat Malalties Infeccioses; [2]Escola Universitaria d'Infermeria

10:00 - 11:30 h. **Sala A:** ASAMBLEA GENERAL DE LA AEEC

11:30 - 12:00 h. PAUSA-CAFÉ

12:00 - 13:30 h. **Sala A:** MESA REDONDA: INTERVENCIONES ENFERMERAS EN EL PACIENTE DE EDAD AVANZADA

Modera: Araceli Serrano Martínez
Hospital Miguel Servet. Zaragoza

En el laboratorio de hemodinámica
Jorge Mateo Díaz
Hospital Universitario Sant Joan. Reus
Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

En el laboratorio de electrofisiología
Xavier Alsina Restoy
Hospital Clínic i Provincial. Barcelona

En hospitalización de cirugía cardiaca
Manuel Angel Carmona Vera
Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

13:30 - 14:00 h. **Sala A:** PRESENTACIÓN MANUAL DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CARDÍACA

Modera: *Grupo de trabajo de prevención y rehabilitación cardiaca de la AEEC*

14:00 h. ALMUERZO DE TRABAJO

16:00 - 17:30 h. **Sala A:** MESA REDONDA: NUEVAS PERSPECTIVAS EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Modera: Dolores Gil Alonso
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Causas de descompensación en insuficiencia cardiaca
Magdalena Nebot Margalef
Hospital Universitario de Bellvitge.
Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Seguimiento tras el alta hospitalaria en consulta de enfermería
Juana Oyanguren Artola
Centro de Salud Basauri-Ariz-Vizcaya

Estrategias de gestión en insuficiencia cardiaca terminal
M. Carmen Giménez Rubio
Unidad de Gestión de Casos de Atención Primaria ICS . Tarragona

17:30 h. **Sala A:** ENTREGA DE PREMIOS

18:30 h. **Sala A:** ACTO DE CLAUSURA

21:00 h. CENA DE CLAUSURA

INFORMACIÓN GENERAL

SEDE

Palau Firal I de Congressos de Tarragona
C/ Arquitecte Rovira, 2. 43001 Tarragona

FECHAS

6, 7 y 8 de mayo 2009

ORGANIZA

Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC)

SECRETARÍA TÉCNICA

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

ACREDITACIÓN

Consejo General de Enfermería

"Actividad acreditada por el Consejo General de Enfermería en virtud de la encomienda de gestión de la acreditación de formación continuada realizada por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo, con 1,1 créditos"

Para obtener la acreditación es imprescindible asistir al 80% de las sesiones científicas (cursos de formacióny mesas redondas) y entregar debidamente el formulario de evaluación correspondiente a cada sesión. Las sesiones de comunicaciones no contabilizan para los créditos.

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

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

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA | Comité de Acreditación CASEC

Actividad acreditada con **12,7** créditos por la el Comité de Acreditación CASEC.

INSCRIPCIÓN

	Hasta el 28/02/09	Después del 28/02/09
Asociados AEEC	380 €	410 €
No asociados	430 €	460 €
Estudiantes enfermería*	70 €	70 €

(*) La cuota incluye documentación, asistencia a sesiones científicas y visita a la Tarragona romana del jueves

La cuota de inscripción incluye: Asistencia a las sesiones científicas, documentación, almuerzos, cafés, cóctel de bienvenida, visita del jueves y cena de clausura. No están incluidas las actividades del sábado.

La cuota de inscripción de estudiante incluye: documentación, asistencia a sesiones científicas y visita a la Tarragona romana del jueves.

HOTELES OFICIALES

	Hab. Individual	Hab. DUI
HOTEL AC TARRAGONA ★★★★	137 €	150 €
HOTEL HUSA IMPERIAL TARRACO ★★★★	117 €	145 €
HOTEL ASTARI ★★★	72 €	87 €
*HOTEL URBIS ★★★	67 €	75 €
HOTEL LAURIA ★★★	55 €	70 €

*El Hotel Urbis dispone también de habitaciones individuales más pequeñas (58€), en caso de estar interesados, rogamos notificación. FECHA LÍMITE RESERVAS: 24/04/09

SESIONES CIENTÍFICAS

El Auditorio August (Sala A) será la sala donde se desarrollarán las sesiones científicas, a excepción de aquellos casos en los que coincidan simultáneamente otras sesiones, en cuyo caso se utilizarán también las salas Genius (Sala B), sala Eutyches (Sala C), Sala Medusa (Sala D) y Sala Minerva (Sala E).

VISITA CULTURAL

Jueves

Tarragona romana 19.00-21.00 horas

Incluye visita a la Maqueta Romana, las Murallas, el Pretorio, Circo y el Anfiteatro.
La visita guiada a la Tarragona romana es gentileza del Patronato Municipal de Turismo de Tarragona.

Sábado

Tarragona modernista 10.00-12.00 horas

Imprescindible reservar plaza.
Precio no incluido en la inscripción: 4,20€
Incluye visita al Mausoleo de Jaime I, Rambla, Casas Salas, Bofarull y Convento de los Padres Carmelitas Descalzos, Colegio de las Teresianas, Casa Vallvé, Casa del Dr. Aleu y Teatro Metropol.

Port Aventura

La organización pone a disposición de aquellas personas que deseen ir a Port Aventura entradas a precios inferiores a los de tarifa oficial. Para poder beneficiarse de este descuento es imprescindible solicitar y abonar las mismas con anterioridad al 28 de abril de 2009.
Precio entrada adulto: 34,50€

RESTAURACIÓN

Miércoles, 6 de mayo

21.00 horas: Cóctel de bienvenida. Tendrá lugar en el Salón Nobel del Hotel Husa Imperial Tarraco (Passeig Palmeres, s/n)

Jueves, 7 de mayo

14.00 horas.Almuerzo. Tendrá lugar en el Palacio de Congresos

Viernes, 8 de mayo

14.00 horas.Almuerzo. Tendrá lugar en el Palacio de Congresos
21.00 horas. Cena de clasura. Tendrá lugar en La finca de "La Boella".

Esta finca tiene un claro origen histórico, recientemente ratificado.Parece ser que el origen de su nombre se halla en un personaje musulmán, Bu-Alla (Boella), que daba nombre a unos terrenos de cultivo donde se encuentra actualmente la edificación. La primera datación histórica de "La Boella" la hallamos en la época medieval, cuando la zona fue objeto de donación por parte del príncipe Robert el Normand. Un manuscrito fechado el 7 de marzo de 1150, certifica la donación del lugar por parte del príncipe de Tarragona a Huch y su esposa Eva, con el objeto de cultivar las tierras. "La Boella" ha tenido siempre un papel relevante en el entorno agrícola y social de la zona e incluso alguno de sus caldos (se cultivaban viñas), fueron premiados internacionalmente en la Exposición Universal de 1888 en Barcelona y en 1873 en Viena.

- La organización facilitará el traslado a la Finca La Boella. Los autobuses saldrán a las 20.00 horas. Se informará del punto de encuentro.

- Los tickets entregados con la documentación deberán ser canjeados por las invitaciones

- Habrá asignación de mesas por lo que ees imprescindible realizar la reserva de la misma

AEEC

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

Somos una organización científica sin ánimo de lucro, dirlgida a todos los profesionales de Enfermería que trabajan, en las distintas áreas de la Cardiología tanto adulta como pediátrica cuyos objetivos son:

- Promoción y mantenimiento de la salud de los ciudadanos.
- La formación comtinuada, mediante la organiación 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”
- Tenemos un portal informativo completo y actualizado en nuestra página web, sobre las actividades que realiza la AEEC y enlaces con otras actividades de nuestro ámbito; así como las normas establecidas para publicar, participar en actividades lúdico-docentes, solicitudes de becas y ayudas para proyectos de investigación, de formación y promoción de la salud.

COLABORAMOS ACTIVAMENTE CON:

- FEDERACIÓN ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA:
  - Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista
  - Sección de Electrofisiología y Arritmias
  - 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

www.enfermeriaencardiologia.com

Portal de portales

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

Información al público
www.enfermeriaencardiologia.com/publico

Comité científico
www.enfermeriaencardiologia.com/comite

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

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

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

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

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

ISSN: 1575-4146

Enfermería en Cardiología

Publicación científica de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

SUMARIO

3 Editorial del Director de la revista
4 Staff y Editorial de la Presidenta de la AEEC
5 Informe del vocal de Electrofisiología y Estimulación Cardíaca
6 Informe del vocal de Hemodinámica
8 Informe del vocal del Grupo de Trabajo de Prevención y Rehabilitación Cardíaca
9 Informe del vocal del Grupo Europeo
12 VIII Edición de los Premios de la AEEC 2008

Artículos Científicos:

13 ¿Sabe seguir la población de riesgo una dieta sin sal?
18 Información percibida sobre el proceso de donación y trasplantes de órganos
21 Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras de Atención Primaria
26 Protocolo de sedo-analgesia para prevención del espasmo radial en hemodinámica cardíaca
30 Estudio sobre la comprensión radial guiada por la tensión arterial media en el uso de introductores de 5F y 6F
36 Análisis del grado de información que recibe el paciente que va a someterse a una cardioversión eléctrica programada
44 Caso clínico: Síndrome del corazón roto. Plan de cuidados de enfermería
50 Caso clínico: Alteraciones hemodinámicas por trastornos de ansiedad en el paciente coronario
52 Caso clínico: Abordaje enfermero en paciente post-parada cardiorrespiratoria

45

Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC)

Enferm Cardiol. 2008; Año XV(45)
3.er cuatrimestre

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

PREMIOS

aeec

ASÓCIATE Y PODRÁS ACCEDER A :

2 Becas de investigación en Cardiología	3000 €

PREMIOS CONGRESO NACIONAL

1º Premio a la mejor comunicación	1500 €
2º Premio a la mejor comunicación	900 €
3º Premio a la mejor comunicación	300 €
1º Premio al mejor Póster	300 €
1º Premio al mejor Caso Clínico	300 €
2 Becas asistencia al Congreso Nacional	300 €

PREMIOS A REUNIONES CIENTIFICAS

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

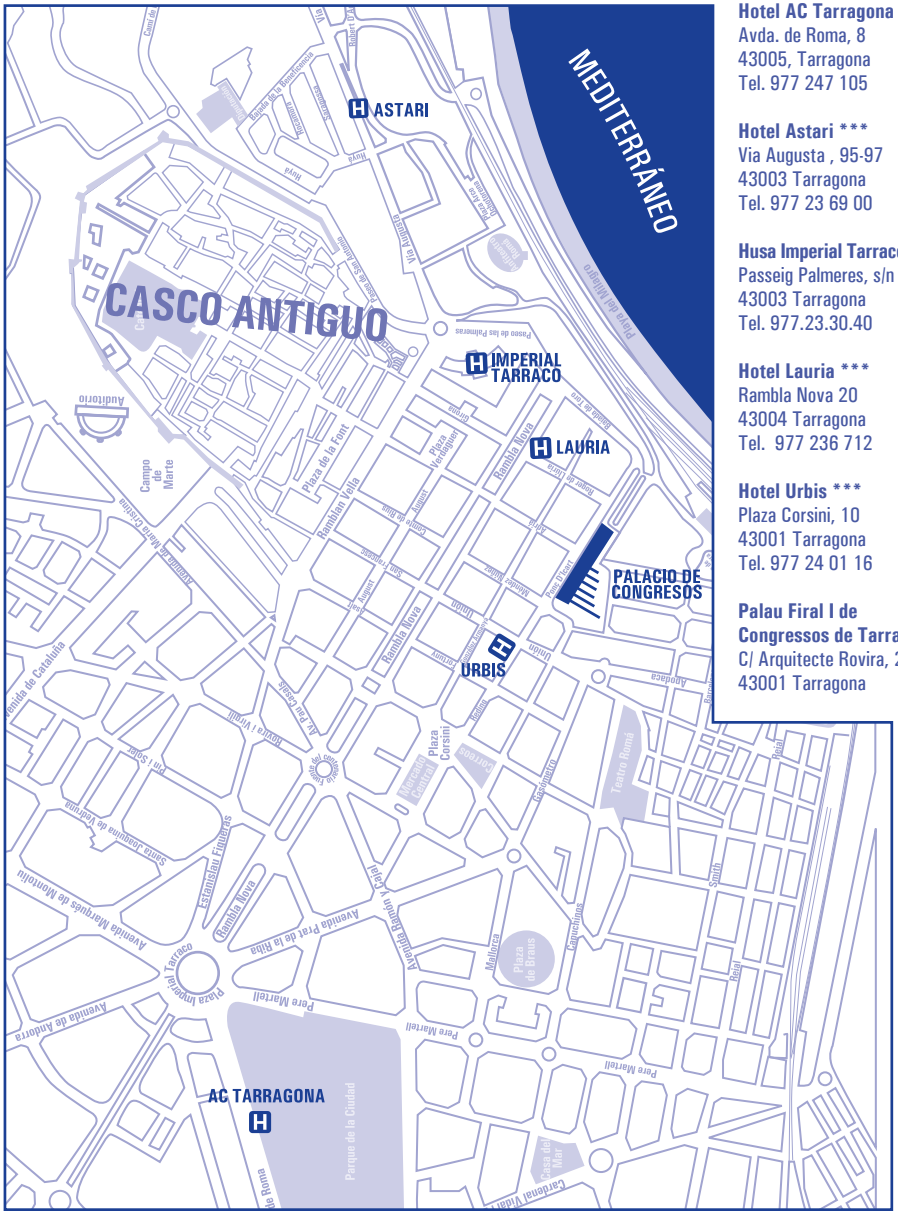
2 PREMIOS A LOS MEJORES ARTÍCULOS PUBLICADOS EN LA REVISTA:

Primer premio	600 €
Segundo premio	300 €

ASÓCIATE Y PARTICIPA

aeec
Asociación Española de Enfermería en Cardiología

PLANO



Hotel AC Tarragona ****
Avda. de Roma, 8
43005, Tarragona
Tel. 977 247 105

Hotel Astari ***
Via Augusta , 95-97
43003 Tarragona
Tel. 977 23 69 00

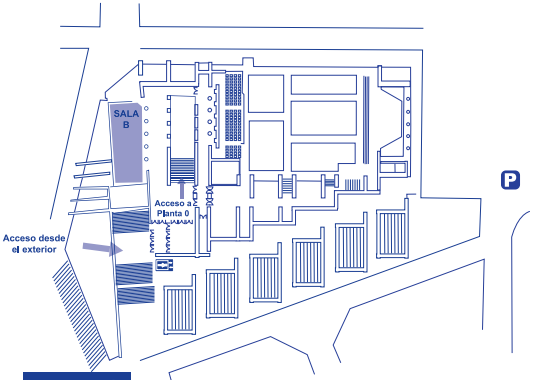
Husa Imperial Tarraco ****
Passeig Palmeres, s/n
43003 Tarragona
Tel. 977.23.30.40

Hotel Lauria ***
Rambla Nova 20
43004 Tarragona
Tel. 977 236 712

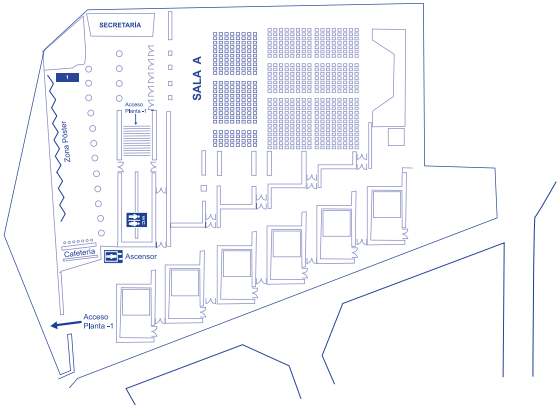
Hotel Urbis ***
Plaza Corsini, 10
43001 Tarragona
Tel. 977 24 01 16

Palau Firal I de Congressos de Tarragona
C/ Arquitecte Rovira, 2.
43001 Tarragona

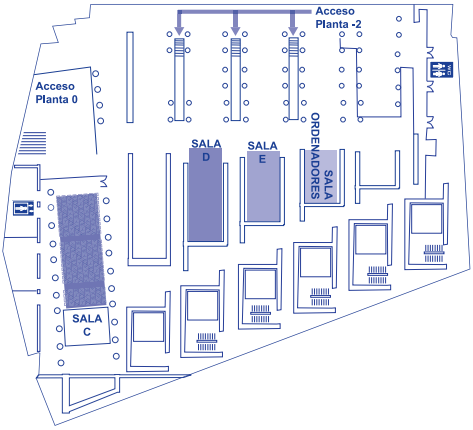
PLANO PALACIO DE CONGRESOS



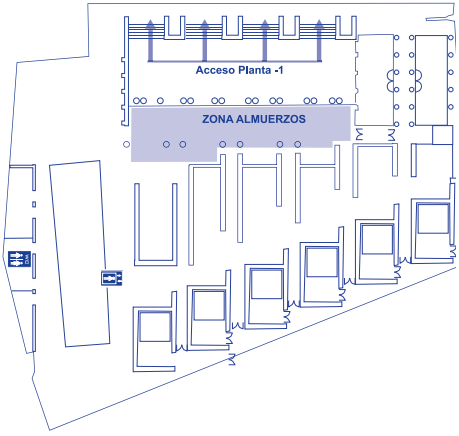
PLANTA 1



PLANTA 0



PLANTA -1



PLANTA -2

PLANTA 1

SALA B (Sala Genius)

PLANTA 0

SALA A (Sala August)
SECRETARÍA TÉCNICA

PLANTA -1

SALA C (Sala Eutyches)
SALA D (Sala Medusa)
SALA E (Sala Minerva)
SALA ORDENADORES (Sala Isis)

PLANTA -2

ZONA ALMUERZOS

BAÑOS

ASCENSOR

INSTITUCIONES

patronat municipal de turisme TARRAGONA

FIVIN
FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN DEL VINO Y LA NUTRICIÓN

SATSE Sindicato de Enfermería Tarragona

CDCB
Costa Daurada ConventionBureau

Universitat Rovira i Virgili
Escola Universitària d'Infermeria

EMPRESAS

OTRAS INSTITUCIONES COLABORADORAS:

Aigues Viladrau
Colegio de Enfermería
Denominación Origen Tarragona
Museo Arqueológico Nacional de Tarragona
Oficina Comarcal del Baix Camp
Termes Montbrió

EMPRESAS COLABORADORAS:

Arlington Medical International
Philips Ibérica
Borges
Terumo
Diputación
Johnson & Johnson
Boston Scientific Ibérica
Laboratorios Abbott
Grupsagessa
Cardioimplant
Biotronik
Medtronic
Movaco
Sorin Goup
Philips

COMUNICACIONES

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 7 de mayo - Salas B - 09.00-10.00h

INGESTA DE PSICOFÀRMACOS EN PACIENTES SÓMETIDOS A ERGOMÉTRIA

Torres García A.; Álvarez-Rúa Martínez A.; Díaz Pedreira G.; Martel González M.

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr.Negrin. Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN: Cuantificar la toma de psicofármacos, en pacientes con patología cardiaca durante la ergometría.

OBJETIVOS: Conocer si los fármacos guardaban relación con los resultados de las pruebas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron 461 pacientes, que estaban recibiendo tratamientos ansiolíticos y/o antidepresivos, valorando: la edad, sexo, indicación de la prueba, factores de riesgo cardiovascular, tabaquismo, peso, talla, fibromialgia y otras enfermedades; así como los resultados de las pruebas ergométricas.

RESULTADOS: El 87% de los pacientes encuestados, tomaban ansiolíticos y el 24,5% antidepresivos.
Se estudiaron 225 varones, la edad media de éstos fue de 57 años; las mujeres valoradas fueron 236, cuya edad media era 59 años.
Diagnóstico en ambos sexos: dolor torácico atípico (61%), HTA (54,2%), seguimiento de cardiopatía isquémica (31,5%), infarto de miocardio (31,9%), dislipemia (48,2%), diabetes mellitus (24,3%), tabaquismo (45,6%), fibromialgia (14,3%), antecedentes familiares (64,6%).
Los ansiolíticos más utilizados fueron: alprazolan (71,5%), diazepan (45,4%) y lorazepan (53,9%).
Los resultados finales de las ergometrías en varones positivos (24%), en mujeres (13,6%).
Resultados negativos en varones (71,6%), en mujeres (63,6%).
Resultados indeterminados en varones (8,4%) y en mujeres (22%).

CONCLUSIONES:
1) Aumento considerable de la ingesta de psicofármacos.
2) El uso de éstos no difiere en ambos sexos.
3) La presencia de pruebas de esfuerzo indeterminadas, se relacionó de forma muy significativa con el sexo femenino, diagnosticadas de fibromialgia.

OPTA A PREMIO

MANEJO DE LA CEFALEA EN LOS PACIENTES CORONARIOS TRATADOS CON NITROGLICERINA

Velasco Guillen M.C.; Anguera Saperas L.; Garcia Grau N.; Alamillo Perez-Crueso P.; Roca Biosca A.; Rubio Rico L.

Servicio Medicina Intensiva. Unidad Coronaria. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

INTRODUCCIÓN: La administración de nitroglicerina (NTG) es un tratamiento en el que participa activamente enfermería. La cefalea es un efecto secundario común del fármaco que altera el bienestar del paciente.

OBJETIVOS: Determinar factores asociados a la aparición de cefalea tras administrar NTG.
-Valorar si el manejo del paciente con cefalea es adecuado.
-Elaborar un plan de cuidados que asegure su bienestar.

MATERIAL Y METODO: Estudio prospectivo y descriptivo en una Unidad Coronaria. Periodo de estudio: 4 meses. Incluidos los pacientes ingresados durante el periodo de estudio que requirieron tratamiento con NTG.
Para evaluar las características de la cefalea se elaboró un cuestionario con las principales variables asociadas a su aparición. La intensidad del dolor se midió con la escala analógica visual (EVA): dolor moderado > 3 y severo > 6.
Variables dependientes: incidencia cefaleas, adecuación de la gestión del dolor.

RESULTADOS: Pacientes ingresados: 167; precisaron tratamiento con NTG: 57, presentaron cefalea: 21.
El riesgo de cefalea se duplicó en pacientes con antecedentes de migraña OR2, 07 (IC 95% IC 0,52-8,25).
La media de intensidad de dolor fue: EVA 5,14 ±2,79. El 42,9% de pacientes no comunicó el dolor y éste cedió el 92% de los casos después del analgésico.

CONCLUSIONES: Los factores asociados a la aparición de cefalea fueron: vía de administración y antecedentes de migraña.
El manejo del dolor está condicionado por el nivel de comunicación del paciente.
Es necesario establecer un plan de cuidados que incluya analgesia pautada desde el ingreso del paciente.

SEGURIDAD DEL PACIENTE FRENTE A LA TOMA DE MEDICAMENTOS: ADMINISTRACIÓN DE ENFERMERIA POR PRINCIPIO ACTIVO

Berral Baeza T.; Muñoz Medina M.; López Malo de Molina M.D.; Yanguas Bayona C.; Romero Alberca A.; Luque López R.; Salado Leal A.; Mengibar Pareja V.

Servicio de cardiologia. Hospital Universitario Reina Sofia. Cordoba

INTRODUCCIÓN: Desde la entrada en vigor en Andalucía de la norma sobre prescripción de medicamentos por principia activo, en nuestro Hospital se empezó a utilizar un sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias y por principia activo, siendo en octubre de 2004 el inicio de su utilización en nuestra Unidad de Cardiología, en este sistema la medicación se dispensa de forma personalizada a cada paciente.

OBJETIVO: Mostrar nuestro sistema de administrar los medicamentos, fomentando la autonomía del paciente cardiológico en la toma segura del tratamiento por una adecuada educación sanitaria, ya que los errores son la causa individual prevenible sobre la que podemos incidir el personal de enfermeria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo sobre 1503 pacientes, ingresados en nuestra unidad desde Enero a Diciembre de 2008 (1241 pacientes de cardiología y 262 de otras especialidades) y la utilización del sistema informático en el que se hace patente la colaboración entre médico, enfermera y farmacéutico, aumentando así la seguridad en la utilización de los medicamentos.

RESULTADOS: En el 100% de los pacientes polimedicados que reciben información sobre los aspectos esenciales para el uso seguro de medicamentos, presenta un mayor cumplimento terapéutico con mayor implicación sobre el seguimiento de su enfermedad.

CONCLUSIONES: La labor coordinada en el medio hospitalario en la administración de medicamentos (dosis unitaria, conocimiento del principio activo, educación sanitaria al paciente y cuidador principal) por enfermería garantiza mejor la calidad y seguridad, contribuyendo a prevenir la aparición de problemas relacionados con la toma de medicamentos al alta del paciente, una mayor autonomía y prevención de complicaciones.

OPTA A PREMIO

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA: REVISIÓN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, PROTOCOLOS E INTERVENCIONES

Farias Martín M.; Blázquez Bautista S.; Muñoz Sánchez R.; Moreno Rodríguez A.; Borrego Blanco B.;

Unidad de Coronarias. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca

INTRODUCCIÓN: La problemática sobre la prescripción enfermera, nos plantea hacer una revisión sobre las intervenciones de enfermería que realizamos en nuestra unidad. Nos centramos sobre todo en la prescripción colaborativa protocolizada que supone el seguimiento de un protocolo pactado dentro del equipo sanitario.

OBJETIVO: Identificar los fármacos más utilizados en la unidad. Revisar si las intervenciones de enfermería están dentro de lo que se considera prescripción enfermera. Actualizar y consensuar los protocolos de medicación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad, desde el día 1 de Enero al 30 de Abril de 2008. De las 395 historias, hemos revisado 250 de forma aleatoria, centrándonos en el tratamiento farmacológico en el que enfermería interviene de manera más autónoma.

RESULTADOS: De las 250 historias revisadas, 180 fueron varones y 70 mujeres, con una edad media 69,2 años. En los medicamentos que más intervenimos fueron: en la Dopamina en 31 enfermos, en la Dobutamina en 19, en la Nitroglicerina en 93, en los analgésicos en 99, en los anestésicos locales en 33, en el Oxígeno 172, en el Primperam en 19, en la Insulina en 18, en el Cl K en 41 , en el Midazolam en 19 y en la Atropina en 9 casos.

CONCLUSIONES: Nuestro estudio demuestra: La conveniencia de tener protocolos actualizados. Y que las intervenciones diarias de enfermería incluyen prescripción farmacológica de diferentes maneras: Prescripción delegada, manejando dosis-respuesta. Prescripción mediante protocolos consensuados. Prescripción directa en situaciones de urgencia.

OPTA A PREMIO

CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PRESCRITO EN PACIENTES CARDIACOS

Cruzado Álvarez C.; Flores Gordo S.; Bru Torreblanca A.; De los Ríos Pérez J.; López Rodríguez B.;

Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

INTRODUCCIÓN: La adscripción al tratamiento es fundamental en pacientes coronarios; posibilita el control de síntomas, previene nuevos eventos y evita la progresión de la enfermedad. Algunos estudios vienen a señalar que entorno al 25-50% de los pacientes no toman adecuadamente la medicación prescrita. Para un correcto cumplimiento del tratamiento el paciente debe conocer la medicación que se le ha prescrito, su uso y el propósito de la misma

OBJETIVO: 1.Evaluar con indicadores NOC, el conocimiento del tratamiento prescrito que tienen los pacientes coronarios atendidos en consultas externas. 2.Verificar el grado de cumplimiento en la toma de la medicación prescrita. 3.Identificar intervenciones enfermeras para mejorar la adscripción al tratamiento.

MÉTODO: Estudio descriptivo transversal. Se realizó entrevista abierta y estructurada a los pacientes en la que se recogieron datos demográficos y clínicos: diagnóstico médico y tratamiento farmacológico. Se compararon las respuestas con la historia clínica dándoles valores según NOC; Conocimiento: medicación. El cumplimiento automedicado se valoró según metodología de Haynes y Sackett.

RESULTADO: N = 51. Edad media 62.6 años (33-88). El 62.7% fueron mujeres. Reciben información del tratamiento por la enfermera el 2%. El 25.5 % se reconocen malos cumplidores según metodología de Haynes y Sackett. Se aprecia significación estadística (p=0.005) entre el porcentaje de pacientes con un buen grado de compresión uso de la medicación (NOC ³4) y un óptimo conocimiento del diagnóstico.

CONCLUSIONES: Se hace necesario fomentar las intervenciones enfermeras relacionadas con el área de conocimientos para mejorar la adscripción al tratamiento.

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 7 de mayo - Salas C - 09.00-10.00h

¿ES POSIBLE EL CAMBIO DE HÁBITOS TRAS UN ACCIDENTE CORONARIO?

Castelao Alvarez A.; García Uriarte M.A.; Sanchez Plaza R.; Augé Garcia L.; Salazar García A.; Garreta Campanera, R.

Centro de Atención Primaria de Sant Pere i Sant Pau. Tarragona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Ante la prevalencia de Patología Cardiovascular en el ámbito de la Atención Primaria y la importancia de le Prevención secundaria para evitar posibles recidivas, decidimos cuantificar los cambios en los hábitos de vida de los pacientes a los que se le realizo intervención en hábitos saludables, tras haber sufrido un episodio coronario agudo.

METODOLOGIA: Estudio descriptivo transversal .Se seleccionan cincuenta y tres pacientes diagnosticados en los tres últimos año de Infarto Agudo de Miocardio, Angina de Pecho e Insuficiencia Cardiaca del total de pacientes de nuestro centro. Variables: edad, sexo, obesidad, diabetes, Hipertensión Arterial, Obesidad, alcohol, ejercicio, medicación, y la intervención educativa en nuevos hábitos.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes fue de 67años, de los cuales el 54,7% fueron mujeres. El 49% continuaban siendo obesos y el 50% continuaba sin realizar ejercicio físico. El 24% de la muestra abandonó el hábito tabáquico, el resto no eran fumadores y solo el 3% continuaba fumando. El 11,32% seguían consumiendo alcohol. El 56% de los pacientes eran además hipertensos y el 18% diabéticos. El 54.71% de los pacientes tenían prescrito tratamiento antiagregante y el 37, 73% betabloqueante.

CONCLUSIONES: El sedentarismo y la obesidad siguen siendo las variables más difíciles de modificar y mantener. Un reto para la enfermería en Atención Primaria que requiere de programas nuevos a los que dar impulso como quizás "Tarragona Camina".

OPTA A PREMIO

INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE CARDIACO

Pérez Ortega S.; Eseverri Rovira M.; Vidorreta Gracia S.; Vivas Tovar M.E.; Castillo Valldeperas M.; Pérez-Villa F.; Roig Minguell E.

Unitat de Transplantament Cardíac. Institut del Tòrax. Corporació Sanitaria Clínic. Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Los pacientes sometidos a trasplante cardiaco requieren tomar medicación de forma crónica, tanto inmunosupresora para evitar el rechazo como la necesaria para otras enfermedades concomitantes. Es imprescindible modificar los niveles plasmáticos de los inmunosupresores de forma continuada, para conseguir el efecto deseado con los mínimos efectos secundarios. El cumplimiento terapéutico se puede medir de forma cuantitativa y/o cualitativa, y ésta no es fácil puesto que intervienen diferentes factores.

EL OBJETIVO: El objetivo del estudio es determinar la prevalencia del cumplimiento terapéutico en el paciente trasplantado de corazón.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se han incluido 100 pacientes que fueron sometidos a trasplante de corazón en nuestro hospital hasta diciembre de 2007. Utilizamos como método indirecto el test de Morisky-Green ampliado y como método directo los niveles de inmunosupresores en sangre.

RESULTADOS: Los pacientes tienen una media de edad de 60,93±9,64, y un 78% de hombres. Mayoritariamente con estudios primarios y en situación de baja o invalidez. Según el test de Morisky-Green el 47% de los pacientes son incumplidores, de estos el 89% afirma que olvida en pocas ocasiones tomar la medicación. Los pacientes toman una media de 10,69±2,99 medicaciones al día, y solo el 55% conoce para que sirve la medicación que toma. Presentaron rechazo 3A un 56% de los pacientes, de los cuales un 64% eran no cumplidores. Un 48% de los pacientes que precisaron cambios en medicación inmunosupresora eran incumplidores.

CONCLUSIONES: Los pacientes trasplantados presentan un alto nivel de incumplimiento terapéutico, que no difiere de los niveles para otras enfermedades. Pese a que el 80% de los pacientes se trasplantaron de forma electiva y con el conocimiento de todo el proceso y tratamiento posterior, debemos incidir más en la importancia del cumplimiento terapéutico, ya que esto influye directamente en la aparición de rechazo. La función de enfermería es muy importante y básica para lograr conseguir unos resultados más óptimos.

OPTA A PREMIO

ANÁLISIS SOBRE LA EFICACIA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

Alba Saá F.; Blanco Antolín C.; Alcalá Sánchez M.M.; Ruiz Olgado M.J.; Pacios Pacios M.A.;

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca

INTRODUCCIÓN: La educación para la salud asegura la continuidad de los cuidados ofrecidos durante el ingreso y mejora el cumplimiento terapéutico. Estas recomendaciones se transmiten de forma verbal o por escrito, siendo esta última modalidad más segura y duradera en el tiempo.

OBJETIVOS: Analizar si la entrega de recomendaciones por escrito al alta por parte de Enfermería es más eficaz en relación con el cumplimiento terapéutico y la comprensión del proceso patológico propio, que las que se realizan verbalmente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Muestra aleatoria de 114 pacientes, a 53 de ellos se les ha dado la información sobre su motivo de ingreso, proceso patológico, cuidados de enfermería al alta y medicación prescrita y sus principales efectos secundarios, de forma oral y ratificada por escrito, y un grupo control de 61 pacientes que recibían esta información de forma oral.

RESULTADOS: El 7,7% de los pacientes del grupo control refiere no haber tomado correctamente la medicación prescrita frente al 2,9% de los del grupo de estudio que no lo hicieron. Reingresaron mas los controles que los casos. En cuanto al estilo de vida, se vió modificado casi en el doble de los casos que en los controles, mientras que la disminución de peso fue bastante similar en ambos grupos.

CONCLUSIONES: Nuestro estudio determina la tendencia que tienen los pacientes a mejorar el cumplimiento terapéutico y a sufrir menos reingresos hospitalarios, si la información recibida se realiza de forma oral y se ratifica por escrito, que en aquellos a los que se les transmite exclusivamente de forma oral.

DESHABITUACIÓN TABAQUICA: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE UN PROGRAMA ESPECÍFICO DE EDUCACIÓN SANITARIA

Fernández Alonso MJ; Fernández Menéndez C; Fernández Suárez S; Martínez Cuervo;

Unidad Coronaria. Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN: El tabaco es el principal factor de riesgo cardiovascular, causante del 50% de las muertes evitables y del 29% de las muertes por enfermedad coronaria. Por ello, la deshabituación tabáquica constituye parte fundamental de la prevención secundaria en la rehabilitación cardiológica. El apoyo al paciente mediante programas educativos supone un refuerzo importante para concienciar y estimular al mismo en el abandono del tabaco.

OBJETIVO: Valorar a largo plazo, la efectividad de la intervención educativa durante la estancia del paciente en la Unidad de Coronarias. Para ello se elaboró un programa de Educación Sanitaria antitabáquico centrado en dos aspectos: 1) Información de la influencia del tabaco como factor de riesgo en la enfermedad coronaria. 2) Medidas estratégicas de ayuda para el abandono del tabaco.

METODOLOGÍA: Se incluyeron 162 pacientes fumadores con una edad media de 61 ± 10. Se hizo el seguimiento a los 4 años de su ingreso en la Unidad de Coronarias mediante una encuesta telefónica para valorar las siguientes variables: • Fuma en la actualidad. Si/No • Reanudó el hábito antes de 1 año o después. • Reingresos posteriores. Si/No • Reingreso en servicio de cardiología/otro. • Si éxitus: causa cardiovascular/otras causas.

RESULTADOS: Al finalizar el seguimiento habían dejado de fumar 73 pacientes (47,71%) y continuaban fumando 89 pacientes (54,9%). De los pacientes que han vuelto a fumar lo han echo antes de un año 39 pacientes (43,81%) y después del año 50 pacientes (56,17%). Ingresos por causas cardiológicas: 21 pacientes (60%). Ingresos por otras causas: 14 pacientes (40%). Entre los pacientes que habían dejado de fumar hubo 13 ingresos (17,08%): 7 por causas cardiológicas y 6 por otras causas. Entre los fumadores hubo 22 ingresos (24,7%): 14 por causas cardiológicas y 8 por otras causas. De los pacientes que fueron éxitus: 5 lo fueron por causas cardiológicas y 7 por otras causas.

CONCLUSIÓN: 1) El programa educativo se constató como eficaz durante un período de tiempo post-instauración de 1 año. A los 4 años de seguimiento, algo más de la mitad de los pacientes volvieron a fumar, lo que muestra una baja adhesión al programa educativo a largo plazo. 2) En cuanto a porcentaje de ingresos, es significativo que los pacientes que siguieron fumando tuvieron una tasa de ingresos casi doble al de los pacientes que abandonaron el tabaco y que las causas del ingreso en los no fumadores fueron tanto por problemas cardiológicos como por otras patologías, mientras que en los fumadores las causas cardiológicas fueron el motivo de ingreso en más de la mitad de los casos. 3) Dada la importancia de erradicar este factor de riesgo, se hace necesario reforzar las medidas demostradas como eficaces. 4) La instauración de un programa educativo específico para la deshabituación tabáquica resulta eficaz a corto plazo. Sería interesante comprobar su eficacia a más largo plazo.

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 7 de mayo - Salas D - 09.00-10.00h

FASES DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS

Cisneros González L.; Alconero Camarero A.R.; Bonnick G.; Hubbard W.N.

Servicio de Cardiología. Royal United Hospital. Bath (Inglaterra). Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

INTRODUCCIÓN: Los programas de rehabilitación cardíaca (PRC) efectuados en una unidad intensiva cardiológica han demostrado su eficacia en cuanto al incremento en la capacidad funcional, el control de los factores de riesgo coronarios, la reducción de la sintomatología y la mejora del deterioro psicológico.

OBJETIVO: Describir las fases de rehabilitación en pacientes con enfermedad cardiaca aguda.

METODOLOGÍA: El escenario donde se ha llevado a cabo el estudio ha sido un hospital al este de Bristol (Inglaterra).Las fases PRC han sido cuatro. Todos los pacientes firmaron el registro de consentimiento habitual de la unidad.

RESULTADOS: Un 70% de los pacientes acuden en la fase 3, el 30% restante no lo realizan por presentar edades avanzadas y problemas de movilidad importantes. Las fases, comprendían los siguientes datos:(1) todos aquellos pacientes diagnosticados de SCA de bajo riesgo.(2) Pacientes sometidos a cirugía cardiaca, del tipo de derivación coronaria, valvular .(3) Pacientes sometidos a angioplastias, postoperados de cirugía cardiovascular y con desfibrilador automático implantable. (4) Esta fase no se realiza en el hospital.

CONCLUSIONES: La rehabilitación cardíaca en pacientes de bajo riesgo diagnosticados de un infarto agudo de miocardio, quirúrgicos y los sometidos a procedimientos u otro tipo de tratamientos van dirigidos a modificar el perfil de riesgo mediante la adquisición de hábitos y estilos de vida cardiosaludables.

AUTONOMÍA DE LA ENFERMERÍA EN LA FASE 1 EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

[1]Cisneros González L.; [2]Alconero Camarero A.R.; [1]Bonnick G.; [1]Hubbard W.

[1]Servicio de Cardiología. Royal United Hospital. Bath (Inglaterra)
[2]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

INTRODUCCIÓN: La creación de unidades de rehabilitación cardiaca (RC) fue propuesta por la Organización Mundial de la salud en los años sesenta, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el pronóstico de los enfermos cardiópatas. Constan de varias fases, la primera (fase I) de la rehabilitación corresponde al ingreso hospitalario ("Fase aguda de la enfermedad") siendo esta fase donde se realizará la evaluación inicial del paciente.

OBJETIVO: Describir la RC en la fase I en pacientes con SCA.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo y retrospectivo, desde enero a diciembre del 2008 a todos los pacientes con un síndrome coronario agudo. La enfermera de la Unidad Coronaria (UC) será quién contactará con la enfermera de RC siendo la responsable de que el paciente realice la fase I (FI). El tiempo de incorporación en esta fase dependerá del tipo de Infarto que haya sufrido el paciente.

RESULTADOS: Fueron 149 los pacientes que han entrado en el programa FI de RC, 71% hombres y mujeres 29%, con una edad media de 70 años. De estos pasaron a la segunda fase 70%. La FI tiene una duración entre 30-60 min, abarcando todos los temas referidos al estilo de vida, factores de riesgo, y las pruebas diagnosticas, incluyendo toda la información demandada.

CONCLUSIONES: En esta fase la enfermera tiene autonomía para decidir cuando el paciente entra en programa o no. Se realiza movilización temprana, y ejercicios de fisioterapia de baja intensidad, así mismo se inicia la valoración y apoyo psicológico y social tanto al enfermo como a su familia.

TEST DE LIPKIN

Martínez Casas S; González Llorens C; Manzano Sánchez T; Santamaría Laín R;

SCIAS-Hospital de Barcelona. Barcelona

INTRODUCCIÓN: El test de Lipkin se derivó de la prueba de trote de 12 minutos propuesto por Cooper. Esta prueba mide los metros recorridos en 6 minutos, está indicada en pacientes con cardiopatía isquémica, miocardiopatía dilatada que no son candidatos a una prueba de esfuerzo.

OBJETIVO: Evaluar de forma periódica la capacidad funcional a los pacientes con enfermedades cardiovasculares, bajo monitorización cardiaca valorando la aparición de posibles arritmias y lectura del ST.

MATERIAL Y MÉTODO: Los pacientes permanecieron con monitorización cardiaca continua por telemetría llevando ropa y calzado cómodo, caminando por una superficie señalizada plana a un ritmo ligero manteniendo la intensidad sin interrupciones. La prueba se suspendió ante la aparición de disnea, arritmia o angor. Se llevo a cabo control de los signos vitales y ECG al inicio y finalización de la prueba analizando los datos registrados mediante el control por telemetría.

RESULTADOS: Se estudiaron 20 casos, de los cuales 11 estaban diagnosticados de miocardiopatía dilatada en tratamiento, 6 con cardiopatía isquémica, 2 con arritmias cardiacas y 1 de sincope .La clase funcional que presentaron fue de (IV) 1 caso, (III) 18 casos; (II)1 caso. No hubo alteraciones significativas durante la realización del test, excepto en uno de ellos que presentó disnea y complejos ventriculares prematuros.

CONCLUSIONES: Es una herramienta de evaluación rápida, de gran utilidad para determinar la tolerancia a esfuerzos submáximos, permite la comparación y evolución de la capacidad funcional tras tratamiento, con bajo coste y sin riesgos. No siempre evita realizar otros procedimientos más complicados o invasivos.

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Rubio Jurado I.M.; Pérez Pacheco M.P.; Ramírez Zurita C.; Muñoz Villarreal A.B.; Luque Serrano M.L.; Hinojosa Caro R.; Pedrajas Ortega M.I.; Garcia Rojas E.;

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardiaca (IC) se ha involucrado en el deterioro progresivo del estado nutricional del paciente para cuya valoración la antropometría ha demostrado ser un método eficaz.

EL OBJETIVO: El objetivo de nuestro estudio fue analizar el estado nutricional de pacientes ingresados con IC mediante parámetros antropométricos.

MATERIAL Y MÉTODO: Se analizaron parámetros antropométricos validados para la valoración nutricional en 208 pacientes ingresados en nuestro servicio por IC entre enero de 2007 y marzo de 2008. Los parámetros antropométricos obtenidos fueron distribuidos según los percentiles establecidos para cada rango de edad y sexo.

RESULTADOS: La edad media fue de 73± 10 años, el 54% eran varones y el 56% enfermos con IC previa que habían sufrido una descompensación. El 68% de los pacientes presentaban un índice de masa corporal por encima del rango de normalidad (sobrepeso el 35,6% y obesidad el 32,7%). El 72% presentaban un pliegue tricipital superior al percentil 50, situándose por encima del 95 el 30% de la muestra y sólo un 5,3% por debajo del percentil 5. Los porcentajes se invirtieron al analizar el perímetro muscular del brazo, de forma que el 72,5% de los pacientes se encontraban por debajo del percentil 50, situándose el 21,6% de la muestra por debajo del percentil 5, mientras que sólo el 2,4 lo hizo por encima del 95.

CONCLUSIÓN: En nuestra experiencia el paciente hospitalizado con IC presenta una elevada prevalencia de obesidad y sobrepeso, junto a una marcada reducción del compartimiento muscular corporal a expensas de un incremento del tejido graso.

OPTA A PREMIO

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN DE REFERENCIA

Sánchez Lomares R.; Cazorla Roca M.; Rodríguez Pérez M.; Sánchez García M.; Galán Fernández S.; Galvez Colmena J.; Sánchez Llobera E.; Herrera Tránchez A.; Gusi Tragant G.

Gabinete de Cardiología. Corporació Parc Taulí. Sabadell. Barcelona

INTRODUCCION Y OBJETIVOS: Según la Organización Mundial de la Salud, la práctica regular de actividad física se asocia con un menor riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares. Nuestro objetivo fue conocer la actividad física de la población de referencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: 150 pacientes que acudieron a nuestra consulta para la colocación de holter a los que se les recogió una encuesta sobre datos demográficos, trabajo relacionado con la actividad física, deportes y si pasean a diario.

EL MÉTODO: El método estadístico utilizado fue básico con soporte informático Excel.

RESULTADOS: Edad media 57.9 %. El 54% hombres y 46% mujeres, el 74.7% status medio, 43% estudios básicos, 56.7% trabajo sedentario, 14.7% trabajo activo, 12% practican deporte y el 52% pasean a diario.

CONCLUSIONES: En la muestra analizada constatamos un número elevado de personas sedentarias a pesar de que la gran mayoría de pacientes tenían una edad, comprendida entre 40-45 años y disponer de una infraestructura no aprovechada. Enfermería como responsable de la prevención y promoción de la salud ha de buscar nuevos métodos, para educar a la población sobre la importancia de la actividad física para la salud cardiovascular.

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 7 de mayo - Salas A - 11.30-12.30h

OPTA A PREMIO

DIME CORAZÓN, ¿QUÉ SABES DE TU ENFERMEDAD Y QUE TE GUSTARÍA SABER?

Beistegui Alejandre I.; Aguayo Esgueva B.; Elorza Ozaeta Z.; Viñuela Bravo Y.; Jimenez de Aberasturi Sasiain A.; Echavarri Escribano, M.

Servicio de Cardiología y Neurología 6ªB. Hospital Santaigo Apóstol. Vitoria

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardiaca (IC) se ha convertido en un importante y creciente problema de salud en los países desarrollados, debido, principalmente, al envejecimiento de la población. En nuestro país supone la principal causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años y la tercera causa de mortalidad cardiovascular.

OBJETIVOS: Conocer qué grado de información tienen los pacientes sobre su patología. Detectar áreas de mejora y áreas fuertes en la educación sanitaria de enfermería. Mejorar la autonomía y calidad de vida de los pacientes con IC, disminuyendo la morbilidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Se encuesta a los pacientes ingresados con IC en nuestra unidad para detectar el grado de conocimiento sobre su enfermedad, en diciembre del 2008. Revisión bibliográfica. Análisis de los datos clínicos-estadísticos de los ingresados en el 2007 con el diagnóstico de IC.

RESULTADOS: Ingresaron por IC 284, 48 reingresaron. Encuesta: 25 personas. Edad media: 73,12 años. Conocimiento sobre tratamiento farmacológico: La mayoría desconocía las indicaciones del tratamiento y un 100% los efectos adversos. Un 76% no habían recibido nunca educación sanitaria de enfermería. El 40% conoce los síntomas de alarma. El 48% realiza dieta hiposódica. Intereses educacionales: 52%: causas de su enfermedad y factores de riesgo. 64%: reagudizaciones. 56%.: Dieta Los intereses educacionales de los pacientes y cuidadores informales diferían.

CONCLUSIONES: Se detecta un déficit importante de conocimiento sobre la IC en nuestros pacientes y cuidadores. Importante implicar a los dos grupos (pacientes y cuidadores), en la educación sanitaria, siendo el objetivo final la mejora de la calidad de vida.

OPTA A PREMIO

NUEVOS RETOS EN LA ATENCION DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CRÓNICO CON INSUFICIENCIA CARDIACA. (IC)

Aguayo Esgueva B.; Beistegui Alejandre I.; Elorza Ozaeta Z.; Jimenez de Aberásturi Sasiain A.; Viñuela Bravo Y.; Echavarri Escribano M.

Servicio de cardiología y neurología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome de alta prevalencia; provoca consecuencias negativas en la calidad de vida de quien las padece. La demanda sanitaria del paciente ha evolucionado, desde una perspectiva paternalista, hacia una holística. La relación enfermera-paciente está cargada de emociones. El paciente es más vulnerable, siente una pléyade de emociones negativas, esperando de nosotras un trato que preserve su dignidad.

OBJETIVOS: Reflexionar sobre nuestro papel como enfermeras en la atención al paciente crónico con IC. Realizar un juicio crítico sobre nuestro quehacer diario como área de mejora.

MATERIAL Y METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica. Autorreflexión sobre cómo queremos trabajar y cómo tiene que ser la relación con el enfermo. Reuniones de grupo. Puesta en común.

RESULTADOS: "... En nuestro medio hospitalario, no siempre tenemos tiempo, debido a múltiples factores, para prestar una atención integral de calidad a los pacientes, quedándonos sólo en la prestación asistencial en el cuadro agudo.... " "... No se implica, en la educación sanitaria, al cuidador informal, cuando sobre éste recae el cuidado al alta del paciente...". "... De nada sirven todos nuestros esfuerzos, si al paciente no le hacemos partícipe de su proceso de salud..."

CONCLUSIONES: Las enfermeras tenemos la responsabilidad no sólo de prestar asistencia, sino que también tenemos que ayudar a afrontar la incapacidad, respetar sus valores y creencias, atendiendo a sus necesidades educativas. Es un reto para las enfermeras elaborar guías y sesiones de educación sanitaria en las unidades de hospitalización Creemos importante reflexionar sobre nuestro trabajo diario para dar un paso más en los cuidados prestados.

UTILIDAD DE LA ENCUESTA MNA (MINI NUTRICIONAL ASSESSEMENT) EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Muñoz Villarreal A.B.; Pérez Pacheco M.P.; Ramírez Zurita C.; Luque Serrano M.L.; Hinojosa Caro R.; Pedrajas Ortega M.I.; Rubio Jurado I.M.; García Rojas E.

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN: La elevada morbimortalidad que presenta la insuficiencia cardíaca (IC) hace imprescindible la identificación de los pacientes más vulnerables. La encuesta de valoración nutricional Mini Nutricional Assessment (MNA) ha sido validada para la valoración del estado nutricional.

MATERIAL Y MÉTODO: Entre enero de 2007 y marzo de 2008, 208 pacientes fueron dados de alta consecutivamente desde nuestro servicio con el diagnóstico de IC. Se obtuvieron los datos necesarios para cumplimentar la encuesta MNA, y se distribuyó a los pacientes según las tres categorías establecidas en la misma.

RESULTADOS: La edad media de la serie fue 73±10 años. El 54% fueron varones y el 56% eran pacientes diagnosticados previamente de IC. Según la encuesta MNA, el 27,5% de los pacientes presentaban un estado nutricional satisfactorio, el 59,6% estaban en riesgo de desnutrición y el 13% presentaban mal estado nutricional. Tras un seguimiento medio de 10,6±3,8 meses, los pacientes que requirieron reingreso por IC (24,5%, 29,5% y 44%, respectivamente, $p=0,46$) así como por otro motivo cardiovascular (17%, 11% y 28%, respectivamente $p=0,25$) fue similar en los tres grupos. La mortalidad por todas las causas fue mayor conforme peor era el estado nutricional (9,4%, 24,3% y 56%, respectivamente, $p<0,001$), y aunque el número de pacientes fallecidos por IC fue similar en los tres grupos, encontramos una tendencia a que fuera mayor en el grupo de pacientes con mal estado nutricional (4%, 15% 21%, respectivamente, $p=0,06$).

CONCLUSIÓN: La encuesta de valoración nutricional MNA es un instrumento útil para identificar a los pacientes con IC de alto riesgo.

OPTA A PREMIO

PREDICCIÓN DE DESCOMPENSACIÓN CLÍNICA MEDIANTE INSTRUMENTOS DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

Jiménez Catena I.; González Navas J.; López Moyano M.G.; Martínez Quesada M.M.; Rus Mansilla C.; Cortez Quiroga G.; Durán Torralba C.; Delgado Moreno M.; López González M.;

Unidad de Cardiología. Hospital Público Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es describir la capacidad que tienen los instrumentos utilizados por enfermería para detectar el empeoramiento progresivo de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron los pacientes que tuvieron una visita de seguimiento en invierno 2008-2009. Se recogió: autocontrol del peso, autocontrol de tensión arterial, seguimiento de dieta y realización de ejercicio. Se midió la capacidad funcional mediante la distancia recorrida en el test de los seis minutos, y la calidad de vida mediante el cuestionario de Minnesota. Se determinó el valor del BNP. Comparamos los parámetros de la visita final con los de la previa, así como la relación de los distintos parámetros entre sí.

RESULTADOS: Se incluyeron 38 pacientes, varones el 60%, de edad media 65 años. En el control del peso mejoraron 42% de los pacientes, no cambiaron 50%. El control de tensión arterial fue más frecuente en 29%, e igual en 63%. Hubo cambios en la dieta en 34%, mantenimiento en 55%. Aumentó el ejercicio en 18%, sin cambios en 63%. Empeoró la distancia recorrida en el 51,5% y aumentó el BNP en 56,5%. Tan sólo se encontró relación inversa entre la distancia recorrida y el BNP ($p = 0,025$), y entre la distancia recorrida y el control de la tensión ($p = 0,045$).

CONCLUSIÓN: La disminución en la distancia recorrida es un buen parámetro para estimar descompensación cardíaca. El nivel de autocuidado mejora muy discretamente tras la intervención sanitaria. Esto podría explicar su poca relación con la evolución clínica.

SEGUIMIENTO TELEFÓNICO ENFERMERO, UN NUEVO MODELO EDUCATIVO PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)

Escribano Rueda V.; Ros del Hoyo N.; Martí Aguasca M.L.; Padilla Just M.N.; Raventós Castany A.; Luengo Cascudo C.

Centro de Seguimiento de Enfermedades Crónicas. Instituto Catalán de la Salud. Barcelona

INTRODUCCIÓN: Como respuesta al incremento de los procesos crónicos, se plantea el automanejo. Numerosas experiencias demuestran una mejora en los resultados de salud, mediante estrategias de promoción del autocuidado, entre ellas, el seguimiento telefónico enfermero. Con este fín el Instituto catalán de la Salud ha puesto en marcha un nuevo dispositivo asistencial de seguimiento telefónico para pacientes con IC crónica.

OBJETIVOS: Promocionar el autocuidado mediante la educación sanitaria para conseguir un manejo efectivo del régimen terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODO: Modelo de seguimiento telefónico proactivo. Se trabaja con metodología enfermera (NANDA-NOC-NIC), la capacidad, motivación y conocimientos de la persona, para mejorar situaciones de conocimientos deficientes, manejo inefectivo del régimen terapéutico o el incumplimiento del tratamiento. Como soporte informático utilizamos una guía de práctica clínica en IC interactiva, que nos permite estructurar el programa educativo del paciente, y que está integrada en la Historia Clínica informatizada.

RESULTADOS: Desde esta unidad de seguimiento telefónico se ha dado cobertura a más de 1200 pacientes. Observando mejora en las siguientes variables: cumplimiento farmacológico, adherencia al autocontrol del peso, cobertura vacunal y mejora del autocuidado en IC. La satisfacción del usuario es de 4,8 sobre 5. El 20% de los pacientes han podido ser altados del programa por haber conseguido un manejo efectivo del régimen terapéutico.

CONCLUSIONES: Las tendencias positivas en las variables medidas, nos permite ver este nuevo modelo de atención como una nueva herramienta educativa en la atención a pacientes con IC, en nuestro entorno sanitario y poderlo aplicar a otras enfermedades crónicas.

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 7 de mayo - Salas B - 11.30-12.30h

IMPACTO DE LA EDAD EN EL VASOESPASMO RADIAL DURANTE EL CATETERISMO CARDÍACO

Tejedor Navarro M.; Trilla Colominas M.; Gil Dueñas J.; Canales Domínguez T.; Gutiérrez Capdet M.; Domínguez Peramarch R.; Pardo González M.; Puig Serra N.; Niebla Bellido M.; Gabaldà Martínez S.; Freixa Rufastes X.; Masotti Centol M.

Servicio de Hemodinámica Cardíaca. Institut Clínic del Tórax. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona

INTRODUCCIÓN: El uso del acceso radial en el cateterismo cardíaco ha aumentado durante los últimos años. La aparición del espasmo es el principal factor limitante para su uso.A pesar que su incidencia varia entre el 10% y el 30%, los determinantes que influyen en su aparición, en especial la edad, no han sido específicamente analizados.

OBJETIVOS: Evaluar el papel de la edad sobre el vasoespasmo.

MÉTODOS: Se analizó una serie consecutiva de pacientes sometidos a cateterismo cardíaco por vía radial. Todos los pacientes recibieron 2,5 mg de verapamilo intraradial antes del procedimiento. La aparición de vasoespasmo se definió por criterios angiográficos y/o clínicos (dolor en el brazo durante la manipulación del cateter).

RESULTADOS: Un total de 180 pacientes (72% varones) fueron estudiados. Estos se distribuyeron en cuatro grupos según la edad: 39 en el Grupo I (< 60años), 44 en el II(61-70años), 53 en el III(71-80años) y 44 en el IV(> 80años). La incidencia total de espasmo fue del 18%. Los pacientes con mayor vasoespasmo fueron más jóvenes (64.81+/- 12.6 vs. 69.66+/- 12.1 años; p= 0.04). Analizando los cuatro grupos, se observó menor incidencia de vasoespasmo en los grupos de mayor edad. Los pacientes del Grupo I y IV presentaron diferencias significativas respecto a la aparición de vasoespasmo (p=0.04).

CONCLUSIONES: La incidencia del vasoespasmo radial está estrechamente relacionada con la edad. Los pacientes mayores de 80 años son el grupo que presentan una menor incidencia. A raíz de los resultados obtenidos creemos recomendable incidir en las medidas de prevención del espasmo en los pacientes jóvenes.

TIEMPOS HASTA LA REPERFUSIÓN EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA: ¿DÓNDE RADICAN LOS RETRASOS? ¿SON SOLUCIONABLES?

Lara Sauquillo A; Iglesias Mier M; García García J; Rodríguez Carcelén D; García Casarrubio D; Martínez Quesada F; Gutiérrez Díez A; Melehi D; Gallardo López A; Jiménez Mazuecos JM;

Unidad de hemodinámica y cardiología intervencionista. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

La terapia de reperfusión óptima en el tratamiento del infarto agudo de miocardio es la angioplastia primaria (AP) siempre que se realice por un equipo experimentado y con un tiempo puerta-balón desde que el paciente llega a urgencias hasta que se abre la arteria (TPuBa) inferior a 90 minutos, aunque esto es difícil de conseguir en el mundo real. Diseñamos un registro prospectivo sobre 135 pacientes a los que se realizó una AP recogiendo distintos tiempos desde el inicio del dolor hasta que la arteria coronaria está permeable: -Tiempo síntomas-puerta (TSiPu), -Tiempo puerta-llamada equipo de hemodinámica (TPuLla), -Tiempo llegada del equipo (TIlegequi), -Tiempo de llegada del enfermo a sala (TIlegenf), -Tiempo llegada del enfermo-apertura de la arteria (TIlegBa) y - TPuBa. El mayor retraso se produjo en la llegada del paciente a urgencias, TsiPu de 195 ± 15 min (IC95% 165-225). El TPuLla de 24 minutos (25% de los P en 10´ y el 75% en 48´). El TIlegequi de 11´. El TIlegenf de 14´, el TIlegBa de 25´ y el TpuBa de 113 minutos. Solo el 54% de los P tuvieron un TpuBa inferior a los 90 minutos recomendados. Solo la mitad de los paciente a los que se realiza un AP son atendidos en los tiempos recomendados. Los mayores retrasos desde que el P llega al hospital se producen en el área de urgencias y en la llegada del enfermo a sala que deberían ser mejorables. El principal retraso radica en la llegada del enfermo al hospital. Campañas de concienciación y facilidad en los traslados ayudarían a mejorarlo.

CATETERISMOS SIN INGRESO. COORDINACIÓN INTERCENTROS

Amor Cambón J.; Losada Ruiz M.T.; Arcay Ferreiro M.C.; González Artiaga M.C.; Paz Iglesias M.I.; Pazos Seco M.V.; Canedo Iglesias M.A.

Laboratorio de Hemodinámica. Servicio de Cardioloxía. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña

INTRODUCCIÓN: Debido a que la incidencia de enfermedades cardiovasculares en la población se ha incrementado, como consecuencia del aumento de esperanza de vida, y a la dispersión geográfica en nuestra comunidad, se hizo necesaria la implantación de un sistema de cateterismo intercentros para mejorar la calidad asistencial y disminuir los tiempos de espera.

OBJETIVOS: Determinar si la puesta en marcha del sistema intercentros disminuye los tiempos de espera, mejora la satisfacción y disminuye la lista de espera, así como determinar la vía de acceso más empleada.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión bibliográfica de 915 pacientes incluidos en el programa intercentros remitidos desde Ferrol, Lugo y Burela desde Mayo de 2007 hasta Mayo de 2008.

RESULTADOS: 915 cateterismos intercentros (72,3% hombres) fueron remitidos desde los hospitales de Ferrol, Lugo y Burela, con este número de pacientes se disminuyó el tiempo de espera de 15 meses a 5 días de media. En el 85% de los cateterismos se empleó como vía de acceso de elección la arteria radial.

CONCLUSIONES: La implantación de un sistema de cateterismos intercentros supuso una importante disminución en los tiempos de espera, así como disminución en las listas de espera de nuestro Laboratorio. El traslado es seguro independientemente de la vía de acceso de elección. Un pequeño porcentaje no retornó a su hospital de referencia por gravedad de su enfermedad coronaria. Los pacientes se sienten seguros, así como sus familias y aumenta su satisfacción.

EVALUACIÓN DEL ACCESO RADIAL DERECHO E IZQUIERDO EN PACIENTES OCOTOGENARIOS

Niebla Bellido M.; Trilla Colominas M.; Canales Gutiérrez T.; Domínguez Peramarch R.; Gil Dueñas J.; Gutiérrez Capdet M.; Pardo González M.; Puig Serra N.; Tejedor Navarro M.; Freixa Rofastes X.; Masotti Centol M.

Servicio de Hemodinámica Cardiaca. Institut Clínic del Tòrax. Hospital Clínic. Barcelona

INTRODUCCIÓN: Los pacientes octogenarios constituyen un grupo cada vez más prevalente en los laboratorios de hemodinámica. En muchos centros, el acceso radial izquierdo (RI) se considera la vía elección en este grupo. Sin embargo, las diferencias entre el acceso RI y derecho (RD) no se han estudiado de manera aleatorizada.

OBJETIVO: Evaluar si existen diferencias en el acceso RD o RI en pacientes octogenarios.

METODOS: Estudio prospectivo y aleatorizado de pacientes = 80 años sometidos a cateterismo cardiaco y con pulsos radiales 3/3 simétricos. Los pacientes se distribuyeron en dos grupos según la vía de acceso: RD (Grupo I) y RI (Grupo II).

RESULTADOS: Un total de 46 pacientes (63% hombres) fueron incluidos en el estudio. Los pacientes con acceso RD presentaron un menor tiempo de procedimiento (12.6 ± 5 en RD vs 20.7 ± 14 min. en RI; p=0.018) y una menor necesidad de uso de guía hidrofílica para el acceso a la raíz aórtica (17% en RD vs 48% en RI; p=0.028). Tanto en tiempo de escopia, dosis de radiación, cantidad de contraste y número de catéteres utilizados no se objetivaron diferencias significativas. En sólo dos pacientes se necesitó cambiar a un acceso femoral, ambos en el grupo RI. No se registró ninguna complicación asociada al procedimiento.

CONCLUSIONES: En pacientes octogenarios la vía radial es segura y efectiva. El acceso RI no proporciona mayores ventajas que la RD e incluso, con los datos obtenidos hasta el momento, ofrece un menor tiempo de procedimiento y una menor necesidad de uso de guía hidrofílica.

OPTA A PREMIO

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS SOMETIDOS A CORONARIOGRAFÍA

Este trabajo ha sido financiado con una beca SEC en 2007

Cruzado Álvarez C.; Macías Pérez I.; De Prada Otermin G.; Gil Pérez R.; Méndez Rubio J.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN: La diabetes mellitus está asociada a un importante riesgo de enfermedad coronaria y se relaciona con un mayor riesgo de mortalidad cardiaca. Los pacientes infartados con niveles elevados de glucosa tienen un peor pronóstico vital. Se documenta una gran divergencia entre el control metabólico con parámetros objetivos y la sensación de enfermedad percibida.

OBJETIVO: Determinar la relación entre la calidad de vida percibida por pacientes diabéticos sometidos a revascularización percutánea y los valores de hemoglobina glicosidada.

MÉTODO: Estudio descriptivo transversal de pacientes diabéticos con cardiopatía isquémica sometidos a revascularización coronaria percutánea. Se registraron las características demográficas, clínicas y angiográficas de todos los sujetos incluidos. Tras el procedimiento de revascularización se obtuvo una muestra sanguínea para analizar la concentración de hemoglobina glicosilada. Se utilizó el cuestionario de calidad de vida específico para diabéticos Diabetes-Specific Quality of life Scale (DSQOLS)

RESULTADO: N= 50: 36 hombres. Edad media 65.8 años (34-82). La hemoglobina glicosidada media fue 7.3 (± 1.2). El 40% de los pacientes tenía un buen control (HbA1c £ 7%). El 50% de los pacientes seguían tratamiento con insulina. Comparando el control de HbA1c con cada uno de los apartados del cuestionario DSQOLS; apreciamos una diferencia entre el porcentaje de pacientes con un buen control metabólico y la impresión sujetiva de control metabólico en las últimas semanas ($P < 0.05$).

CONCLUSIONES: Vemos una eventual relación entre medidas objetivas de control metabólico y el grado de satisfacción del control de la diabetes medido por la sensación de bienestar percibida en nuestros pacientes.

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 7 de mayo - Salas C - 11.30-12.30h

OPTA A PREMIO

EL SEXO VALIENTE Y EL SEXO COBARDE

Duran Parra A.; Tovar Martín A.; Martinez Pérez E.; Navarro Pérez L.A.; Oliete Garallo G.C.; Planas Miret B.; Montero Dávila V.; Gil Ambrosio B.; Bravo Onraita I.; Fernandez Nofrerías E.; Rodriguez Leor O.; Mauri Ferrer J.; Valle Tudela V.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Con frecuencia se compara la valentía entre hombres y mujeres para afrontar episodios traumáticos o de dolor físico. Se pretende aportar objetividad mediante 3

OBJETIVOS:
-Averiguar cuál es el sexo más sensible emocionalmente ante un proceso de cateterismo cardiaco y si existe relevancia estadística.
-Determinar si existen relevancias en función de la edad.
-Determinar si existen relevancias en función de la etnia y/o cultura no occidental.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio longitudinal retrospectivo. Población: pacientes consecutivos desde el 15 de junio de 2000 hasta el 1 de diciembre de 2008 en el laboratorio de hemodinámica. Se selecciona a los sujetos con bradicardia que precise administración de atropina y/o hipotensión que precise administración de solución salina durante los 15' iniciales al procedimiento. Se excluyen segundos procedimientos o subsiguientes y crisis vagal y/o vasoespasmo pasados los 15'. Manejo de datos: SPSS 16.0.

RESULTADOS: 8558 pacientes (6016 varones [70.29%] y 2542 mujeres [29.71%]), con criterios de inclusión 206 (2.407%) , 166 varones [80.58%] y 40 mujeres [19.42%]. Un 15,711% de hombres respecto a un 14,391 % de mujeres presentan episodio vasovagal, siendo inexistentes en los sujetos no occidentales. Fué dominante en hombres de mediana edad y en mujeres directamente proporcional a la juventud.

CONCLUSIONES: los varones muestran mayor número de reacciones vagales y ansiedad que las mujeres ante procedimientos invasivos cardiacos pero sin relevancia estadística ($p < 0.05$) y precisan más medicación para revertir los síntomas. Ambos sexos a mayor edad mejor tolerancia. Los sujetos no occidentales presentan mucha mejor tolerancia.

VISIÓN DE LA SOCIEDAD SOBRE LA PROFESIÓN ENFERMERA

[1] Mancebo Salas N.; [1] Cobo Sanchez J.L.; [3] Alconero Camarero A.R.

[1]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander
[2]E.U.E. Casa Salud Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander

OBJETIVO: Describir el conocimiento que determinada población tiene sobre la profesión enfermera.

MÉTODO: Estudio prospectivo transversal descriptivo mediante cuestionario autocumplimentado formado por 12 preguntas abiertas y cerradas, en las que se incluían apartados encaminados a conocer las variables universales, como edad, sexo, y otras consideradas de relevancia tras la revisión bibliográfica. Fueron un total de 130 encuestas difundidas. El ámbito de estudio se limitó a un hospital de tercer nivel y los encuestados fueron pacientes tratados por médicos especialistas en nefrología(N), Cardiología del servicio de Urgencias (CU) neurología (NRL) y centro formativo de grado medio/superior (CF).

RESULTADOS: Edad media: 50,9 ± 24,86 años, 65,22% fueron hombres. El 35,9% creía que los estudios necesarios para enfermería era un módulo de grado medio/superior (N 15%, CR 18,8%, NRL 7,7%, CF 56%). El 56% pensaba que un instituto de investigación era un lugar de trabajo de la enfermera, pero sólo un 42% pensaba que investigar es una de nuestras funciones (N 72,5%, CR 43,8%, NRL 23%, CF 0%). El 10% opinaba que prescribir medicamentos era una función de la enfermera (N 7,5%, CR 12,5%, NRL 15,4%, CF 13%). Solo el 4,35% cree que tengamos funciones independientes.
El 69% no conocía ninguna especialidad enfermera y para el 74 % tanto hombres como mujeres desempeñaban bien la función de enfermera. El 81% pensaba que debíamos seguir formándonos.

CONCLUSIONES: Algunas de las personas entrevistadas desconocen el tipo de estudios que se precisan para los estudios de enfermería y existe un desconocimiento de las especialidades y funciones de enfermería.

OPTA A PREMIO

"ENFERMERIA SIN FRONTERAS" INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE MUSULMAN

Fernández Oliver A.L.; Mgueraman Jilali R.; Rojas Mata M.B.

Unidad de Gestión Clínica del Corazón. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCION: El incremento en nuestra comunidad de inmigrantes con patrones culturales y religiosos distintos a los nuestros, nos hizo reconsiderar en 2007, a un grupo de profesionales sanitarios los conocimientos que teníamos al respecto, siendo el patrón religioso el que podría ocasionar más conflictos asistenciales dentro del entorno hospitalario.

OBJETIVOS: 1. Obtener un perfil del paciente inmigrante procedente de países musulmanes, sus problemas y causas de los mismos. 2. Ampliar los conocimientos que los profesionales de Enfermería tienen sobre la interrelación de pacientes musulmanes con nuestro sistema sanitario, especialmente en lo referente a la "hospitalización" propiamente dicha. 3. Elaborar las Intervenciones Enfermeras específicas para la atención a los pacientes musulmanes. 4. Poner nuestro conocimiento a disposición de otras disciplinas de cara a la aplicación practica y concreta del mismo.

METODO: Estudio Cualitativo Descriptivo Etnográfico. Muestra intencional de doce pacientes musulmanes cuidados en nuestra Unidad, incluidos por selección voluntaria, realizándose entrevistas grupales. Revisión bibliográfica exhaustiva.

RESULTADOS: Como consecuencia de contrastar el material obtenido en las entrevistas se incrementó el conocimiento de los profesionales de enfermería respecto a estos pacientes, especialmente en apartados como: Nacimiento, Alimentación, Implicaciones "halal" en sanidad, Ramadán, Muerte en el centro hospitalario, Amortajamiento y Transplantes. Obtuvimos un perfil más aproximado de estos pacientes. Estamos elaborando una Guía de Asistencia Integral al Paciente Inmigrante.

CONCLUSIONES: Los inmigrantes padecen un déficit higiénico importante. Sufren carencias sanitarias pues, por miedo a ser expulsados, sólo acuden a centros sanitarios cuando realmente están muy enfermos. Son pacientes diferentes a los que debemos ser capaces de dar soluciones distintas.

¿INFLUYE LA LUNA EN LA MUERTE POR CARDIOPATIA?

Fontanals Fernández M.; Nebot Margalef M.; Valdelvira Castillo I.; Vilchez Mitadiez A.; Buzón Días E.; Rodriguez Rodriguez R.

Servicio de Cardiologia. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona

INTRODUCCION: En la historia se ha plemizado sobre la influencia de la luna con diversos procesos biológicos como la marea o cultivos. Esto nos ha motivado a realizar un estudio para comprobar si existe relación entre las fases lunares y los fallecimientos en pacientes cardiopata.

OBJETIVO: Analizar la influencia de las fases lunares y el número de exítus en el periodo 2002-2007 en la Unidad Coronaria de nuestro Hospital

MATERIAL-METODO: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo.Muestra de 342 pacientes fallecidos. Los datos se obtuvieron del servicio de documentación clínica. Se creó una tabla para recogida de datos en función de fases lunares y sexo. Se procesaron los datos con SPSS.

RESULTADOS: Los 342 pacientes estudiados entre 2002-2007 se observó que el 51,6% fallecieron en la fase lunar ceciente. De estos el 58% fueron mujeres y el 49% hombres. En la fase lunar menguante los fallecidos fueron el 48,4% de los cuales el 42% fueron mujeres y el 51% varones. La relacion sexo-año, hay mas defunciones en el grupo de los hombres. En este periodo de tiempo el número de exitus en la fase lunar creciente fuer mayor que la fase menguante, excepto en el 2007 que aumentaron los fallecimientos en la fase menguante, no existiendo diferencia significativa.

CONCLUSIONES: No existe una influencia significativa entre fases lunares y muerte. El número de hombres fallecidos es mayor que el de las mujeres.

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 7 de mayo - Salas A - 12.30-13.30h

SIN VINO... ¿ESTÁS SEGURO, CORAZÓN? DE LA "TRILOGÍA MEDITERRÁNEA" A LA "PARADOJA FRANCESA"

[1]Lahoz Campos M.G.; [1,2]Gracia Pérez F.J.; [1]Hervás Morcillo J.; [1]Camañes Salvador M.A.

[1]Unidad de Reanimación de Cirugía Cardíaca. Consorcio Hospital General de Valencia. Valencia
[2]Universitat de València. Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La población mediterránea se caracteriza por un estilo de vida condicionado por factores climatológicos, culturales y hasta religiosos. El objeto de este trabajo es ilustrar al profesional de la salud sobre la existencia de estudios científicos cuyas conclusiones avalan el papel del vino como alimento cardiosaludable.

MATERIAL Y MÉTODO: Basamos nuestro trabajo de revisión en dos relevantes estudios -Estudio de los 7 Países y Estudio MONICA (Multifactorial monitoring of trends and determinates in cardiovascular diseases)- y publicaciones al respecto en los 10 últimos años. Se analizaban los hábitos alimentarios de distintos países y diferente repercusión en morbi-mortalidad por patología coronaria.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos del primer estudio destacaban que la mayor longevidad y menor incidencia de patología cardiovascular en la población mediterránea se relacionaba con los hábitos alimentarios y estilo de vida. Se acuñó el término "Trilogía Mediterránea" para el grupo de alimentos comunes a esta región. El segundo estudio evidenciaba una significativa menor tasa de incidencia de patología cardiovascular (1/3 parte) en Francia respecto al resto de países estudiados:"Paradoja francesa".

DISCUSIÓN: Existe un consenso generalizado sobre la dieta mediterránea como patrón alimentario cardiosaludable. La promoción del alcohol tiene detractores dentro de la comunidad científica, por relacionarla con el alcoholismo y otras patologías derivadas del abuso. Son problemas distintos y el vino, en cuanto que demostrados sus efectos positivos sobre la salud, debe tener diferente consideración y tratamiento por parte de los profesionales, siempre desde el consumo moderado y en el contexto de un patrón alimentario adecuado, como alimento funcional, genuino de nuestra dieta mediterránea.

OPTA A PREMIO

EDUCACIÓN SANITARIA. PERFIL DEL PACIENTE INGRESADO POR INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

Garcia Delicado M.J.; Faixò Rubio M.; Floriach Pons N.; Llobera Pou; Bermejo Beltran G.

Servicio de cardiología. Hospital de Mataró. Mataró. Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los escasos conocimientos respecto a signos de alarma y medidas higiénico-dietéticas, que presentaban, los enfermos ingresados, con insuficiencia cardiaca, nos llevo a realizar un estudio para valorar el nivel de , autocuidado y adherencia. El objetivo es conocer su nivel de autocuidado y adherencia al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis del perfil del enfermo con insuficiencia cardiaca, que ingresa en la unidad de hospitalización de cardiología de nuestro centro. Se entrevistaron a 29 pacientes en un año. Se utilizó el cuestionario validado de calidad de vida (EHFScBS), el de conocimiento sobre insuficiencia cardiaca, y el de cumplimiento terapéutico.

RESULTADOS: El 59% de los pacientes eran mujeres, frente al 41% de hombres. La edad media es de 74'31 años. El 90% no recibió educación sobre su enfermedad. El 41% no conocia ningún signo de alarma de descompensación, el 55% conocia entre 1 y 3, y el 4% más de 3 signos. El 28% no conocia el nombre de ninguna de las pastillas que toma, el 48% conocia solo la mitad y el 24% todas. Respecto al cumplimiento de la dieta hiposódica, el 35% la cumplia siempre, un 24% a veces, y un 41% nunca.

CONCLUSIONES: El paciente con insuficiencia cardiaca procedente de nuestra área de influencia, recibe poca información sobre su enfermedad y las medidas higiénico dietéticas relacionadas con ella. Esto confirma la dificultad que presentan estos pacientes para el correcto cuidado de su enfermedad. Se debería incidir sobre estos puntos para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

OPTA A PREMIO

ENSEÑAMOS A CUIDAR

Cánovas Herrera E.; Juárez Villamarín E.; Sáez-Quintanilla Villalobos M.; Sánchez Martín A.I.

Unidad de Cardiología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganes. Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: En la actualidad y debido a los numerosos cambios, nos encontramos con la problemática de personal de nueva incorporación en unidades relativamente jóvenes, desde el punto de vista laboral.

OBJETIVOS: Definir los cuidados específicos de patología cardiaca al personal de nueva incorporación en el equipo de enfermería,
Valorar posteriormente la eficacia de la misma, con el fin de mejorar la calidad asistencial, -enseñar al equipo a potenciar el autocuidado en el enfermo cardiológico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio intervencionista de carácter descriptivo, desde mayo 2007 a diciembre 2007. La muestra utilizada son 25 profesionales (enfermeras y auxiliares) del equipo de enfermería de la unidad cardiológica. El material empleado es la sesión clínica de cuidados de enfermería, elaborada por los autores del estudio. Para evaluar la utilidad de la sesión, utilizamos una encuesta de satisfacción semiestructurada validada, como técnica cualitativa de análisis, cumplimentada por la muestra.

RESULTADOS: Es importante valorar el tiempo de antigüedad en la profesión y la experiencia práctica con pacientes de cardiología, para poder modificar contenidos de la sesión y como ayuda para poder elaborar una guía, que demandan el 100 % de los encuestados. Se observa que a pesar de la formación teórica previa, la sesión ha resultado útil.

CONCLUSIONES: La sesión resultó útil para el personal de nueva incorporación, quedando reflejado, que amplió los conocimientos teórico-prácticos del equipo, ante una patología no conocida hasta el momento, y aumentó el nivel de confianza y seguridad en sí mismos.

OPTA A PREMIO

INTERVENCIONES ENFERMERAS ANTITABAQUISMO EN HOSPITALIZACIÓN

López García J.; Melloul Sanie N.; López Gómez M.M.; Fernández Pallarés L.; Moreno Martinez J.; Ortega Jimenez A.; Martínez Herrerías G.; Plaza del Pino F.

Unidad Clínica de Cardiología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

INTRODUCCION: El tabaquismo es uno de los factores de riesgo cardiovascular mas importante en sociedades desarrolladas como la nuestra. Es por ello que desde los servicios de salud nos vemos en la necesidad de acentuar las actuaciones de promoción de la salud y prevención primaria y secundaria.

OBJETIVOS: Fomentar hábitos saludables en pacientes de riesgo cardiovascular. Establecer estrategias de atención a las personas fumadoras.

METODOLOGIA: Realización de Valoración enfermera focalizada al tabaquismo como factor de riesgo cardiovascular. Detección de pacientes susceptibles a la deshabituación, durante la hospitalización. Derivación del paciente a consulta de deshabituación del tabaco. Seguimiento del proceso en la Consulta.

RESULTADOS: Durante la hospitalización se realiza valoración enfermera por patrones de Marjori Gordon incidiendo en el patrón Percepción-Manejo de la salud y se pasan al paciente el test de Fagerström (dependencia de la nicotina) y el test de Ritchmond (motivación para dejar de fumar) estableciéndose plan de cuidados específico con objetivos NOC e intervenciones NIC orientadas a la consecución de dichos objetivos. Una vez que el paciente es dado de alta hospitalaria recibe un informe de Continuidad de Cuidados que contiene los resultados obtenidos en los test y la intervenciones que se han realizado durante su estancia, derivándose para su inclusión en los programas de deshabituación.

CONCLUSIONES: En dos meses se han derivado 10 pacientes a la Consulta de deshabituación de sus Centros de Salud de referencia, encontrándose incluidos en los programas actualmente. Los enfermer@s somos profesionales capacitados para detectar problemas de salud e iniciar actuaciones pertinentes para su resolución aplicando nuestra propia metodología.

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 7 de mayo - Salas B - 12.30-13.30h

ESTENOSIS AORTICA CONGENITA: VALVULOPLASTIA PERCUTANEA CON SOBREESTIMULACION VENTRICULAR

Pereiro Perez M.A.; Peña Larrazabal I.; Hernando Garcia F.J.; Izquierdo Torre M.V.; Navalpotro Rodriguez J.L.; Ocariz Aguirre M.A.

Seccion de Hemodinamica. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya-Bizkaia

INTRODUCCION: La estenosis valvular aortica severa en el recien nacido puede tener un desenlace fatal durante el primer año de vida. La apertura percutanea mediante balon tiene como objetivo aumentar la supervivencia en estos pacientes.

OBJETIVOS: Despues de 30 casos realizados de forma convencional, presentamos nuestros ultimos 7 casos en los que se utilizo sobreestimulacion ventricular a alta frecuencia para estabilizar el balon en la expansion y evitar complicaciones.

RESULTADOS: Se trata de 6 pacientes lactantes y un niño de 9 años portadores de una estenosis valvular aortica severa congenita con gradiente por Doppler superior a 80 milimetros de mercurio.

METODO: Cateterismo izquierdo y/o derecho por puncion de vena y arteria femoral derecha bajo anestesia general. Toma de gradiente aortico. Colocacion de marcapaso en Ventriculo derecho en tres casos y estimulacion con guia coronaria conductora en el ventriculo izquierdo, evitando en estos casos la colocacion de cateter marcapaso y del cateterismo derecho. Estimulacion entre 230 y 240 por minuto y Balon Mini Tyshak.

RESULTADOS: Apertura de la valvula con disminucion del gradiente a 15-20 milimetros de mercurio y ausencia de complicaciones.

UTILIDAD Y SEGURIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN ATROPINA EN LOS ESTUDIOS SPET DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA AL ESFUERZO

González Familiar D.; Lozano Campos P.; Rodríguez Ortega V.; Fernándes Aguirre T.

Servicio de Medicina Nuclear. Instituto Oncológico de Kutxa. San Sebastián. Guipúzcoa

INTRODUCCIÓN: La precision diagnóstica del SPET de perfusión al esfuerzo depende en gran medida de la frecuencia cardíaca (FC) alcanzada durante la ergometría. Medicación concomitante y/o incompetencia cronotrópica pueden limitar la consecución de FC submáxima. Se ha sugerido la utilización de atropina en estos casos.

MATERIAL Y METODO: Hemos estudiado de forma consecutiva a un total de 323 pacientes (236 varones y 87 mujeres con edades entre 21 y 89 años) a quienes se administró atropina durante la prueba de esfuerzo para estudio SPET de perfusión miocárdica, por presentar imposibilidad para alcanzar la FC submáxima. En 163 casos (50,5 %) el motivo fue déficit cronotrópico de origen iatrogénico y en 160 casos (49,5 %) el motivo fue incompetencia cronotrópica.

RESULTADOS: La dosis media de atropina utilizada fue de 0,92 +/- 0,33 mg. Un 78% de los pacientes alcanzó el 80% de la FC teórica máxima y el 57% alcanzó la FC submáxima (85% de la FCTM). Se registraron complicaciones menores en el 82% de los pacientes (79% sequedad de boca, 6% alteraciones visuales, 15% astenia y 24% mareo). Alteraciones miccionales se observaron en el 7% de los varones, siendo leves en el 5% de los casos y moderadas en 2% de los pacientes. No hubo complicaciones urológicas mayores (sondaje vesical). No hubo complicaciones cardíacas.

CONCLUSIONES: La atropina es una herramienta muy útil para alcanzar FC adecuada durante el SPET de perfusión miocárdica al esfuerzo en los pacientes con déficit cronotrópico y tiene un excelente perfil de seguridad.

ESTRATEGIAS SIMPLES PARA DISMINUIR LOS TIEMPOS HASTA LA REPERFUSIÓN. IMPACTO EN UN PROGRAMA REAL DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN NUESTRO MEDIO

Lara Sahuquillo A.; Iglesias Mier M.; García García J.; Rodríguez Carcelén D.; García Casarrubio D.; Martínez Quesada F.; Gutiérrez Díez A.; Melehi D.; Gallardo López A.; Jiménez Mazuecos J.

Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista.
Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario de Albacete

El principal problema de la angioplastia primaria (AP) es el retraso producido hasta la apertura de la arteria coronaria responsable del cuadro. Aunque se recomienda un tiempo puerta-balón (TPuBa) inferior a 90´ este rara vez se consigue. Se han diseñado estrategias para disminuir este tiempo aunque sin aplicar a poblaciones de nuestro medio. Durante una fase inicial se estudió a una cohorte A de pacientes (79 P) a los que se realizó una AP y se comparó frente a otra cohorte B (56 P) tras instaurar tres medidas de uso muy simple que empíricamente podían disminuir el TPuBa: 1.- El paciente espera en urgencias sin ingresar en la UCI hasta la realización de la AP (evitando un traslado), 2.- El primer miembro del equipo de hemodinámica que llega a sala reclama al enfermo (sin esperar al equipo completo) 3.- Recordar periódicamente los "tiempos" recogidos. Las características de los P estaban balanceadas en ambos grupos. El TpuBa fue inferior en el grupo B 106 ± 12 minutos vs 117 ± 9 grupo A aunque sin alcanzar significación estadística. En un 44% de los P del grupo A se realizó la AP en los primeros 90 minutos frente a un 69% en el grupo B (p: 0.004, IC 95% 9.1-41.5%). La toma de tres estrategias de uso muy simple en un programa de angioplastia primaria en nuestro medio permite reducir tiempos hasta la reperfusión y ofrecer esta modalidad de tratamiento de forma correcta (< 90 minutos) a muchos más pacientes de los iniciales.

EXPERIENCIA INICIAL EN LA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS VALVULARES AÓRTICAS POR VÍA TRANSFEMORAL

Paños Babin M.; Merino Parrondo J.P.; López Fernandez M.A.; Sanjuán Rodríguez A.M.

Servicio de Cardiología. Sección de hemodinamia. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Los pacientes diagnosticados de estenosis aórtica severa (EAS) rechazados para cirugía de sustitución valvular por el alto riesgo que conllevaría la intervención, se enfrentan a una baja calidad de vida y a una supervivencia media de 2 años que se ve reducida si además existe clínica de insuficiencia cardiaca. La implantación percutánea de prótesis aórtica (IPPA) supone una novedosa opción para estos pacientes. Se seleccionaron sólo 8 de 30 posibles candidatos para IPPA para realizarles el procedimiento tras ser sometidos a una serie de pruebas diagnósticas complementarias (analítica, ecocardiograma, coronariografía y ortografía y tomografía axial computerizada) con el fin de confirmar la idoneidad de los mismos. A estos 8 pacientes se les implantó en la sala de hemodinámica una prótesis aórtica por vía transfemoral modelo Edwards-Sapiens. En 7 de los 8 casos la IPPA se realizó con éxito. En un caso no pudo implantarse la prótesis debido a una rotura en la arteria iliaca y en otro de los casos, tras implantarse exitosamente, la paciente falleció a las 48 horas por taponamiento cardiaco debido a una perforación por el cable de marcapasos transitorio. Ninguno de los 8 pacientes presentó ictus post-intervención, compromiso de los ostium coronarios o embolización de la prótesis. En conclusión, nuestra experiencia inicial muestra que con una adecuada selección de los pacientes, el conocimiento y funcionamiento del material y la realización de una buena técnica, la IPPA constituye una alternativa terapéutica para algunos pacientes con EAS rechazados para cirugía.

ENSAYO CLÍNICO SOBRE LA COMPRESIÓN RADIAL GUIADA POR LA TENSIÓN ARTERIAL MEDIA

Díaz Bejarano D.; Gómez Santana C.; Lombardo Martínez J.; Sánchez Baños B.; González Díaz J.M.; González Rivero D.; Valero López A.; Pedrosa Carrera C.; Cubero Gómez J.M.

Servicio de Cardiología. Unidad de hemodinámica. Hospital de Valme. Sevilla

OBJETIVO: Determinar si un método de compresión guiada por la cifra de la tensión arterial media del paciente (experimental), es eficaz, seguro y superior, a un método de compresión con inflado habitual del dispositivo (estándar), medido en resultados de oclusión de la arteria radial.

MÉTODO: El estudio fue aleatorizado, unicéntrico, e incluía a pacientes a los que se les realizó cateterismo de la arteria radial para diagnóstico o intervencionismo coronario percutáneo, se les retiró el introductor a la finalización del procedimiento y se les comprimió la arteria radial durante tres horas, con dispositivo neumático "TR Band™ de Terumo®". El grupo experimental se comprimió con aire a la presión media del paciente y el grupo control con 15 CC de aire de forma rutinaria. Las arterias fueron valoradas entre las 24 y 72 horas tras el procedimiento, por curva de pletismografía con test de flujo inverso, y posteriormente con doppler by-direccional BIDOP® ES100V3 con sonda de 8 Mhz.

RESULTADOS: Sobre 351 pacientes estudiados, medimos el porcentaje de oclusión arterial, y en el grupo de estudio experimental ocurrió en 2 pacientes (1,1%) frente a 21 pacientes (12%) en el grupo estándar (p=0,0001), sin obtener diferencias en el número de complicaciones.

CONCLUSIONES: El método de compresión guiado por las cifras de la tensión arterial media del paciente, a la finalización del cateterismo de la arteria radial, es eficaz y seguro, y disminuye la oclusión de la arteria frente al método estándar de compresión con el dispositivo neumático.

COMUNICACIONES LIBRES

Jueves 7 de mayo - Salas C - 12.30-13.30h

OPTA A PREMIO

GESTION DEL DOLOR EN PACIENTES POSTOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA

Puxan Romagosa C.; De la Iglesia Rodriguez A.; Picón Sáez D.; Otero Susín E.S.; García Candell A.; Andorrá López M.; Profitós Masó M.C.

Unidad de Postoperados de Cirugía Cardiaca. Unidad Coronaria. Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Vall dHebrón. Barcelona

INTRODUCCIÓN: El control del dolor es parte esencial de los cuidados postoperatorios, ya que aumenta el confort y la satisfacción de los pacientes.

OBJETIVO: Analizar la gestión del dolor en pacientes de cirugía cardiaca durante su estancia en la Unidad de Postoperados de Cirugía Cardiaca (UPCC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis de los pacientes de cirugía cardiaca durante 3 meses. Variables: - Demográficas - Tipo de incisión - Analgésicos pautados - Intensidad del dolor, evaluada mediante Escala Verbal Numérica (0=ausencia de dolor; 10= máximo dolor imaginable). En reposo y movimiento. - Interferencia del dolor con el descanso nocturno y con la movilización. - Satisfacción

RESULTADOS: 79 pacientes (edad: 62.6±14.0). Todas las intervenciones fueron esternotomías. Pauta analgésica: paracetamol 1 gr/8h + metamizol 2 grs/8h; aplicada en el 91% de casos. Solo un 6.3% de pacientes recibieron tramadol/meperidina como rescate por dolor moderado/intenso. El primer día tras la intervención un 31.6% de pacientes refirieron dolor moderado/intenso (EVN > 3) en reposo, y un 70.8% con el movimiento. Durante el segundo día estos porcentajes fueron del 16.4% en reposo y del 50.6% en movimiento. Al alta de la UPCC la EVN fue de 1,2±1,9 en reposo, y de 4,1±2,5 en movimiento; y la EVN máxima durante su estancia fue 6.4±2.5. El dolor había interferido su capacidad para dormir en un 1.2±2.1, y su capacidad para moverse un 4.5±2.8. La valoración de la atención recibida en relación al dolor fue: mucho mejor de la esperada (40.6%), mejor de la esperada (49.3%), cómo la esperada (10,1%), ningún paciente la evaluó como peor o mucho peor de lo esperado.

DISCUSIÓN: Los resultados muestran una elevada incidencia de dolor moderado/intenso, en especial con el movimiento, y una mayor interferencia en la capacidad para moverse. Destaca la escasa administración de rescates pese a la elevada intensidad del dolor. Sin embargo la satisfacción del paciente es elevada. Este hecho se ha justificado por las escasas expectativas de los pacientes respecto al tratamiento del dolor.

OPTA A PREMIO

INCIDENCIA DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN UNIDAD CORONARIA ABIERTA

Rubio Martín S.; Lozano Rodríguez G.; Urías García R.; Dútil Radillo M.T.; Rubio Martín S.

Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

INTRODUCCIÓN: Con cierta frecuencia los enfermos, presentan de forma brusca el Síndrome Confusional Agudo (SCA) en Unidad Coronaria (UCOR).

OBJETIVOS: Determinar la incidencia de este diagnóstico enfermero, conocer las posibles causas del entorno que puedan incidir sobre su aparición, establecer diferencias entre el grupo de pacientes diagnosticado de SCA durante su estancia en UCOR y el grupo que no lo padeció y evaluar la intervención de enfermería para resolver el Síndrome.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio analítico, observacional y prospectivo en una UCOR abierta de 6 camas. Muestra de 106 pacientes consecutivos, mayores de 18 años y con estancia media de 3 días. Se excluyeron: consumidores de sustancias psicoactivas, enfermedad psiquiátrica o del sistema nervioso central. Inclusión en el estudio mediante analítica de tóxicos negativa y con un test MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (Lobo y cols.) al ingreso del paciente. Para diagnosticar la presencia de SCA se valoró si cumplía los Criterios de CAM (Confusion Assesment Method, de Inouye) y la ESCALA PARA EL ESTADO CONFUSIONAL DE STRUB Y BLACK realizadas por personal de enfermería.

RESULTADOS: Incidencia del SCA fue del 5,6%. Factores que inciden: turno horario, ambiente, horas de sueño y la situación de las camas con respecto al control.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: El diagnóstico de SCA mediante una escala validada puede llevarse a cabo por el personal de enfermería. La intervención de enfermería para identificar el cuadro precozmente, e iniciar las medidas oportunas, ha resultado "eficaz" para estabilizar y/o resolver este problema, sin necesidad de fármacos.

¿DUERMEN BIEN NUESTROS PACIENTES ?

Sans Riba Ll.; Bonet Porqueras R.; Toda Savall D.; Martinez Marquez C.; Moliné Pallarés A.; Miro Borras A.; Cosi Marsan M.; Velasco Blasco C.

Unidad Coronaria. Hospital universitario Joan XXIII de Tarragona. Tarragona

INTRODUCCION Y OBJETIVO: Procurar un descanso nocturno adecuado es un cuidado básico de enfermería. En base a ello nos propusimos averiguar si existían diferencias entre la percepción del sueño del paciente ingresado en nuestra unidad coronaria y su valoración por parte de la enfermera.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo. Muestra : 55 pacientes y 24 enfermeras del turno nocturno. Tras la segunda noche ambos grupos respondían un cuestionario donde figuraban el test del sueño de Richards-Campbell (TdR-C) y aspectos relacionados con el descanso nocturno.Variables cuantitativas expresadas como media y desviación estándar y cualitativas mediante porcentajes. Comparación de grupos: U-Mann Whytney y ? 2.Analisis:SPSS 12.0.

RESULTADOS: Los pacientes encuestados obtuvieron una puntuación en el (TdR-C) de 67,45 correspondiente a una calidad de sueño bueno y las enfermeras de 50,71 equivalente a un sueño moderado, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p =0,0001). La calidad del sueño empeoraba proporcionalmente con la edad. El 80% de las enfermeras tomaba medidas para intentar proporcionar un mejor descanso, principalmente atenuar el sonido de alarmas (54,2%) y luces (41,7%). Ante problemas de insomnio el 53,12% de las enfermeras avisaban al médico. Ambos grupos divergían en la importancia de los factores estudiados que alteraban el sueño , siendo las diferencias significativas (p= 0,0001)

CONCLUSIONES: Las diferentes percepciones del sueño del enfermo y la valoración de la enfermera no nos permiten afirmar como es la calidad del sueño . Ambos grupos no dieron la misma importancia a los factores que alteraron el descanso nocturno.

OPTA A PREMIO

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLOGICOS

[1]Peiró Andrés A.; [1]Sierra Talamantes C.; [2]Muñoz Izquierdo A.; [3]Almela Zamorano M.; [1]Saez Jiménez R.; [1]López López I.; [1]Valls Andrés S.; [1]Zamorano Lluesma M.; [1]González Gavela A.;

[1]Unidad Coronaria . Instituto de las enfermedades cardiovasculares. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
[2]Unidad de proyecto de Historia clínica informatizada. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
[3]Psicóloga becaria Facultad de psicología de Valencia.

INTRODUCCIÓN: La satisfacción de los pacientes es un elemento esencial para la evaluación de la calidad de la atención. Son escasas las encuestas que contemplan ampliamente aspectos relacionados con los cuidados de enfermería.

OBJETIVO: Conocer la percepción de los pacientes sobre los cuidados enfermeros, que nos permitan identificar áreas de mejora.

MÉTODO: Estudio en tres fases. 1º Metodología cualitativa para identificar los componentes de la calidad de los cuidados.(primer semestre 2007). 2º Elaboración y validación de un cuestionario que contempló tres aspectos (profesionalidad, comunicación, comodidad). (segundo semestre 2007) 3º Entrega cuestionario para su cumplimentación a una muestra de 78 pacientes, sobre una población de 170, durante dos periodos (Marzo-Abril 2008) (Diciembre 2008 –Enero 2009). Análisis estadístico con SPSS-13.0

RESULTADOS: 1º Profesionalidad: Sobre la formación de enfermería (74´35 % Muy bien, 20´5 % Bien); Conocimiento aparatage (74'35 Muy bien, 23 % Bien). Resolución problemas (88´4 Muy bien, 11´5 Bien). Información enfermería (61´5 Muy bien, 35´8 Bien) 2º Comunicación: Conocimiento nombre (25´6 % Siempre, 56´4 % A veces). Sobre transmisión seguridad (88´4 % Muy bien, 11´5 % Bien) 3º Comodidad: Sobre Higiene (71´7 % Muy bien, 23´7 Bien). Facilitación descanso (50 % Muy bien 24 % Bien). Preocupación alimentación (97´4 % Muy bien, 2´5 % Bien)

CONCLUSIONES: Este estudio supone la culminación de una línea de trabajo que ha permitido elaborar un cuestionario extenso y específico de los cuidados de enfermería. Los resultados demuestran un elevado grado de satisfacción; permitendo identificar áreas susceptibles de mejora para alcanzar la excelencia.

TECNICAS DE HIPOTERMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL GENERAL. DESCRIPCION Y CUIDADOS DE ENFERMERIA

Taboada Coego M.I.; Calvar Seoane B.; Álvarez Castro M.N.; Del Campo Pérez V.M.; Pereira Lourido M.A.; Antolín Rodríguez R.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital do Meixoeiro, Complexo Hospitalario Universitario de Vigo CHUVI. Vigo, Pontevedra

INTRODUCCION: La cardiopatía isquémica continúa siendo la primera causa de muerte en el mundo. Los avances en los sistemas sanitarios han conseguido mejorar las expectativas de los pacientes que presentan muerte súbita extrahospitalaria. Las principales sociedades científicas, europeas y americanas, incluyen la aplicación de la hipotermia (HT) como medida de eficacia demostrada, grado de evidencia IA, destinada a minimizar el daño neurológico de pacientes que han sufrido muerte súbita. Para descender la temperatura existen distintos procedimientos: aplicación directa de sueros fríos o hielos a los más avanzados con dispositivos externos o intravasculares, con disminución del tiempo en alcanzar temperatura objetivo, menor utilización de recursos humanos y alto grado de satisfacción.

OBJETIVOS: Conocer indicaciones, resultados, complicaciones y diagnósticos de enfermería de los pacientes sometidos a técnicas de hipotermia terapéutica. Comparar la carga de trabajo de enfermería de estos pacientes, con respecto a otros enfermos de UCI, mediante la aplicación de la escala NAS (Nursing Activities Score).

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo de la cohorte de pacientes sometidos a hipotermia de Junio 2006 a Junio 2008, en la UCI de un Hospital General. Variables: sociodemográficas, clínicas, evolutivas, escala NAS. Los datos se han procesado mediante el SPSS 14.0, efectuando análisis descriptivo y comparación de medias para los valores de las subescalas de las actividades de enfermería.

RESULTADOS: Se incluyeron 23 pacientes, edad media de 57,7 años, 73,9% varones. Procedencia de Unidad de Hemodinámica (39,1%) y 061 (34,8%). El 87,0% de pacientes fueron sometidos a resucitación avanzada. La causa parada cardiorrespiratoria: IAM (52,4%). Menos del 20% de pacientes se había practicado hipotermia ambulatoria con suero frío. La temperatura media ingreso 35,6ºC (34,9-36,3). Tres horas de media para alcanzar temperatura objetivo, 10,6 horas en el recalentamiento. Duración media de hipotermia: 24 horas.El 87% de pacientes presentaron algún efecto adverso (los más frecuentes hipotensión y arritmias). Estancia media de pacientes: 12,4 días (7,9-16,8), fallecieron durante el ingreso el 43,5% Las puntuaciones de las escala NAS muestran un incremento muy significativo en los días de hipotermia (113,5 puntos frente a 49,5 puntos).

CONCLUSIONES: En la aplicación de las HT son frecuentes las complicaciones asociadas. Produce sobrecarga de trabajo enfermero.

COMUNICACIONES LIBRES

Viernes 8 de mayo - Salas A - 09.00-10.00h

OPTA A PREMIO

EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS: GARANTIA EN LA CALIDAD DE CUIDADOS

[1]Yepes Trigueros J.M.; [2]Cañaveras Ciorraga Y.; [2]Rubio Segura M.; [2]Garcia Puig M.; [2]Casas Lujan M.J.; [2]Ricart Altemir X.; [2]Pop F.T.

Servicio de Medicina Interna. Hospital del Vendrell. El Vendrell. Tarragona

INTRODUCCIÓN: El primer marcapasos implantado en nuestro hospital tiene lugar en mayo del 2008. La elaboración de un procedimiento y un tríptico informativo, surge de la necesidad de unificar la actuación del personal de enfermería; ya que no existe una unidad especializada, ni experiencia previa en el centro con esta técnica quirúrgica.

OBJETIVOS: •Valorar la efectividad y utilidad del procedimiento. •Valorar la efectividad y utilidad del tríptico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo cuantitativo. Se incluyeron 29 pacientes hasta diciembre 2008 y 33 profesionales. La evaluación se ha efectuado con la cumplimentación anónima de cuestionarios escritos entre el personal y vía telefónica para los pacientes.

RESULTADOS: El 100% confirma la utilidad del procedimiento para garantizar los cuidados y para el profesional de nueva incorporación; aun así, solo el 67% ha participado en su implantación. El total de los pacientes valora el tríptico y la información recibida de gran utilidad, aunque tan solo manifiestan haberlo recibido un 90%; los cuales confirman haberlo leído. En un 23% surgieron dudas de comprensión, solventadas por el personal de enfermería. Al revisar las historias clínicas, destacamos la aparición de dolor post-operatorio (7 %) como síntoma principal. No se han observado complicaciones post-quirúrgica.

CONCLUSIONES: La implantación del procedimiento nos confirma la unificación del personal y obtener un nulo porcentaje de complicaciones postquirúrgicas. Podemos afirmar que este procedimiento es de gran utilidad para el personal de la unidad y el de nueva incorporación. Un alto porcentaje de pacientes considera útil la información recibida aunque nos planteamos su revisión para facilitar al máximo su comprensión.

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR BÁSICA CON DESFIBRILADOR EXTERNO SEMIAUTOMATICO

[1]Rius Ferrús LL.; [1]Hernández Villén O.; [2]Boqué Oliva C.; [1]Olivé Ollé C.; [3]García Grau N.;

[1]Dirección de enfermeria. Hospital universitari Joan XXIII. Tarragona
[2]Servicio de Urgéncias. Hospital universitari Joan XXIII. Tarragona
[3]Servicio de Cuidados intensivos. Hospital universitari Joan XXIII. Tarragona

INTRODUCCIÓN: La eficacia de la reanimación cardiopulmonar (RCP) es directamente proporcional al entrenamiento recibido por el reanimador e inversamente proporcional al tiempo transcurrido hasta el inicio de la reanimación. Es fundamental establecer programas de formación estandarizados, que alcancen a la mayoría de profesionales sanitarios.

OBJETIVOS: Determinar el impacto de un programa educativo de RCP dirigido a actualizar conocimientos y entrenar habilidades en los profesionales sanitarios. Determinar el grado de satisfacción de los participantes en los cursos de este programa

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal. Durante el 2007 y 2008 se han organizado 14 cursos de Soporte Vital Básico con Desfibrilador Externo Automático según las normas europeas, que han formado a 189 profesionales médicos y de enfermería. Los docentes fueron instructores del Consell Català de Ressucitació. A todos ellos se les evaluaron los conocimientos antes y después del curso mediante examen tipo test. Los alumnos cumplimentaron también una valoración general del curso.

RESULTADOS: La media de puntuación en las evaluaciones iniciales fue de 5.13 y de 8.14 en las finales. Un 76.4% había asistido anteriormente a formación en RCP y el 46.5% ha intervenido en una RCP real. Los cursos fueron calificados de muy interesantes (73.3%) y con un número de horas muy adecuado (86.7%). La valoración del profesorado fue muy buena en cuanto al dominio de la materia (98.3%) y la transmisión de conocimientos (98.4%). El 77 % opina que su actuación cambiaría después del curso frente al 2.8 % que opina que no cambiaria nada. Más del 60% cree conveniente repetir el curso anualmente.

DISCUSIÓN: Los cursos son útiles para la adquisición de los conocimientos necesarios. Obtuvieron una alta calificación en sus aspectos docentes y fueron valorados como muy útiles. Con nuestro estudio no podemos valorar en qué grado este incremento de conocimientos tiene una repercusión real positiva en la asistencia.

OPTA A PREMIO

NIVEL DE CONOCIMIENTOS ENFERMEROS EN MATERIA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

[1]Ceballos Gandarillas E.; [2]Díaz Gómez P.; [3]García Conde S.M.; [1]Frontaura Pérez B.;

[1]Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander
[2]Gerencia de Atención Primaria Torrelavega-Reinosa. Cantabria
[3]Unidad de Cuidados Intensivos Generales Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

OBJETIVO: Describir los conocimientos teóricos del personal enfermero sobre la reanimación cardiopulmonar (RCP) básica (B) y avanzada (A) en las unidades de cuidados intensivos (coronarias y politraumatizados) y el 061 basados en las últimas recomendaciones del año 2005.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo longitudinal. El instrumento utilizado fue un cuestionario de 28 preguntas relacionadas con una serie de variables como fueron percepción que tiene sobre el conocimiento teórico práctico, lugar de trabajo, tiempo, formación y búsqueda de información. Se distribuyeron un total de 100 encuestas acompañadas de consentimiento informado. El nivel de conocimientos se ha establecido por grados y con el programa estadístico SPSS vo.15

RESULTADOS: Se recogieron el 50% de las encuestas. El 56,7% opinaban que el grado de conocimientos sobre RCPB era bueno, y un 70% creían que estaban entre suficiente y bueno. Globalmente se obtiene un 70% de respuestas acertadas en la adquisición de conocimientos, siendo en el 061 los de puntuación más alta (90% de aciertos). Según el tiempo trabajado, los aciertos son: menos de un años 56,5%; entre 1-5 años 66,5% y más de 5 69,75%. Los profesionales que han realizado más de un curso sobre RCP después de la carrera obtienen un 19,24 de media de preguntas acertadas frente al 16,91 que hicieron uno o ningún cursos (p=0,048).

CONCLUSIONES: En conjunto el nivel de conocimientos teóricos es bueno. A medida que aumenta la experiencia en los servicios de urgencias aumenta el grado de conocimientos en RCP, especialmente en la avanzada.

ENFERMERÍA EN EL SEGUIMIENTO DE LA MONITORIZACIÓN DOMICILIARIADE LOS PACIENTES PORTADORES DE DAI

Lara Lara M.D.; Segura Saint Gerons C.; Mengibar Pareja V.; Ruiz Ortiz M.; Romo Peñas E.

Consulta Externa. Servicio de Cardiologia. Hospital Universitario Reina Sofia. Córdoba

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La monitorización domiciliaria de los pacientes portadores de desfibriladores automaticos implantables(DAI)supone un logro importante que implica a todo el equipo multidisciplinar. En nuestro Centro esta plataforma de seguimiento telemático ya esta implantada, pero siguiendo la política de diversificación, se han aceptado otras sistemas que ofertan esta posibilidad. Integración de un programa eficaz de gestión y monitorización para programar las citas de revisión. Implicar a Enfermería en los cuidados, educación sanitaria y seguimiento de los pacientes portadores de DAI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, prospectivo. Periodo de estudio: desde1-10-2008 a 31-1-2009.Variables cualitativas: edad y sexo. Criterios de inclusión :Implante de desfibrilador equipado con función T (de monitorización domiciliaria).Equipo necesario :Transmisor con tecnología de telefonía móvil, ordenador en consulta con explorador de internet y cuenta de correo electrónico, fax y/o teléfono móvil para SMS.

RESULTADOS: Se realizaron un total de 14 implantes(n=14).Solo hay una mujer. Edad : entre 15y 79 años (media de 65 años).Se les entregó el transmisor y explicó el funcionamiento a todos los pacientes, excepto a uno por mala cobertura de transmisión en su lugar de residencia. Se revisaron los cardio report c/ 3 días detectándose en todos los pacientes la FV del implante. En 1 paciente se observó que no había transmisión de datos, se le llamó y nos comunicó que al desplazarse a otra ciudad olvidó conectar el transmisor. En 1 paciente se detecto un TV breve que no precisó terapia alguna.

CONCLUSIONES: La monitorización domiciliaria supone un seguimiento más efectivo de los pacientes portadores de DAI, sin que ello sustituya las revisiones programadas. La monitorización nos sirve para, en caso de disfunción de la sonda, terapia ineficaz...se pueda avisar al paciente y programar una revisión para corregir aquellos parámetros inadecuados. Enfermería es clave en la consulta de DAI, pues además de revisar los cardio report, es el personal más asequible en caso de dudas y la responsable de los cuidados y educación sanitaria.

COMUNICACIONES LIBRES

Viernes 8 de mayo - Salas B - 09.00-10.00h

OPTA A PREMIO

VALIDACIÓN DE RESULTADOS ANALÍTICOS DE UN GASOMETRO CON MUESTRAS DE SANGRE OBTENIDAS POR ENFERMERÍA DE UN CATETER ENDOVENO

Garcia Merino A.; Roldan López R.; Segura Saint-Gerons C.; Salado Leal A.; Arroyo Moron F.; Mengibar Pareja V.

Servicio de Cardiologia. Hospital Universitario Reina Sofia. Cordoba

INTRODUCCIÓN: Los pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología, con frecuencia se encuentran hemodinamicamente inestables y sufren descompensaciones que requieren una atención urgente. Dentro de esta atención urgente, es necesario conocer la situación del estado interno del paciente. Desde hace dos años disponemos en la planta de hospitalización de Cardiología de un gasómetro (modelo Genius 4000) que permite conocer además otros parámetros analíticos como la hemoglobina, hematocrito, sodio y potasio.

OBJETIVO: Validar los resultados obtenidos de sangre procedente de un catéter endovenoso analizados con el gasómetro, comparándolos con los de una muestra de sangre extraída por venopuncion directa analizada por el laboratorio del hospital y conocer los tiempos de obtención de resultados por ambos métodos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizo un estudio descriptivo y prospectivo con 180 pacientes ingresados consecutivamente en nuestro servicio. A todos se les extrajo 6 ml de sangre venosa por venopuncion directa para el laboratorio central. Al mismo paciente se le extraían 2 ml de sangre por el catéter endovenoso periférico. La analítica extraída por laboratorio seguía su curso habitual y la sangre extraida por nosotros era analizada con el gasómetro. Posteriormente se compararon ambos resultados obtenidos

RESULTADOS: La causa más frecuente de ingreso hospitalario fue insuficiencia cardiaca descompensada (42%). Hubo una correlación significativa entre los parámetros del laboratorio y la del gasómetro en: glucosa ($r=0.93$, $p<0.001$), sodio ($r=0.79$, $p<0.001$), potasio ($r=0.73$, $p<0.001$), hemoglobina ($r=0.64$, $p<0.001$), y hematocrito ($r=0.62$, $p<0.001$). El tiempo en obtener los resultados de una analítica ordinaria fue 213 ± 92 minutos frente a 92 ± 37 minutos extraída de forma urgente y del gasómetro fue de 8,6 ± 3,9 minutos, $p<0.001$.

CONCLUSIONES: Los valores de glucosa, sodio, potasio, hemoglobina y hematocrito obtenidos de sangre venosa procedente de un catéter endovenoso y analizados por nuestro gasómetro son válidos, se obtienen en un tiempo sensiblemente inferior a los resultados de laboratorio, evitan una venopunción al paciente con la disminución del dolor y las molestias que ello conlleva y por último ayudan a una atención más precoz del paciente hospitalizado sobre todo en situaciones de descompensación.

Viernes 8 sala B 09.00h

EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CARDIOLOGÍA ANTE UN NUEVO SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES PARA MEJORA DE SU SEGURIDAD

Roldán López R.; García Merino A.; Segura Saint-Gerons C.; Barrena Ortiz Mª.D.; Ocaña Duran A.; Sánchez Moyano M.; Bujalance Román E.; Mengibar Pareja V.

Servicio de Cardiologia. Hospital Universitario Reina Sofia. Cordoba

INTRODUCCIÓN: Para prestar a nuestros pacientes unos cuidados de calidad es fundamental aportarles seguridad. En estos momentos de crisis en donde, a veces los recursos humanos escasean en nuestros hospitales, debemos utilizar todas las medidas a nuestro alcance para mejorar su seguridad. Desde Octubre del 2008, nuestro hospital ha introducido un nuevo sistema de identificación de los pacientes, mediante pulseras identificativas.

OBJETIVO: Analizar nuestra experiencia con este nuevo sistema de identificación y detectar aquellos factores que podrían mejorarse.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de nuestra experiencia con pacientes ingresados en nuestra unidad desde finales de Octubre a finales de Enero a los cuales se le puso la pulsera identificativa que aporta dos códigos de identificación diferentes.

RESULTADOS: Hemos atendido a 327 pacientes, 117 ingresaron por urgencias, 154 fueron programados y hubo 56 traslados de otros centros .La edad media fue 64 años (14-95) . El 90% ingresaron en nuestra unidad con la pulsera identificativa procedente del servicio de admisión, primer eslabon de este sistema identificativo , el 10% restante no la traía, ya que estos pacientes venían encamados desde otros centros o desde consultas externas, posteriormente se reclamaba a admisión. En ambos casos el personal de enfermería cotejo los datos de la pulsera con los datos de la historia clínica antes de ponérsela ,esta tarea se repetía cada vez que el paciente se desplazaba y volvía a nuestra unidad. El 15% al llevar varios días de ingreso se borraban los datos de la pulsera al mojarse y el 5% hubo que cambiarla de brazo porque impedía el procedimiento de canalización de una vena periférica

CONCLUSIONES: La pulsera identificativa ha permitido que el paciente ingresado en nuestra unidad este identificado como la persona a la que va dirigido nuestros cuidados y tratamiento, con esto hemos conseguido aumentar su seguridad. Al ser un sistema nuevo hay que mejorar aspectos de imprenta y diseño. El personal de enfermería debe tomar conciencia y aceptar este sistema de identificación aunque tenga algunos inconvenientes, ya que mejora la seguridad de nuestros pacientes.

OPTA A PREMIO

TESTS DE FLECAINIDA Y ADRENALINA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

[1]González Navas J.; [2]Jiménez Catena I.; [3]Martínez Quesada M.M.; [3]Rus Mansilla C.; [4]Cortez Quiroga G.; [5]Córdoba Peña C.; [1]Suárez Herreruela I.; [3]Durán Torralba C.

[1]Enfermero. Servicio de Unidad Especial y Urgencias. Hospital Alto Guadalquivir. Andujar. Jaén
[2]Enfermera. Unidad de Cardiología. Hospital Alto Guadalquivir. Andujar. Jaén
[3]Cardióloga. Unidad de Cardiología. Hospital Alto Guadalquivir. Andujar. Jaén
[4]Cardiólogo. Unidad de Cardiología. Hospital Alto Guadalquivir. Andujar. Jaén
[5]Enfermera. Servicio de Unidad Especial y Urgencias. Hospital Alto Guadalquivir. Jaén

INTRODUCCION Y OBJETIVOS: El síndrome de Brugada y el síndrome del QT largo son dos enfermedades congénitas potencialmente letales. Los test de provocación mediante administración controlada de flecainida y adrenalina (para el síndrome de Brugada y QT largo respectivamente) permiten desvelar la presencia oculta de estos síndromes. Nuestro objetivo es describir la experiencia inicial de nuestro centro en la realización de estos tests.

MATERIAL Y METODOS: El trabajo se reliza en un hospital comarcal de tipo IV, con una población de referencia de 66.302 habitantes. El test de adrenalina consiste en la infusión continua de adrenalina a dosis crecientes y el de flecainida de dosis fijas, con la realización de ECG de 12 derivaciones cada 3 minutos. En éste se mide el intervalo QT, se calcula el QT corregido o bien se valora la aparición del patrón del síndrome de Brugada.

RESULTADOS: Desde Junio a Diciembre de 2008 se realizaron en nuestro centro 8 tests diagnósticos. El motivo fue: síncope inexplicado en pacientes sin cardiopatía estructural en 6, y screening familiar de síndrome de Brugada en 2. Eran varones 7 de ellos. No se produjeron complicaciones en ningún caso. Todas fueron negativas. Todos los pacientes se fueron de alta el mismo día.

CONCLUSIONES: La realización de los test de flecainida y adrenalina en hospitales comarcales se ha mostrado una prueba segura y poco costosa. Su implantación en este tipo de hospitales hace que sea más extensible a la población, sin necesidad de ser derivados a hospitales de tercer nivel.

PAPEL DE LA ENFERMERÍA ECOCARDIOGRÁFICA EN LA DETECCIÓN DE LAS ALTERACIONES MIOCÁRDICAS EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Bernado Prats C.; Poyatos Manrubia S.; Calle Gascon X.; Robles Masuet J.; Silva Garcia E.

Hospital Clinic Barcelona. Barcelona

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Chagas es una importante causa de morbimortalidad en los países de América latina, afectando alrededor de 20 millones de personas. La inmigración de personas afectadas ocasiona que esta patología sea cada vez más prevalerte en nuestro país.

OBJETIVOS: Estudiar las alteraciones cardíacas de la enfermedad de Chagas mediante la ecocardiografía realizada por el equipo de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se elaboró un estudio retrospectivo de las 50 últimas ecocardiografías transtorácicas en planos habituales (paraesternal, apical 4 y 2 cámaras), realizadas en los últimos 6 meses a pacientes (18 hombres, 32 mujeres) diagnosticados de Chagas mediante analítica. En el 10% se administró un contraste ecopotenciador en los que la imagen no era óptima para su análisis.

RESULTADOS: En el 92% no se detectó ninguna anomalía ecocardiográfica. Las alteraciones que se detectaron fueron, en un 6% fracción de eyección $<45\%$ y una ligera dilatación del ventrículo izquierdo. En el 2% restante, se detectó un aneurisma apical.

CONCLUSIONES: la enfermería juega un papel importante en la obtención y el análisis de las imágenes para la detección de las alteraciones producidas por la enfermedad de Chagas a nivel cardíaco.

COMUNICACIONES LIBRES

Viernes 8 de mayo - Salas C - 09.00-10.00h

OPTA A PREMIO

ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA: ELABORACIÓN DE UN CAT

Blanco Gómez M.A.

Servicio de Cardiología y Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario de La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN: Enfermería basada en la evidencia es la aplicación consciente, de la mejor evidencia científica disponible, para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, pero ¿cómo se puede llevar esto a la práctica diaria?

OBJETIVO: Elaborar una pregunta clínica desde un escenario. Realizar una búsqueda bibliográfica buscando la mejor evidencia. Hacer una lectura crítica, ver la aplicabilidad a nuestro paciente, implementarlo y evaluarlo. Esta es la estructura de un Critically Appraised Topic.

MATERIAL Y MÉTODOS: Escenario de mi CAT: la unidad de Cardiología. Pregunta ¿el tiempo de inmovilización de un paciente tras cateterismo puede ser reducido de 6 a 3 horas con seguridad para el paciente? Estrategia de búsqueda: (early ambulation OR bed rest) AND (angioplasty OR Heart catheterization).

RESULTADOS: El estudio más relevante "Position and Mobilisation Post-Angiography Study: a comparison of 4.5 hours and 2.5 hours bed rest". Se estudiaron 755 pacientes, 50 fueron retirados del estudio, 362 pertenecían al grupo control con 4,5 h de inmovilización, 343 al grupo experimental con 2,5 h de inmovilización. Se realizó compresión manual durante 10 minutos tras retirada de catéter. No hubo aumento significativo de complicaciones por la movilización precoz tras cateterismo frente a movilización convencional.

CONCLUSIONES: la elaboración de un CAT nos permite responder a una pregunta relevante de nuestra práctica enfermera y así mejorar la calidad de nuestros cuidados. Supone un reto estimulante y nos enseña que debemos y podemos incorporar conocimiento científico basado en evidencia a nuestra práctica clínica.

FIBRILACIÓN AURICULAR SINTOMÁTICA: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DESDE LA UNIDAD ASISTENCIAL

Díaz Fernández A.; Dacosta Rodríguez S.; Prada Barrientos O.; Del Coz García C.; Barbón Fernández Y.; Corcho Sánchez N.; Alonso Gómez B.; Fidalgo Muñiz C.; Díaz Suárez E.

Unidad hospitalaria de cardiología y cirugía cardíaca. Hospital Universitario Central de Asturias

INTRODUCCIÓN: La fibrilación auricular puede tener formas varíadas de presentación clínica, yendo desde pacientes asintomáticos, hasta aquellos que presentan eventos de descompensación hemodinámica con deterioro de la función ventricular.

OBJETIVOS: Verificar y evaluar la contribución de enfermería en la valoración de los síntomas asociados, así como en las actividades enfermeras asociadas en la atención a pacientes afectos de fibrilación auricular sintomática.

MÉTODO: Estudio descriptivo y retrospectivo de una muestra de 67 pacientes portadores de fibrilación auricular e ingresados en nuestra unidad en el período entre febrero del 2008 y febrero del 2009, con registro de datos clínicos al ingreso y de evolución hasta el alta de la unidad.

RESULTADOS: Los signos y/o síntomas más frecuentes fueron: Taquicardia: 35,38 %, Disnea: 30,76%, Mareo: 27,79%, Hipotensión: 20%, Palpitaciones: 16,92%. Las actividades de enfermería asociadas más frecuentes fueron: Aviso al médico: 81,8%, Reposo: 80%, Oxigenoterapia: 45,45%, Telemetría: 27,27%, Pulsioximetria: 21,81%.

CONCLUSIONES: Se detectó sobretodo sintomatología característica de la arritmia descontrolada (taquicardia, disnea, mareo, palpitaciones) y pocos síntomas en relación a los efectos adversos de los fármacos utilizados (hipotensión, bradicardia). Las actividades de enfermería asociadas más frecuentes (reposo, aviso al médico) con clara diferencia al resto de medidas más resolutivas (pulsioximetría, oxígenoterapia, EKG/monitorización, venopunción, fluidoterapia) reflejan un déficit en el rol autónomo de enfermería en la atención urgente en pacientes con patología cardíaca. La detección precoz por parte de enfermería de las desestabilizaciones y la adopción correcta de actividades de respuesta enfermeras de vigilancia y tratamiento, evitan un empeoramiento de la situación clínica del paciente.

¿ES FIABLE EL REGISTRO AUTOMÁTICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR?

Romero Quintela M.L.; Abad Picos E.; Facorro Pallares S.; Marín Gálvez J.; Cainzos Vázquez M.; García Couto M.J.

Unidad de Corta Estancia Médica (UCEM), Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña

OBJETIVOS: Determinar la concordancia entre dos instrumentos de medición de presión arterial (PA) y si dicha concordancia se modifica por la presencia o no de fibrilación auricular (FA)

MATERIAL Y METODOS: Ámbito de estudio: UCEM del CHUJC. Tipo de estudio: prevalencia. . Criterios de exclusión: portadores de marcapasos, desfibrilador implantable automático, con ritmos cardiacos alternantes, o reingresos durante el estudio. Tamaño muestral: 207 pacientes (107 con FA y 100 sin arritmia cardiaca). Variables: edad, sexo, índice de masa corporal, patologías, y tratamiento. Los esfigmomanómetros usados fueron un manómetro manual y otro automático Se realizaron 4 tomas, manual y automática, a intervalos de 5 minutos. Para los cálculos estadísticos se calculó la media de las 4 mediciones. Se realiza un estudio descriptivo de las variables. Las cuantitativas se expresan como media ± desviación típica y las cualitativas como valor absoluto y porcentaje. Se determinó la correlación por medio del coeficiente de correlación de Pearson y la concordancia por medio de la metodología de Bland-Altman e índice de Kappa.

RESULTADOS: La diferencia entre las mediciones de PAS automática y manual según presentase o no FA ha sido de -0.21 y -1.03 mmHg. En la PAD fue de -4.61 y 0.44 mmHg, y en la FC de -0.64 y -0.07 1pm.

CONCLUSIONES: Existe una alta correlación entre ambas mediciones que disminuye discretamente en pacientes en fibrilación auricular La discordancia al comparar medias es clínicamente irrelevante.

OPTA A PREMIO

ADMINISTRACIÓN DE HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR Y COMPLICACIONES LOCALES EN PACIENTES DE CARDIOLOGÍA

Iglesias Mier T.; Alcahud Cortes C.; Lázaro Castañer C.; ; Corcoles Jiménez P.; Gonzalez Alvarez T.; Laserna Ibáñez F.; Sánchez Córcoles D.; Simarro Garrigos C.

Servicio de cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

INTRODUCCIÓN: La administración subcutánea de heparina de bajo peso molecular (HBPM) provoca graves hematomas en las zonas de inyección.

OBJETIVO: Cuantificar y describir complicaciones locales secundarias a administración de HBPM en pacientes cardiológicos y no cardiológicos, determinando factores de riesgo relacionados con su aparición.

METODOLOGÍA: Estudio observacional longitudinal prospectivo. Mediante muestreo no probabilístico consecutivo, incluimos 172 pacientes tratados con HBPM. Variables: datos sociodemográficos, diagnósticos, antropométricos, dosis de HBPM, tratamientos simultáneos , características de complicaciones locales, signos y síntomas.Se reviso a los pacientes cada 48h . Análisis descriptivo y bivariante mediante el programa SPSS.11; nivel de significación estadística :$p < 0,05$.

RESULTADOS: El 46,8% de los pacientes desarrolló entre 1 y 5 hematomas (media= 1,83).Extensión media =53cm² (rango= 2-370). Localización: flancos y zona periumbilical ! 80% de ellos y 19 se acompañaron de induración. Síntomas: dolor durante 3,62 dias de media (rango 1-11) en 10% de los pacientes afectados. Complicaciones en pacientes cardiológicos: 23,58% más que en no-cardiológicos (p= 0,002). Además han mostrado relación con la aparición de complicaciones locales otros factores de riesgo : dosis acumulada de HBPM (p= 0,000), número de inyecciones (p= 0,001), tratamiento simultáneo con antiagregantes (p= 0,009), perímetro abdominal (p= 0,012), edad (p= 0,019), sobrepeso (p= 0,029), y realización de cateterismo cardíaco(p= 0,034).

CONCLUSIÓN: Las complicaciones locales no han obligado a suspender ningún tratamiento. En pacientes cardiológicos aparecen más complicaciones locales, relacionadas a tratamientos y técnicasasociadas a la patología cardiaca.

Viernes 8 sala C 09.00h

OPTA A PREMIO

EL FACTOR HUMANO, LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS RELACIONADOS CON INFECCION NOSOCOMIAL DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA EN CARDIOLOGIA

[1]Gálvez Deltoro M.L.; [2]Martínez Momblán M.A.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; [1]Unitat Malalties Infeccioses; [2]Escola Universitaria d'Infermeria

INTRODUCCIÓN: Enfermería debe sensibilizarse con los distintos elementos que constituyen los pilares de la seguridad del paciente: Investigación, prácticas seguras, cultura en seguridad y formación. Las infecciones de localización quirúrgica (ILQ) son las infecciones nosocomiales más frecuentes en el paciente quirúrgico. Los diagnósticos enfermeros son un instrumento para la práctica asistencial.

OBJETIVO: •Conocer las ILQ cirugía cardiaca (CC) •Evaluar un plan de cuidados enfermeros.

MATERIAL Y MÉTODO: •Estudio de incidencia de los enfermos operados CC 2005, año de traslado a un nuevo hospital, •Los registros de enfermería fueron revisados desde el momento del ingreso hasta el alta: planes de cuidados que se aplicaron en este tipo de enfermos, problemas, factores relacionados, objetivos y actividades en el pre y posoperatorio.

RESULTADOS: •542 enfermos operados, edad media 67(14-86) años, 172 mujeres, edad media 67(14-84) años, 370 hombres, edad media 65(15-86) años, Riesgo anestésico American Society Anesthesiologist (ASA): II (17), III (253), IV (262), V (10), Duración media intervenciónes quirúrgicas 262,91(1140-60) minutos, Tipo de cirugía: valvular (240), coronaria (223), coronaria-valvular (42), trasplante cardíaco (20), otras (15). Enfermos infectados 68(12,5%), 90 infecciones: 1,3 por paciente infectado. •Seleccionamos de 3 planes de cuidados, 1 problema: riesgo de infección, 6 factores relacionados, 6 objetivos y 20 actividades relacionadas con él.

CONCLUSIONES: 1.Introduciendo listas de verificación de los procedimientos en los registros enfermeros conseguiremos una atención sanitaria más segura y por tanto de mayor calidad. 2.El programa informático de plan cuidados estándar utilizado, no permite la extracción fácil de datos para realizar investigación enfermera.

CASOS CLÍNICOS

Jueves 7 de mayo - Salas A - 17.30-18.30h

OPTA A PREMIO

REHABILITACIÓN CARDIACA Y TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS: A PROPÓSITO

García-Hernández P.; Yudes-Rodríguez E.

Unidad de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardiaca.
Servicio de Cardiología y Unidad CMA. Hospital Universitario San Cecilio.Granada

INTRODUCCIÓN: La transposición de grandes vasos es una rara malformación cardiológica congénita, que se acompaña de otras anomalías cardiacas. La supervivencia es escasa tras la sexta década y, la clínica predominante, el fallo cardiaco y muerte súbita. La incidencia media total en España, según el registro ECEMC incluido en el EUROCAT, sobre nacidos vivos/muertos desde 1980-2006, es de 0,117 ‰.
La peculiaridad extrema del caso, la edad del paciente, la inexistente bibliografía sobre rehabilitación cardiaca y esta patología y la estratificación del paciente en "muy" alto riesgo cardiológico, han inducido este trabajo.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Varón de 18 años con transposición de grandes vasos y comunicación interventricular corregidas, con disfunción ventricular severa. Implantación de DAI por parada cardiaca. Se propone su ingreso en el Programa de Rehabilitación Cardiaca (PRC), iniciándolo en Febrero 2008, presentando NYHA II-III, Fracción de Eyección deprimida severamente, Ergometría (Naughton) 5 Mets con extrasístoles ventriculares. Estratificación de riesgo cardiaco: "muy" alto riesgo. Tratamiento: Carvedilol, Losartán, Digital, Acenocumarol.

DISCUSIÓN: Tras valoración de enfermería, educación sobre modificación del estilo de vida, se desarrollo el programa durante tres meses, con planificación/control(telemetría) del ejercicio, intra y extrahospitalario. Se obtiene al final del programa un NYHA I-II, Ergometría (Bruce) 9 Mets.
Se diseño un Plan de Cuidados de Enfermería para la transposición de grandes vasos incluido en un PRC; atendiendo a los diagnósticos de enfermería: Riesgo de intolerancia a la actividad, Trastorno de la autoestima, Déficit de conocimientos: enfermedad, Conductas generadoras de salud, Sedentarismo, Ansiedad ante la muerte.
La mejora de la capacidad funcional, calidad de vida, autoestima y seguridad percibida es contundente, evidenciando la idoneidad de los PRC en patologías de "muy" alto riesgo cardiológico, usualmente proscritas de estos.

PALABRAS CLAVE DESCRIPTORES: Transposición grandes vasos, Incidencia, Cardiopatía congénita, Rehabilitación Cardiaca, Instituciones de cuidados especializados de enfermería, Enfermería en rehabilitación, Planes de cuidados.

CASOS CLÍNICOS

OPTA A PREMIO

SÍNDROME CORONARIO AGUDO DESENCADENADO POR CONSUMO DE COCAÍNA

Basanta Castro M.J.; Núñez Tallón M.A.; Pérez Fernandez A.M.; Abad García M.M.; Quiroga Iglesias R.M.; Gallego López M.I.; Jimenez Serrano C.A.; Seco Aldegunde S.I.

Unidad de Hospitalización de Cardiología. Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo. Lugo

INTRODUCCIÓN: La cocaína es la segunda droga ilegal más consumida. La frecuencia es mayor en hombres entre 18 y 35 años. Estudios experimentales y datos epidemiológicos han establecido una fuerte asociación entre el consumo de cocaína y una mayor incidencia de problemas cardiovasculares en personas jóvenes que no deberían presentar estas patologías.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Se presenta el caso de un varón de 23 años, consumidor de cocaína los fines de semana y de hachís todos los días. Acude al servicio de urgencias, la mañana de un domingo, con dolor torácico opresivo, irradiado a brazo izquierdo con síntomas vegetativos, se le realiza electrocardiograma donde se objetivan elevación del ST en cara inferior y lateral, los resultados analíticos: CK 900, Troponina 13,43. Se le realiza un cateterismo cardíaco en el que se objetivan: Fracción de eyección de 64%, coronarias sin lesiones angiograficamente significativas, ventrículo izquierdo no dilatado con función sistólica conservada. La valoración de enfermería se centró en el temor e inseguridad del paciente. El enfermo se negó a que su familia conociera su adicción a las drogas.

METODOLOGÍA: Basándonos en la valoración de enfermería elaboramos un Plan de Cuidados individualizado utilizando el modelo de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

CONCLUSIÓN: Un plan de cuidados individualizado dirigido a garantizar la seguridad del paciente así como la necesidad de aprender y comunicarse con su familia, haciendo hincapié en la educación sanitaria para corregir estilos de vida y prevenir nuevos episodios.

OPTA A PREMIO

HIPOTERMIA INDUCIDA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA

Diez Martinez Y.; Bernardos Ramos C.; Gomez Alcibar C.; Ortega Aita M.S.; Rodríguez Molinuevo A.

Servicio de Cardiología Intensiva. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya

INTRODUCCIÓN: Las paradas cardio-respiratorias (PCR) representan un gran problema para la salud pública. La mayor morbi-mortalidad post PCR es persistente daño cerebral tras la restauración de circulación espontánea. Numerosos estudios demuestran que la inducción de hipotermia leve disminuye las alteraciones neurológicas de los pacientes con PCR extrahospitalaria por fibrilación ventricular (FV).

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Se presenta un caso de un varón de 44 años que ingresó en Cardiología Intensiva tras PCR por FV en su puesto de trabajo. Se indujo hipotermia según protocolo de nuestra Unidad: Monitorización de temperatura central, sedación y bloqueo neuromuscular, medidas de enfriamiento para conseguir y mantener temperatura corporal en 32º - 34ºC durante 12 – 24 horas. Se alcanzó temperatura objetivo de 32ºC en 6 horas. Tras 24 horas se extubó. Neurologicamente: Buen nivel de alerta, sin déficit motores, sensitivos, ni cognitivos, amnesia sobre el episodio y de fijación de recuerdos. A las 90 horas categoría de Glasgow- Pittsburg de recuperación cerebral de 2. Dado de alta a planta con telemetría.

PLAN DE CUIDADOS: Aplicamos taxonomía NANDA, NIC – NOC según las necesidades humanas básicas.

INTERVENCIONES: Se relacionan con el cuidado post PCR a las que añadimos las derivadas específicamente de la hipotermia inducida. El diagnóstico "1.2.2.2 hipotermia" conllevó intervenciones encaminadas no a corregirla, sino a paliar y prevenir los efectos adversos que puede conllevar.

DISCUSIÓN: La hipotermia constituye el primer tratamiento de eficacia probada en los pacientes recuperados de un paro cardiaco por lo que su aplicación debería extenderse a todas las PCR sea cual sea su origen.

OPTA A PREMIO

MUERTE SÚBITA EN PACIENTE DE 15 AÑOS POR EL SÍNDROME DEL QT LARGO

[1]Sáiz Fernández G.; [2]Alconero Camarero A.R.; [1]Ceballos Gandarillas E.; [1]Noriega Asensio N.; [1]Frontaura Pérez B.

[1]Unidad Coronaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander
[2]Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud Valdecilla. Santander

El síndrome de QT largo (QTL) congénito es una enfermedad de los canales iónicos cardiacos caracterizada por una prolongación anormal del intervalo QT en el electrocardiograma. Los síntomas incluyen arritmias ventriculares polimorfas, pudiendo desembocar en pérdidas del conocimiento (síncopes), convulsiones, paradas cardíacas y muerte súbita. El síndrome de QTL afecta predominantemente a adolescentes y adultos jóvenes con corazón estructural y funcionalmente normal pero que subyace una alteración en los canales. Observación clínica: Adolescente de 15 años que ingresa en la Unidad Coronaria (UC) tras Parada Cardiorrespiratoria extrahospitalaría reanimada secundaria a Síndrome del QTL. Se han llevado a cabo tres diagnósticos enfermeros NANDA, NOC, NIC que corresponden a dos fases diferencias del proceso: la fase en la que el paciente se encuentra sedado y conectado a ventilación mecánica en la cual el diagnóstico enfermero (DdE) va dirigido a los padres (Ansiedad00148), y la fase en la que el paciente se encuentra sin sedación y conciente. En esta fase los DdE están centrados en la familia y en el propio paciente (Disposición para mejorar el Afrontamiento00158, Déficit de autocuidados: alimentación 00102, Baño/higiene00108). Los problemas interdependientes (retención urinaria). Cinco días después de la Muerte Súbita es dado de alta tras mantener una evolución hemodinámica estable y comprobar que el dispositivo automático implantable estaba normofuncionante. Igualmente, es valorado por Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil tras la valoración de las secuelas neurológicas secundarias a la anoxia cerebral durante la parada cardiaca.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA AL PACIENTE TRASPLANTADO

Castelao Alvarez A.I.; García Uriarte M.A.; Gutierrez Badia L.; Lorenzo Posada M.J.; Pagan Velasco V.M.

Centro de Atención Primaria Sant Pere i Sant Pau, Tarragona. Tarragona

INTRODUCCIÓN: El aumento en la incidencia de la población trasplantada y la mejora de la supervivencia en estos pacientes, hace cada vez más importante la participación activa por parte de la enfermera de Atención Primaria.

OBJETIVO: Ofrecer un cuidado integral, evitar complicaciones y fomentar la autonomía del paciente unificando criterios de intervención en el abordaje del paciente trasplantado coronario.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta un caso de un paciente varón de 51 años diagnosticado de Amiloidosis, Encefalopatía Hipertensiva, y diversa patología cardiaca que finalmente es intervenido quirúrgicamente de Trasplante Cardiaco y Hepático. El paciente requiere Atención Domiciliaria tras recibir Alta Hospitalaria. Se elabora un Plan de Cuidados según el modelo de Virginia Henderson y Taxonomía NANDA, NIC y NOC.

RESULTADOS: Descripción de las visitas domiciliarias, Diagnósticos de enfermería prioritarios, Objetivos e Intervenciones realizadas al paciente.

CONCLUSIONES: Es importante conocer las principales complicaciones del paciente trasplantado, realizar las intervenciones y seguimiento adecuados, ya que contribuye a mejorar la calidad de vida y disminuir la ansiedad en estos pacientes.

PACIENTE CON ANGINA REFRACTARIA EN TRATAMIENTO CON TENS: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Pérez Vázquez B.; Duque López E.A.; Varona Gutierrez R.

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid

INTRODUCCIÓN: La angina refractaria es la enfermedad coronaria que se manifiesta con episodios de dolor isquémico muy frecuentes al esfuerzo y/o en reposo en un paciente sometido al máximo tratamiento farmacológico tolerado y al cual no puede aplicarse ningún procedimiento de revascularización del miocardio.Supone una grave afectación de la calidad de vida y el tratamiento con esta técnica aporta una esperanza hacia el objetivo de conseguir el máximo confort en esta última fase de la enfermedad.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Varón de 69 años:fumador, Hipertensión con repercusión visceral, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica crónica con angina de esfuerzo inestable, enfermedad de tres vasos calcificada no revascularizable, claudicación intermitente, aneurisma de aorta abdominal e ilíaca derecha desestimado para cirugía, insuficiencia renal crónica severa desestimado para diálisis. Ingresó por angina de reposo con múltiples episodios diarios. Ante la evolución tórpida del enfermo y dado que ya no se podía incrementar más la medicación antianginosa y que era imposible retirar la Nitroglicerina intravenosa, se solicitó a la Unidad del Dolor la implantación de TENS. En la valoración de enfermería según el modelo de Virginia Henderson se detectaron las siguientes necesidades alteradas: respiración, alimentación, movilización, reposo-sueño, higiene, seguridad, creencias-valores, aprendizaje.

PLAN DE CUIDADOS: Basándonos en dichas necesidades formulamos los siguientes diagnósticos de enfermería: Intolerancia a la actividad, Ansiedad, Déficit de autocuidado, Conocimientos deficientes. Identificamos Dolor anginoso, Edema Agudo de Pulmón, Arritmias e Insomnio como complicaciones potenciales.

DISCUSIÓN: La electroestimulación transcutánea puede ser considerada un método eficaz, relativamente fácil, fiable y seguro en el tratamiento de los enfermos con angina refractaria mejorando su calidad de vida.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON VENTRICULO ÚNICO

Luque López R.; Roldán López R.; García Merino A.; Salado Leal A.; Muñoz Medina M.; Segura Saint-Geróns C.; Ocaña Durán A.; Arroyo Morón.

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN: Paciente de 33 años, con ventrículo único por atresia tricúspide, cirugía de Fontan con 9 años, hipertiroidismo por fármacos, cirrosis hepática por virus C, hipertensión portal y anemia hemolítica autoinmune. En la actualidad múltiples ingresos en nuestra unidad.

OBJETIVOS: Aplicar etiquetas diagnósticas entre las cuales se eligió: deterioro de la movilidad físico (00085), ansiedad (00146) y afrontamiento inefectivo (00069) .Ayudar a los cuidadores a afrontar la enfermedad. Controlar la ansiedad, proporsionando información.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo sobre un paciente valorado para trasplante cardiaco y hepático descartado en la actualidad por causas clínicas. Durante su larga estancia en el hospital se utilizó la taxonomia NANDA, mediante una valoración inicial de enfermería realizando posteriormente un plan de cuidados.

RESULTADOS: Su movilidad física (0208) pasó de estar sustancialmente comprometida a levemente. Superó su situación de salud (130012). Se consiguió una disminución en los factores estresantes del cuidador familiar (2208)

CONCLUSIONES: Los cuidados de enfermería lograron la satisfacción del paciente, familia (3010) proporsionandoles seguridad y han favorecido la autoestima a un paciente que ha sufrido la enfermedad desde su infancia.

CASOS CLÍNICOS

OPTA A PREMIO

¿CÚANDO ME PONEN EL MARCAPASOS?

Moratino Villalba A.I.; Arenas Fernández C.V.; Sánchez Donaire A.; García González M.

Unidad Coronaria. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

INTRODUCCION: El bloqueo aurículo ventricular completo es una alteración de la conducción eléctrica del corazón que requiere la implantación de un marcapasos, lo que habitualmente conlleva un ingreso de 2-3 días. Este caso clínico 28 días.

OBSERVACION CLINICA: Se presenta el caso de un varón de 72 años que ingresó por bloqueo aurículo ventricular completo, con un ritmo de escape de 34 latidos por minuto (lpm). Se colocó introductor en yugular interna derecha y cable de marcapasos conectado a una pila a 60 lpm. Se programó implantación de marcapasos definitivo dos días después. Previa implantación, el paciente presentó fiebre de 38ºC, suspendiéndose el implante. Se sacaron hemocultivos y se inició tratamiento antibiótico. Posteriormente hizo varios picos febriles, precisó varias muestras de hemocultivos, cambios de tratamiento antibiótico, nuevos introductor y cable de marcapasos, esta vez por vena femoral derecha. Se colocó una vía central de acceso periférico para tratamiento intravenoso y extracción de analíticas. La implantación del marcapasos definitivo se realizó 24 días después de su ingreso.

PLAN DE CUIDADOS: Se realizó valoración de enfermería según patrones de M. Gordon y utilizamos la taxonomía NANDA-NIC-NOC. Destacar como diagnósticos: riesgo de deterioro de la integridad cutánea y riesgo de síndrome de desuso r/c reposo en cama y dolor agudo r/c técnicas invasivas

DISCUSIÓN: El papel de la enfermería en este caso, ha evitado numerosas complicaciones, ya que el paciente al estar encamado y haber necesitado numerosas extracciones analíticas y antibioterapia prolongada, ha precisado cuidados integrales. Con estos cuidados hemos evitado la aparición de ulceras por presión, estreñimiento, desorientación, rigidez articular, alteración del sueño, dolor,... La colocación del catéter central por parte de enfermería evitó múltiples pinchazos y flebitis al paciente.

OPTA A PREMIO

PACIENTE CON SECUELAS POR ESTANCIA PROLONGADA EN UCI.CASO CLÍNICO. TIPO: CASO CLÍNICO

Arquellada Martínez M.M.; Carrasco García B.; Cruzado Álvarez C.

Unidad de Gestión del Corazón. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN: Es importante desarrollar Planes de Cuidados individualizados, que recojan las intervenciones enfermeras, para minimizar el efecto de las secuelas y mejorar la calidad de vida de pacientes con ingresos prolongados en cuidados intensivos.

OBSERVANCIA CLÍNICA: Varón extranjero de 62 años que ingresa en la unidad de hospitalización trasladado de un hospital comarcal con cuadro de insuficiencia cardiaca. A los 10 días se realiza cirugía programada; implante prótesis mitral. Tras larga estancia (55 días) en cuidados intensivos, reingresa en hospitalización presentando secuelas que suponen una disminución de la calidad de vida previa a la intervención.

METODOLOGÍA: Se elabora Plan de Cuidados Individualizado (PCI) utilizando para la recogida de datos: Valoración 14 Necesidades de Virginia Henderson y taxonomía diagnóstica NANDA, NOC, NIC.
Cuestionarios de valoración enfermera: índice de Barthel, índice de esfuerzo del cuidador.
Se emite al alta: Informe de Continuidad de Cuidados e Informe de Riesgo Nutricional.

RESULTADOS: En un principio las intervenciones de enfermería con este tipo de pacientes, estuvieron basadas en: suplir completamente sus necesidades básicas, después según evolucionó su proceso, modificamos su plan de cuidados. Se detectaron:
Diagnósticos de Enfermería: Intolerancia a la actividad ,Deterioro de la comunicación verbal, Afrontamiento inefectivo.
Problemas de colaboración/ complicaciones potenciales: disnea, dolor, infección.
Problemas de autonomía: incapacidad total para el autocuidado, deterioro de la integridad cutánea.

CONCLUSIONES: La aplicación de un PCI nos permite la máxima eficiencia y la consecución de resultados beneficiosos. El proceso enfermero debe centrase en la respuesta del paciente- familia a los problemas de salud.

LA COORDINACIÓN ENTRE DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

[1]Marichal Plana M.; [1]González Marcos M.; [2]Garcia Garrido L.L.; [2]Valverde Rodríguez S.

[1]Enfermeras gestoras de casos de Atención Primaria de Girona (EGC-AP). Girona
[2]Enfermeras Clínicas programa PiSA Hospital Dr. J. Trueta de Girona. Girona

INTRODUCCIÓN: Uno de los elementos claves en la calidad de los servicios ofrecidos a los pacientes con insuficiencia cardiaca es la continuidad de los cuidados entre el hospital y la atención primaria.

MÉTODO: Presentamos el caso de un señor de 68 años con hipertensión, dislipèmia, fumador y enolismo importante. En el 2007, llega a urgencias con IC en edema agudo de pulmón. Además, se diagnosticó una cardiopatia isquémica. El señor sufría un trastorno social importante, vivía solo sin familia próxima y en una casa inhabitable. Dadas las características propias y de diagnóstico, se atendió el caso desde el programa de Prevención y Soporte al Alta (PiSA) beneficiándose de la atención de una enfermera a domicilio.

RESULTADOS: En catorce meses, fue a urgencias cuatro veces por dolor precordial. En una ocasión, ingresó y se desestimó la cirugía cardiaca. Al mismo tiempo, el paciente realizó cinco visitas de seguimiento en el hospital y 22 veces fue la enfermera domiciliaria de AP a su domicilio. Desde el alta hospitalaria, el señor se vinculó al equipo de Atención Primaria y servicios sociales. Mejoró la habitabilidad de la vivienda. Realizó cambios en los hábitos de vida: se abstuvo de fumar y de beber, siguió una dieta baja en grasas saturadas y hiposòdica. Y se adhirió al tratamiento farmacológico.

CONCLUSIÓN: La comunicación y la colaboración entre los diferentes equipos asistenciales así como la asunción de la responsabilidad por parte del señor hizo posible que manejara su enfermedad, que mejorara su estado clínico y que se volviera a revalorar otros tratamientos descartados previamente.

CASOS CLÍNICOS

Jueves 7 de mayo - Salas B - 17.30-18.30h

OPTA A PREMIO

MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA O ESPONGIFORME

Carrero Carretero V.; Fernández Sánchez A.M.; García Bermejo Cuesta R.M.

Servicio de Cardiología. Intituto de Cardiología. Madrid

INTRODUCCIÓN: La miocardiopatía espongiforme es una forma muy infrecuente de miocardiopatía congénita, resultado de la interrupción en el normal desarrollo embrionario endomiocárdico, consistente en la no compactación del miocardio ventricular.

OBJETIVOS:
- Definir la patología, poco conocida y de difícil diagnóstico diferencial.
- Realizar un Plan de Cuidados enfermeros personalizado.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Paciente de 39 años que ingresa con diagnóstico de insuficiencia cardiaca refiriendo disnea de esfuerzo con ortopnea. Tras la realización de un ecocardiograma se le diagnóstica de cardiopatía espongiforme con afectación principalmente izquierda y función sistólica del ventrículo izquierdo severamente deprimida. Durante su estancia hospitalaria estuvo en tratamiento con diuréticos, IECAS y carvedilol (Coroprés), evolucionando favorablemente.

METOLOGÍA: Se realiza Plan de Cuidados utilizando la valoración según el modelo de Virginia Henderson y la taxonomía (NANDA, NOC-NIC).

CONCLUSIONES: Consideramos que la realización de este caso clínico aporta nuevos conocimientos sobre esta patología cuyo diagnóstico está incrementando en los últimos años gracias a los avances diagnósticos de dicha patología, pudiendo mejorar la calidad de los cuidados enfermeros.

OPTA A PREMIO

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON MIOCARDITIS Y MUERTE SÚBITA RECUPERADA

Aldanas Sánchez E.; Aparicio Zaldívar E.G.; Barroso Pellico J.A.; Bermejo Carretero N.; Fernández García C.M.; Fernández Moreno O.; García Mainez S.; González Pozuelo A.; Heredia Reina M.P.; Lozano Pérez N.; Llamazares Feliz L.; Martín-Luengo Lorente M.D.; Muñoz de la Fuente M.M.; Pavesio Bergua A.M.; Toledano Solano A.

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

INTRODUCCIÓN: La miocarditis es un proceso inflamatorio que afecta al miocardio en respuesta a la acción de diversos agentes infecciosos, químicos o físicos La miocarditis activa puede dar lugar ocasionalmente a muerte súbita y en un porcentaje bajo desarrollar miocardiopatia dilatada.

OBSERVACIÓN CLINÍCA: Paciente mujer de 40 años, sin antecedentes cardiológicos relevantes, tras sufrir PCR prolongada, con ritmo de fibrilación ventricular, iniciando maniobras de Reanimacion tras 5 minutos y con duración de 20 hasta pulso efectivo, ingresa en UCI, se realiza hipotermia terapéutica, ventilación mécanica durante 48 horas con neumonía potextubación por Staphilococo Aureus sensible sin precisar nuevamente intubación, y con recuperación neurológica completa. Cateterismo con coronarias normales, tras estabilización pasa a unidad de Hospitalizacion. Se completa estudio cardiológico con: biopsia cardiaca, RMN, TAC; desestimando EEF por presentar TV sostenidas frecuentemente. Se diagnostica de miocarditis complicada y se implanta DAI, como consecuencia precisa colocación de tubo de tórax por neumotórax. El objetivo es crear un plan de cuidados de enfermería personalizado, utilizando la taxonomía NANDA II, Nic, NOC y valoración por patrones funcionales de M. Gordon.

CUIDADOS DE ENFERMERIA A UN PACIENTE TOXICÓMANO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN CARDIÓLOGICA

Bujalance Román E.; Arroyo Morón F.; Sánchez Moyano M.; Segura Saint-Gerons C.; Luque López R.; Barrena Ortiz M.; Roldan López R.; Mengibar Pareja V.

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN: Paciente de 39 años de edad, diagnosticado de síndrome coronario agudo. Consumidor habitual de sustancias tóxicas (alcohol y cannabis), con afrontamiento inefectivo del régimen terapéutico, que presentó riesgo de autolesión con violencia dirigida a otros.

OBJETIVO: Conseguir a través de intervenciones de enfermería mejorar el afrontamiento al régimen terapéutico del paciente y su cuidador, su madre (00069). Modificar las conductas violentas (1401). Planificar la continuidad de cuidados en su domicilio a través de la enfermera de enlace hospitalaria con la enfermera de atención primaria, y posteriormente realizar una valoración de resultados.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo del plan de cuidados que se realizó a este paciente basado en la taxonomía NANDA

CONCLUSIONES: La ejecución de este plan de cuidados hizo que el personal de enfermería proporcionara al paciente la aceptación de su estado de salud, autocontrol de la conducta violenta y mayor adherencia al régimen terapéutico delegando su seguimiento a su enfermera de enlace comunitario.

OPTA A PREMIO

CASO CLÍNICO: GESTANTE CON FETO DIAGNOSTICADO PRENATALMENTE DE TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA

[1]Urreta Muñoz A.; [1]Bacaicoa Parrado; [1]Díaz Herrera V.; [1]Gea Valero M.; [2]González González R.

[1]DUE Servicio de Cardiología y Cirugía Cardiaca. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona
[2]DUE Servicio de Radioterapia. Hospital Duran i Reynals. Hospitalet de Llobregat. Barcelona

El diagnóstico precoz de cualquier patología fetal es fundamental para ofrecer al feto y a los padres un tratamiento adecuado intraútero y postnatal evitando así, en la medida de lo posible, otras complicaciones posteriores y disminuyendo la morbi-mortalidad del recién nacido. En la mayoría de las ocasiones los profesionales nos concentramos exclusivamente en la resolución de dichas patologías dejando en un segundo plano la figura de los padres. Estos suelen estar abrumados y asustados, la idea del bebé perfecto se ha esfumado y deben empezar a pensar en las necesidades especiales que este niño puede llegar a tener, e incluso en la posibilidad de que el embarazo no llegue a buen término. En nuestro caso, hemos querido centrarnos en la figura materna. Presentamos el caso de una primigesta de 31 años de edad a la que durante un control rutinario en la 26ª semana de gestación se le detectó una taquicardia fetal. Basándonos en las 14 necesidades de Virginia Henderson hemos elaborado el plan de cuidados de enfermería para la madre y desarrollado los diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

OPTA A PREMIO

ENFERMO CARDIOLÓGICO, ¿ENFERMO LÓGICO?

Álvarez Morales A.; Chaves Cuñado B.; Cozar Benito A.; López García E.; García Hernández M.; García Jiménez S.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid

INTRODUCCCIÓN: Frecuentemente se asocia la sintomatología a la gravedad de una patología. Cuanto mayor es el número y la intensidad de los síntomas, mayor es la percepción de gravedad por parte del paciente. Debido a esto en la mayoría de los casos en los que hay poca o escasa sintomatología, el paciente puede mostrarse más reacio hacia los cuidados y tratamientos y escéptico en relación a su enfermedad.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Presentamos caso de mujer de 41 años perteneciente al ámbito sanitario (médico) que ingresó en nuestra unidad por taquicardias ventriculares (TV) sostenidas con pulso. En todo momento la paciente refirió no tener sintomatología, mostrándose reticente tanto al tratamiento médico como a los cuidados de enfermería. Incluso en los episodios de TV sostenidas (mayores de 40 minutos de duración), se negó a mantener reposo, tomar o dejarse administrar el tratamiento pautado, permitir la realización de electrocardiogramas, tomarse la tensión arterial, etc. La actitud de la paciente hacia el personal sanitario fue de total desconfianza, cuestionando el diagnóstico médico e intervenciones de enfermería. Como consecuencia no fue posible llevar a cabo el plan de cuidados de enfermería para esta paciente por su falta de colaboración. En este caso la ausencia de sintomatología grave, incluso en un paciente perteneciente al ámbito sanitario, fue causa de falta de percepción de la gravedad de la situación, provocando retraso en la consulta al hospital y dificultad en la aceptación del tratamiento médico y cuidados de enfermería.

OPTA A PREMIO

CASO CLÍNICO: VARÓN JOVEN, DIPLOMADO EN ENFERMERÍA, DIAGNOSTICADO DE FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO

[2]González González R.; [1]Bacaicoa Parrado; [1]Díaz Herrera V.; [1]Gea Valero M.; [1]Urreta Muñoz A.

[1]DUE Servicio de Cardiología y cirugía cardíaca. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona
[2]DUE Servicio de Radioterapia Hospital Duran i Reynals. Hospitalet de Llobregat. Barcelona

La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia crónica más común y la de mayor trascendencia clínica. En el caso de ser de corta duración y/o ceder de forma espontánea o tras tratamiento farmacológico se denomina FA paroxística. Alrededor del 20% de los pacientes con FA paroxística progresa a FA persistente en el plazo de 4 años. La clínica de esta arritmia es variable y puede cursar con diferentes manifestaciones (palpitaciones, dolor torácico, fatiga...) y está altamente asociada a fenómenos embólicos, desarrollo de insuficiencia cardíaca y deterioro de la función ventricular. Se trata de una arritmia de elevada incidencia en el grupo de edad de mayores de 65 años y son pocos los diagnósticos en pacientes menores de 35 años, aproximadamente un 0.2% del total de la población según algunos estudios. Presentamos el caso de un varón joven, enfermero de profesión, sin patologías previas a destacar que a los 30 años debutó con diagnóstico de FA paroxística focal. Esto provocó cambios drásticos en su estilo de vida, conllevándole problemas de adaptación clínica, farmacológica y psicológica. Basándonos en las 14 necesidades de Virginia Henderson hemos elaborado el plan de cuidados de enfermería para el paciente y desarrollado los diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

OPTA A PREMIO

MUJER INTERVENIDA DE TRASPLANTE CARDIACO. CASO CLÍNICO

[1]Frontaura Pérez B.; [1]Ceballos Gandarillas E.; [1]Noriega Asensio N.; [1]Acuña Riaño C.; [2]Alconero Camarero A.R.

[1]Unidad Cuidados Intensivos Cardiológicos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria
[2]Profesora titular. Escuela Universitaria de Enfermeria Casa Salud Valdecilla. Santander. Cantabria

INTRODUCCIÓN: En la evolución de la insuficiencia cardiaca (IC) además de los tratamientos convencionales, existe el trasplante cardiaco (TC) como única opción terapéutica disponible cuando los tratamientos anteriores han fracasado. Este procedimiento quirúrgico es capaz de incrementar la supervivencia y la calidad de vida del paciente en la mayoría de los casos.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Mujer de 56 años diagnosticada de Insuficiencia Cardiaca. Portadora de DAI bicameral e incluida en lista de trasplante cardiaco en julio de 2008, manteniéndose clínicamente estable en clase funcional III. Se realiza la valoración mediante las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, con el siguiente juicio clínico enfermero (JCE): Temor 00149(NOC, NIC). En octubre realizan un TC, ingresando en Unidad de Cuidados Intensivos cardiológicos (UCIC) para controlar la evolución del postoperatorio inmediato que fue favorable durante los 5 días de estancia en UCIC. Además del proceso quirúrgico, los problemas de colaboración que aparecieron fueron hipotermia, dolor, insuficiencia prerrenal y arritmias secundarias al propio proceso del TC. Se detectan como JCE: ansiedad 00146 y Déficit de autocuidado: 00108, 00110. Posteriormente fue trasladada a la unidad de hospitalización cardiológica durante 7 días, donde continuó con el JCE de ansiedad y manejo ! efectivo del régimen terapéutico 00082, con los correspondientes criterios de resultados (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC) sugeridas. Se logra al alta la resolución parcial de los problemas de enfermería. Quedando pendiente la valoración de la herida quirúrgica y retirada de suturas en el centro de salud, así como la evaluación del diagnóstico que quedó pendiente.

PACIENTE CON IMPLANTACIÓN PERCUTÁNEA DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA

Fariñas Garrido M.P.; Rúa Pérez M.C.; Suárez Fontaíña E.M.; Sabater Sánchez M.C.

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña

La valvulopatía más frecuente en Europa en la actualidad es la estenosis aórtica severa (EAS). La cirugía de sustitución valvular es el único tratamiento eficaz. Un 30-40% de los pacientes con EAS no son aceptados para cirugía debido a riesgo quirúrgico elevado. Estos pacientes tienen una supervivencia media de dos años y una calidad de vida muy limitada. La implantación percutánea de prótesis valvulares aórticas (IPPVA) ha surgido recientemente como alternativa terapéutica para estos pacientes. Con el objetivo de conocer los beneficios de la IPPVA y los logros alcanzados como resultado de dar una atención sistematizada, basada en el proceso de atención de enfermería según la taxonomía NANDA NIC - NOC, describimos un caso clínico aplicado a un paciente de 87 años, ingresado en la Unidad de Cuidados Intermedios de Cardiología de nuestro hospital con clínica de EAS, disfunción de ventrículo izquierdo y fibrilación auricular. Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, exfumador y diabetes mellitus insulinodependiente. Signos y síntomas de intolerancia para realizar sus actividades cotidianas. Diagnosticado a través de historia clínica, electrocardiograma, placa de tórax, ecocardiograma trastorácico pre y post- implante de válvula percutánea y estudio hemodinámico preimplante. El procedimiento de IPPVA se realizó en la sala de hemodinámica mediante un cateterismo en el cual se valoró posteriormente el funcionamiento de la válvula implantada. El paciente mostró una gran satisfacción refiriendo una mejoría en sus síntomas y en su calidad de vida. Palabras clave: Estenosis valvular aórtica. Prótesis valvular. Atención de enfermería. Diagnósticos de enfermería.

EXTRACCIÓN VIA FEMORAL, DEL ELECTRODO AURICULAR ROTO

Molinero Ochoa J.A.; Puertas Calvero M.; Gallardo Barrancos O.; Tovar Martin A.

Servicio de Cardiología. Unidad de Arritmias. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona

INTRODUCCIÓN: Extracción vía femoral de un segmento de electrodo auricular, fracturado a nivel de vena cava superior.

OSERVACIÓN: Presentamos el caso de una mujer de 71 años portadora de marcapasos DDDR desde el año 2006 por bloqueo auriculo-ventricular completo. Precisó reintervención en el 2007 para deshacer bucles del electrodo, que llegaban hasta tracto de salida del ventrículo derecho.

VALORACIÓN: En el año 2008 presenta a la exploración sensación de cuerpo extraño a nivel del cuello. Radiológicamente se visualiza rotura del electrodo auricular. En la interrogación con el programador de marcapasos se aprecia falta de estímulo y sensado ,con impedancias superiores de 2500 ohmios. Valoración de enfermería según patrones fencionales de salud: I.-Patrón de percepción y control de la Salud. II.- Patrón Nutricional y Metabólico. IV.- Patrón de Actividad y Ejercicio. VI.- Patrón Cognoscitivo y Perceptual. VII.- Patrón de Autopercepción Y Autoconcepto. X.- Patrón de Afrontamiento y Tolerancia al Estrés.

PLAN DE CUIDADOS: Realizaremos un plan de cuidados en base a las etiquetas diagnósticas de la NANDA para un paciente con alto riesgo de infección, trombosis de vena, trastorno de la deglución, movilidad física alterada, dolor, miedo y afrontamiento individual ineficaz. Atendiendo a las complicaciones reales o potenciales que se puedan presentar.

CONCLUSIÓN: La extracción via femoral, de material no deseado en la aurícula derecha, aplicando la técnica descrita, es una solución a las molestias y riesgos que pueden ocasionar los segmentos fracturados de un electrodo.

PACIENTE CON DEHISCENCIA ESTERNAL TRATADO CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA

Amorós Cantero A.; Alabort Cuenca D.; Camarero Galdón E.M.; Sobrino Garcia-Velasco C.; Muñoz Roselló J.

Servicio de Cirugía Cardiaca. Hospital Universitario La Ribera. Alzira. Valencia

INTRODUCCIÓN: La Terapia de Presión Negativa (VAC), es un procedimiento alternativo eficaz en el tratamiento de heridas con escasa tendencia a la cicatrización espontánea. Los cuidados de enfermería van encaminados a promover la cicatrización de heridas en un medio húmedo y cerrado, manteniendo siempre el correcto funcionamiento del equipo.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Hemos realizado un seguimiento del postoperatorio inmediato y tardío de una paciente de 50 años a la que se realizó revascularización coronaria. En el postoperatorio inmediato y tras objetivar dehiscencia esternal, se practicó limpieza de herida y cierre con refuerzo (cerclaje). A los pocos días se reprodujo la dehiscencia esternal, decidiéndose la terapia VAC como alternativa

PLAN DE CUIDADOS: Elaboración de un plan de cuidados enfermeros adaptados a la paciente a través de la taxonomía NIC-NOC.

DISCUSIÓN: Donde inicialmente se realizaban curas diarias o incluso cada doce horas, desde el momento de la implantación del sistema VAC pasaron a realizarse curas cada tres días. En un período de siete días, se obtuvo tejido de granulación en el tercio inferior de la esternotomía. Se trata de un procedimiento eficaz en el tratamiento de heridas con escasa tendencia a la cicatrización. Existe menor manipulación de las lesiones y menor riesgo de infección. Reduce la administración de analgésicos y antibioterapia. Reduce costos para el sistema sanitario Aumenta la calidad de vida del paciente y su familia pues permite el alta hospitalaria y los cuidados domiciliarios

PÓSTER FÓRUM

Jueves 7 de mayo - Salas C - 17.30-18.30h

PREVALENCIA Y PERFIL DEL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO E INSUFICIENCIA RENAL OCULTA

[1]Cobo Sánchez J.L.; [2]Alconero Camarero A.R.; [2]Muñoz Cacho P.

[1]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander
[2]E.U.E. Casa de Salud Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia renal (IR) constituye un factor de riesgo cardiovascular (RCV) añadido e independiente. Es un importante problema de salud pública que afecta a más del 10% de la población adulta, y su detección está infravalorada.

OBJETIVOS: Evaluar la prevalencia de insuficiencia renal oculta (IRO) en pacientes con un síndrome coronario agudo (SCA) e identificar los factores relacionados con la misma.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, transversal sobre 270 pacientes ingresados en una unidad coronaria por un SCA, excluyéndose aquellos que tenían insuficiencia renal diagnosticada. Se recogieron datos demográficos, clínicos, factores de riesgo cardiovascular y analítica al ingreso (urea, creatinina, hemoglobina y hematocrito). La IR se estimó en función del filtrado glomerular (FG) calculado mediante la fórmula de Cockcroft-Gault: leve 60-89,9; moderada 30-59.99; y grave 15-29 ml/min/1.73m2.

RESULTADOS: Se incluyeron 230 pacientes: 54,3% mujeres, edad media 66±12 años. Valores medios: CG 79 ml/min/1.73m2, creatinina 0.9 mg/dl, urea 45 mg/dl, hematocrito 40%. Factores de riesgo: 66,5% sobrepeso/obesidad, 20% diabetes (DB), 38% tabaquismo, 47% hipercolesterolemia, 56% hipertensión arterial (HTA). Presentaron IR según el FG el 65%: 37,8% leve, 25,7% moderada y 1,3% grave. La IRO se asoció con: ser mujer (82 mujeres vs 68 hombres, p=0,054) y menopausia (70,2% vs 11,1%, p< 0,001); HTA (72,1% vs 62,4%, p=0,013); DB (76,2% vs 62,5%, p= 0,08); y mayor edad (70,9±10 años vs 57,5±11 años, p= <0,001).

CONCLUSIONES: Elevada prevalencia de IRO en pacientes con SCA. Un buen control de la hipertensión y la diabetes, sobre todo en las mujeres, puede reducir el RCV y renal.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS APLICADOS A LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PREVALENTES EN UNA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

Rodríguez Freire M.R.; Varela Tomé M.D.; Díaz Porta M.C.; Sabater Sánchez M.C.

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña

INTRODUCCIÓN: Diagnóstico Enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente.
Factores de Riesgo Cardiovascular son las características que posee el individuo, que se asocian de forma estadística con la prevalencia de la enfermedad coronaria o con la tasa de acontecimientos de la misma.

OBJETIVOS: Identificar los principales Diagnósticos Enfermeros relacionados con los Factores de Riesgo Cardiovascular prevalentes en una unidad de cardiología.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, observacional y longitudinal realizado con una muestra de 459 pacientes ingresados en nuestra unidad desde el 1 de Octubre de 2008 hasta el 31 de Diciembre de 2008.

RESULTADOS: De un total de 459 pacientes el 55,99 % presentaba como Factor de Riesgo Cardiovascular, Hipertensión Arterial; el 51,85 % Dislipemia; el 25,92 % Diabetes Mellitus y como Diagnóstico Enfermero: Conocimientos Deficientes.
El 49,67 % presentaba Tabaquismo y como Diagnóstico Enfermero: Conductas generadoras de salud. El 12,20 % presentaba Obesidad y como Diagnóstico Enfermero: Desequilibrio Nutricional por Exceso.

CONCLUSIONES: La identificación de los Diagnósticos Enfermeros nos permite establecer las intervenciones enfermeras necesarias para ayudar al paciente a alcanzar el máximo resultado de salud.

VALORACIÓN DE ENFERMERIA DE UN PROTOCOLO PARA EL CONTROL DE LA GLUCEMIA EN PACIENTES CARDIOLÓGICOS GRAVES

[1]Nuñez Cuena F.J.; [1]Casasola Fernández R.M.; [1]Aragó Fonts M.; [2]González Martínez A.; [2]Priegue Molinos M.D.

[1]Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona
[2]Unidad Coronaria. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona

INTRODUCCIÓN: En las Unidades de cuidados críticos cardiológicos, la hiperglucemia es un problema frecuente en los enfermos graves sometidos a una situación de estres. Según la bibliografía, un control estricto de la glucemia, mantenida entre valores de 110-140 mgr/dl, durante las primeras 48-72 h. disminuye la morbi-mortalidad de estos pacientes incluidos los postoperados de revascularización coronária.
Por ello se instauró un protocolo para normalizar el control de la glucemia y se formó a enfermeria en el manejo del mismo.

OBJETIVOS: Valorar que implica para enfermeria la instauración de este protocolo y si se puede llevar a cabo con autonomía própia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo realizado entre los meses de octubre a diciembre de 2008, a 30 enfermeros de los servicios de Coronarias y Cirugia Cardíaca, a los que se les entregó una encuesta de satisfacción en relación a la utilización del protocolo de Goldberg modificado.

RESULTADOS: Al 77% le preocupa pinchar demasiado, al 15% el riesgo de hipoglucemia,el 62% cree que supone un aumento de las cargas de trabajo, el 77% considera que el enfermo está mejor controlado y el 83% cree que se puede utilizar con bastante autonomía.

CONCLUSIONES: Su instauración permite un mayor control de la glucemia pero representa un aumento de las cargas de trabajo. El protocolo puede ser utilizado por enfermeria con bastante autonomía.

VALORAR LA ETAPA PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO: LA CLAVE DE LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

[1]Garcia Garrido Ll.; [2]Baltasar Bagué A.

[1]Enfermera Hospital Universitario de Girona. Girona
[2]Enfermera y Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Girona. Girona

INTRODUCCIÓN: La educación terapéutica consiste en ayudar al paciente a comprender su enfermedad a fin de adquirir las capacidades para hacer frente a sus problemas de salud. Esta, en parte, consiste en saber desarrollar y mantener la motivación del paciente.

OBJETIVOS:
1. Describir la etapa de cambio donde se sitúa el paciente.
2. Describir la intervención educativa de acuerdo con esta etapa.

MÉTODO: Tras la revisión de diferentes fuentes bibliográficas sobre la adopción y el mantenimiento de un comportamiento saludable, describimos el modelo transteórico de Prockasca y Diclemente adaptado a un caso clínico. El modelo se presenta en una parrilla donde se describen las cinco variables del modelo: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. En la misma parrilla se representan los siguientes comportamientos: tabaquismo, ejercicio físico y alimentación. El paciente señala la etapa de cambio de acuerdo a su motivación. Para la intervención, se relacionan las cinco etapas con cuatro variables: la característica de la etapa de cambio, la aproximación terapéutica que la enfermera debe adoptar, la acción que debe realizar y el mantenimiento a seguir.

RESULTADOS: El paciente se sitúa para el tabaquismo y la realización de una dieta cardiosaludable en la etapa de preparación. En cambio, para el ejercicio físico, se sitúa en la contemplación. En la intervención según la contemplación, la enfermera debe aceptar su actitud ayudándolo a creer en su capacidad para la práctica del ejercicio físico.

CONCLUSIONES: La utilización práctica del modelo permite conocer la etapa en que se sitúa el paciente, y estructura la intervención.

OPTA A PREMIO

¿ES EFICAZ LA HIPOTERMIA INDUCIDA EN LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS? NUESTRA EXPERIENCIA PERSONAL

Álvarez Morales A.; Chaves Cuñado B.; Cozar Benito A.; López García E.; García Hernández M.; García Jiménez S.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid

INTRODUCCIÓN: El pronóstico de un paciente tras ser reanimado de una parada cardiorrespitaroria (PCR) súbita extrahospitalaria o intrahospitalaria depende en gran medida del daño neurológico sufrido. Diferentes estudios han avalado la eficacia de la hipotermia moderada inducida en las PCR. En nuestra unidad se estableció un protocolo de inducción a la hipotermia moderada, indicado en la PCR con reanimación iniciada en los 15 primeros minutos, extrahospitalaria o intrahospitalaria con recuperación espontánea del pulso en los primeros 60 minutos de reanimación cardiopulmonar avanzada y con Glasgow menor o igual a 8. Se diseñó el protocolo en el que se detallaron los criterios de exclusión, protocolo de enfriamiento, analgosedación y bloqueante neuromuscular, ventilación y hemodinámica, fase de recalentamiento, monitorización y cuidados, así como otras medidas a tomar.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los 6 pacientes (Julio 07- Octubre 08) en los que se ha aplicado el protocolo de hipotermia tras PCR en nuestra unidad. Revisión de la histórica clínica mediante programa informático (PICIS - Selene).

RESULTADOS: De los 6 pacientes estudiados, 4 presentaron evolución neurológica satisfactoria, y los otros 2 no pudieron ser valorados por éxitus causado por complicaciones severas.

CONCLUSIONES: Nuestra experiencia nos indica que en estos pacientes el protocolo de hipotermia resulta eficaz en la prevención de secuelas neurológicas.

CUIDA EL CORAZÓN, CUIDA LA VIDA

Anglès Bru M.; Cabayol Argilaguet M.; Laplace Enguídanos M.R.; Tapia Vallejo C.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Sant Pau y Santa Tecla. Tarragona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Se elaboró el libro informativo "Cuida el corazón, Cuida la vida" con la finalidad de que la persona afectada de cardiopatía isquémica (CI)tenga a su disposición información comprensible sobre su patología y de este modo intentar disminuir su nivel de ansiedad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Como material utilizamos el libro informativo sobre CI elaborado en el propio servicio y las encuestas que realizamos a los pacientes. Como método utilizamos un estudio descriptivo aplicado a pacientes con CI ingresados en el servicio de UCI entre el 1 de noviembre del 2006 y el 31 de marzo del 2007, a los que tras 24h de su ingreso se les proporciona el libro informativo realizándoles posteriormente la encuesta.

RESULTADOS DETALLADOS: Se estudian 35 casos, de los cuales 27 leen y comprenden el contenido del libro. De éstos, 19 llegan a obtener una disminución del temor y la ansiedad provocada por su enfermedad.

CONCLUSIÓN: Proporcionar información comprensible disminuye la ansiedad y el temor del paciente por su patologia y evolución (pruebas, estilo de vida...).

IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA: EXPERIENCIA INICIAL

Santamaría Rubio J.; Arias García P.; Avanzas Fernández P.; Torre Cabo J.D.; Fernández Maese J.M.; Suárez Pérez S.; Blanco González M.C.; García Aranda F.J.; Rivilla Soblechero J.; Alonso García A.; García Alonso L.; Morís de la Tassa C.; de la Riva Gil de Sola R.; Solís Velasco C.; Gómez Allende F.

Laboratorio de Hemodinámica (Área del Corazón). Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN: La estenosis aórtica sigue siendo la enfermedad más común de las enfermedades cardíacas valvulares en los países desarrollados debido al aumento de la edad. El tratamiento de referencia para la estenosis aórtica severa es la cirugía. En el año 2002, Cribier et al. comenzó los primeros implantes percutáneos de prótesis aórticas en humanos,evolucionando este tratamiento muy rápidamente. Actualmente existen dos prótesis aóticas de implantación percutánea.

OBJETIVO: Describir y evaluar los resultados de los primeros pacientes tratados en España con la válvula aórtica percutánea autoexpandible Corevalve.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, prospectivo, de 22 pacientes con estenosis aórtica severa sintomática rechazados por la cirugía o que no querían operarse,a los que se le implantó una prótesis aórtica de forma percutánea entre Diciembre de 2007 y Enero de 2009. Dos pacientes se abordaron mediante cirugía de la arteria subclavia izquierda.

RESULTADOS: Se implantaron 22 válvulas (14 grandes, 8 pequeñas) a 12 hombres y 10 mujeres. Edad media: 81 años. EuroSCORE logístico: 9%. Características pre-implante: Área valvular: 0,68 cm2; gradiente máx/med: 86/52 mmHg; Fracción Eyección Ventrículo Izquierdo: 57,2%. Post-implante: Gradiente transaórtico máximo: 1,4 mmHg; Insuficiencia Aórtica residual (< 2): 17. Vía de acceso: Arteria femoral derecha: 20. Arteria subclavia izquierda: 2. Posdilatación: 1. Marcapasos definitivo: 10. Exitus: 4 (Taponamiento: 1; Insuficiencia aórtica residual con mala evolución: 2; fibrosis pulmonar: 1).

CONCLUSIONES: La sustitución aótica percutánea es un procedimiento eficaz en pacientes con estenosis aótica severa de alto riesgo quirúrgico. La técnica no está exenta de riesgos y tiene una curva de aprendizaje donde se concentra la mortalidad.

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN SINDROME CORONARIO AGUDO: CAMP DE TARRAGONA (2008)

Castilla Marqués V.; Cuevas López E.; Fabregat Albert M.J.; Foix Parra A.; Hernández Maillo M.; Torta Castelló R.

Planta de Hospitalización de Cardiología. Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona. Tarragona

INTRODUCCIÓN: En el año 2008 ingresaron en planta de Cardiología de nuestro hospital un total de 310 pacientes con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (216 hombres / 94 mujeres). Se ha valorado la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en dichos pacientes.

OBJETIVO: Determinar qué factores de riesgo cardiovascular tienen mayor prevalencia en el Síndrome Coronario Agudo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo con revisión a partir de los datos reflejados en la historia clínica de los factores de riesgo coronarios en pacientes ingresados en planta de hospitalización desde el 1 de enero del 2008 a 31 de diciembre del 2008.

RESULTADOS: De los 310 pacientes estudiados con diagnóstico de Síndrome Coranario Agudo, 216 eran varones y 94 eran mujeres. De ellos 197 pacientes presentaban HTA (63.5%), dislipemia 169 pacientes (54.4%), diabetes mellitus tipo II 106 pacientes (34.2%), tabaquismo activo 101 pacientes (32.6%), extabaquismo 98 pacientes (31.6%), obesidad 47 pacientes (15.2%), enolismo 45 pacientes (14.5%), antecedentes familiares para cardiopatía isquémica precoz 32 pacientes (10.3%), diabetes mellitus tipo I 24 pacientes (7.7%).

CONCLUSIONES: El factor de riesgo cardiovascular que se demuestra más prevalente en la población de nuestra zona que ingresa por Síndrome Coronario Agudo es la hipertensión arterial, seguida de la dislipemia y la diabetes mellitus tipo II. Estos resultados son congruentes con registros similares publicados en la literatura a partir de series poblacionales de nuestro medio.

EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA EN DRENAJES DE DERRAMES PERICÁRDICOS

Prieto Gargantilla M.M.; Ovejero Martin G.; Sanchez Terron V.

Complejo Asistencial de Avila

INTRODUCCION: La Pericardiocentesis consiste en la extracción de líquido del saco pericardio mediante un catéter y guiada de ecocarfiografia Es una técnica que habitualmente no se realiza en una consulta, sino en la unidad de cuidados intensivos de nuestro hospital.
OBJETIVOS. Disminución de la carga de trabajo en la unidad de cuidados intensivos.
Reducir el grado de ansiedad en los pacientes a los que se les realice esta técnica.

MATERIAL Y METODO: Se realizo un estudio descriptivo retrospectivo, la duración del estudio fue de un año (agosto 2007- agosto 2008) con una muestra de 10 pacientes con patología tumoral, infecciosa y cardiaca, con una edad media de 65 años. Se aplico protocolo de Pericardiocentesis y con un seguimiento a las 24 horas para valorar la retirada del catéter.

RESULTADOS: De los 10 casos estudiados, solo uno necesito una segunda punción, retirándoles el catéter entre las 24-48 horas siguientes. No fue necesario ningún ingreso en cuidados intensivos. Reducción de grado de ansiedad, al realizar la técnica en una consulta.

CONCLUSIONES: Con personal preparado, se pueden realizar técnicas en otros servicios, consiguiendo un aumento de la disponibilidad de camas y una disminución de cargas de trabajo de la unidad de cuidados intensivos.

OPTA A PREMIO

COMPARACIÓN DE LOS MÉTODOS DE COMPRESIÓN DE LA ARTERIA RADIAL TRAS CATETERISMO CARDÍACO/ACTP (ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA), REALIZADOS EN NUESTRO HOSPITAL

[1]Gea Valero M.; [1]Bacaicoa Parrado P.; [1]Díaz Herrera V.; [1]Porcel Arrebola E; [1]Rebollo Lozano C.; [3]Gil Ambrosio B.; [2]Muñoz Castro C.; [2]Aranda Nevado M.C.; [3]Navarro Pérez L.A.; [3]Lozano Matote E.

[1]DUE Servicio de Cardiología y Cirugía Cardiaca.Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona
[2]DUE Unidad de coronarias. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona
[3]DUE Servicio hemodinámica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona

INTRODUCCIÓN: La coronariografía/ACTP son técnicas invasivas radiológicas utilizadas para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad coronaria. La realización de estos procedimientos requiere de una punción arterial para introducir un catéter angiográfico hasta las arterias coronarias y cavidades cardíacas. Finalizado el procedimiento se realiza una compresión sobre la zona de punción mediante dos dispositivos radiales aplicados de manera indistinta: vendaje con tensoplast o pulsera neumática.

OBJETIVOS: Comparar los métodos de compresión radial aplicados en nuestro hospital para determinar el adecuado a cada paciente.

MATERIAL Y METODOS: •Estudio observacional prospectivo aleatorio sobre una muestra de 88 pacientes. •Recogida de datos mediante un formulario de 25 ítems, valorado por enfermería en diferentes unidades (Hemodinámica, Uci Coronaria y Hospitalización). •Revisión de historias clínicas.

RESULTADOS: Se formaron dos subgrupos: A, portadores de vendaje con tensoplast (49 pacientes) y B, con pulsera neumática (39 pacientes). Destacaron como complicaciones inmediatas: un 7.95% de hematomas (71.43% B), 6.82% sangrado (66.67% B) y 4.53% edemas (50% B). La circulación colateral comprometida, presencia de petequias y paresias afectaron a ambos en un 1.17%. Tras la retirada del compresivo destacaron: un 18.18% de hematomas (56.25% A) y 10.23% sangrado (88.89% B). El B evidenció en un 4.54% algias y 3.71% paresias. El tiempo medio del compresivo fue de 6.77h el A y 8.56h el B.

CONCLUSIONES: Tras realizar un estudio preliminar no hemos hallado diferencias estadísticamente significativas entre ambos apósitos, al contar con una muestra pequeña. Creemos necesario continuar con nuestro estudio para alcanzar una conclusión.

COMUNICACIONES PÓSTER

CREACIÓN DE UN SOPORTE MULTIMEDIA SOBRE EL BALÓN DE CONTRA-PULSACIÓN INTRAAORTICO EN LA UNIDAD CORONARIA

[1]Gómez López F.; [1]Verdes Lezana C.; [1]Redondo Osegui A.; [1]Sandonis Ruiz L.M.; [2]Sánchez Rubio P.

[1]Unidad Coronaria. Hospital de Cruces, Baracaldo. Vizcaya
[2]Adjunta Areas Críticas. Hospital de Cruces, Baracaldo. Vizcaya

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardiaca es la causa más frecuente de ingresos hospitalarios en el mundo desarrollado. El balón de contrapulsación intraaortico (BCIAo) es un dispositivo que de manera provisional facilita y potencia la función cardiaca.

OBJETIVO: Desarrollar un soporte multimedia a través de la red propia del Hospital. Optimizar los recursos informáticos actuales para facilitar al personal de enfermería del Hospital y en particular al de la Unidad Coronaria el acceso interactivo sobre el manejo del BCIAo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión bibliografica. Actualización del proceso de atención de enfermería, plan de cuidados (NANDA, NIC, NOC), y del protocolo sobre el BCIAo de la unidad. Realización de una simulación en vídeo sobre el procedimiento de inserción, mantenimiento y retirada del BCIAo. Utilización de herramientas informáticas multimedia de procesamiento de datos: texto, imagen, audio y video.

CONCLUSIONES: Consideramos que las características propias de los contenidos multimedia como son: la gran accesibilidad, facilidad de manejo y su capacidad de interactividad, son idóneas para la divulgación y docencia del personal de enfermería de nuestro Hospital.

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA LOCALIZACIÓN DEL DOLOR EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

[1]Alconero Camarero A.R.; [2]Cobo Sanchez J.L.; [1]Muñoz Cacho P.; [2]Pérez Bolado C.; [2]de la Torre Fernández C; [2]Adán Miguel J.;

[1]EUE Casa de Salud Valdecilla, Universidad de Cantabria; [2]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INTRODUCCIÓN: La localización del dolor en el síndrome coronario agudo, suele tener un patrón bastante habitual apareciendo en región precordial o retroesternal e irradiado a brazo izquierdo. No obstante, no es así siempre, sobre todo en mujeres.

OBJETIVO: Identificar la localización del dolor y comparar las diferencias entre hombres y mujeres.

METODOLOGÍA: Mediante un mapa de dermatomas de dolor que incluía dos dibujos de la figura del cuerpo humano, se pidió a 250 pacientes diagnosticados de infarto agudo de miocardio (IAM) que sombrearan con un lápiz el área del dolor o molestia. Para su evaluación y lectura se colocó un acetato dividiendo el dibujo en treinta y tres áreas. Asignando un punto a cada área superpuesta de la zona señalada por el paciente.

RESULTADOS: Hombres 46% y mujeres 54%, media de edad (66 ±12,7 años). No manifestaron dolor el 3% de los hombres y el 7% de las mujeres. Las localizaciones del dolor más frecuente en las mujeres fueron: dolor en garganta (32% vs. 15%, $p < 0,01$), escápula derecha (27% vs. 17%) escápula izquierda (22% vs. 15), hemiespalda dorsal derecha (27% vs. 20%), hemiespalda izquierda (22% vs. 19%). En los hombres: parrilla costal izquierda (40% vs. 26%, $p < 0,05$), palma mano izquierda (15 vs. 6%, $p < 0,05$).

CONCLUSIONES: Identificamos zonas de dolor señalados por hombres y mujeres que no corresponde al patrón habitual del IAM.
Encontramos diferencias por sexo en la localización del dolor, por tanto existe la probabilidad de que la mujer con un IAM no sea diagnosticada correctamente.

MODELO DE VISITA PREPROCEDIMIENTO EN UN LABORATORIO DE HEMODINÁMICA

Sánchez Baños B.; Fernández Álvarez V.;

Servicio de Cardiología. Unidad de Hemodinámica. Hospital Virgen de Valme. Sevilla

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS: La visita preprocedimiento del paciente programado para estudio hemodinámico, es el acto en que el enfermero/a de hemodinámica, mediante una entrevista personal, aplica el proceso de cuidados de manera individualizada.
Elaborar un modelo de entrevista que sea la herramienta óptima, para la aplicación de un plan de cuidados, transmita la información necesaria, reduzca el nivel de ansiedad y facilite la unicidad en la atención del paciente cardiológico.

METODOLOGÍA: El modelo elaborado, es semi-estructurado permitiendo a la vez, obtener gran cantidad de datos,así como la posibilidad de que el paciente manifieste sus dudas respecto al procedimiento.El plan de cuidados ha seguido el modelo teórico de Virginia Henderson, identificándose: Problemas de colaboración (reales o potenciales) , problemas de autonomía con suplencia parcial o total, y problemas de dependencia.
En los dos primeros se identificaron intervenciones enfermeras prevalentes, en los problemas de dependencia se utilizó taxonomía NANDA asociada a su NOC y NIC.

RESULTADOS: El modelo consta de:
- Datos personales.
- Antecedentes.
- Valoración enfermera según patrones de Gordon.
- Establecimiento de plan de cuidados donde los problemas de dependencia prevalentes son según taxonomía NANDA: 00126, 00114, 00148, 00114, 00090, 00078y 00092.
- Registro de información suministrada.
- Registro de: observaciones del paciente y enfermero/a referente.

CONCLUSIONES: •La visita preprocedimiento es una herramienta eficaz paraalcanzar una asistencia sanitaria de calidad, permite una atención personalizada e incrementa la comunicación con el equipo de enfermería. •Reconociendo sus ventajas manifiestas, pueden existir elementos organizativo-económicos que dificulten su implantación.

EFECTOS DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE EL PROCESO DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

[1]Cobo Sánchez J.L.; [2]Alconero Camarero A.R.;

[1]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander
[2]E.U.E. Casa de Salud Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander

OBJETIVO: evaluar el efecto de un programa educativo sobre el proceso de donación y trasplantes de órganos (PDTO) en estudiantes de enfermería.

METODOLOGÍA: Estudio cuasiexperimental pretest-postest, en un grupo de 42 estudiantes de enfermería. El pretest se realizó cuando cursaban primero y el postest cuando cursaban segundo tras la asignatura PDTO. Se confeccionó una encuesta relacionada con el tema que constaba de 17 preguntas, con respuestas cerradas y abiertas; incluyendo 11 preguntas más en el postest relacionadas con creencias. La participación fue voluntaria, anónima y confidencial.

RESULTADOS: Edad media 21 años, 78% mujeres. El porcentaje de donantes aumentó (14% vs 26%), también la información sobre trasplantes (38% vs 98%) y el planteamiento de hacerse donantes (74% vs 84%). Entre los no donantes, un 20% más consentiría en vida ser donante, y un 10% más donaría órganos en vida.

POSTEST: El 94% aceptaría una máquina/órgano artificial si lo necesitara para vivir, el 74% opina que debemos ser donantes si en vida no hemos dicho lo contrario, y ninguno pensaba que la extracción de órganos fuera una falta de respeto hacia los muertos. Los hombres piensan que por ser donante el equipo sanitario pueda hacer lo que quiera con el cuerpo fallecido ($p=0.031$) y también que deberían de dar algo más que las gracias ($p=0.004$). Los mayores de 20 años obtienen información a través Internet ($p=0,07$).

CONCLUSIONES: Mayor conocimiento del PDTO mejora las actitudes y planteamientos personales. Existe diferencia de género en algunas opiniones respecto al proceso.

ASISTENCIA VENTRICULAR INTRACORPÓREA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA TERMINAL

Ballesteros Bravo S.; Fuentes Milà V.; Plaza Veliz M.

Unidad Coronaria. Hospital Universitari de Bellvitge. LHospitalet de Llobregat. Barcelona

INTRODUCCIÓN: El trasplante cardíaco habitualmente es la única solución en los estados de insuficiencia cardíaca severa o terminal. Actualmente la asistencia ventricular mecánica hace vislumbrar otro futuro en estos pacientes, ya sea como puente al trasplante, como paso a la recuperación miocárdica o como tratamiento definitivo.

OBJETIVO: Valorar la eficacia de la implantación intracorpórea de un dispositivo de asistencia ventricular izquierda permanente en una paciente afecta de miocardiopatía tóxica.

METODOLOGIA:
Caso clínico constatado con bibliografía actualizada.
Valoración y seguimiento de las complicaciones y manifestaciones clínicas en el post-operatorio a corto y largo plazo.
Control y tratamiento hemodinámico.
Control y tratamiento anticoagulante.
Cuidados de enfermería.

RESULTADOS: Se constatan los problemas derivados del funcionamiento del dispositivo, con numerosos episodios de colapso ventricular agravados por la baja precarga, frecuentes arritmias ventriculares y diversos episodios de microtrombosis, dos de ellos con isquemia cerebral transitoria, relacionados con el difícil control de la coagulación. Se evidenció la total recuperación de la función ventricular, procediéndose a la extracción del dispositivo de forma exitosa. Además se observó un cambio emocional tras el impacto mediático que generó su caso.

CONCLUSIONES: Se demuestra en este caso la eficacia de la asistencia ventricular, dejando la puerta abierta a experiencias posteriores, que pueden demostrar que es una alternativa real para personas en fase de insuficiencia cardiaca terminal, aumentando las posibilidades de supervivencia mientras están en lista de espera o incluso para aquellos que no son candidatos al trasplante.

ECOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA. LABOR DE ENFERMERÍA

Jiménez Quintana M.; Redaño Ponce I.; García Barrera M.G.

Servicio de Cardiología. Hospital San Juan de Dios de Bormujos. Sevilla

INTRODUCCIÓN: Ofrecer una correcta información acerca de la prueba cardiológica a realizar, se encuentra dentro de los roles de enfermería.
Necesaria para la colaboración del paciente y la obtención de óptimos resultados.

OBJETIVOS: Minimizar los miedos, incertidumbres y ansiedad que acompañan al paciente antes de someterse a pruebas relacionadas con el corazón, concretamente la ecografía transesofágica.

METODOLOGÍA: Estudio observacional descriptivo de una muestra de 60 pacientes consecutivos que han sido remitidos al servicio de cardiología de nuestro hospital. El estudio se realizó en 7 meses desde el 3 de marzo al 2 de octubre de 2008. Para lo cual hemos utilizado una encuesta que el paciente rellenó al finalizar la prueba (Ecografía transesofágica) y desaparecidos los síntomas de la sedación. En la elaboración de resultados utilizamos el programa SPSS 17 para Windows (SPSS inc, Chicago, Illinois, Estados Unidos) como base de datos y análisis estadístico.
Se utilizaron dos tipos de escalas, la escala ASA de riesgo preoperatorio y la escala Ramsay que valora el nivel de sedación.
El paciente contesta en la encuesta a 8 preguntas con 4 índices de valoración cada una.
Se valoró la información y la ansiedad anterior a la prueba y si ésta disminuyó. La actuación del personal sanitario, el nivel de sedación. Si volvería a repetirse la prueba en las mismas circunstancias y si la recomendaría a otros.

RESULTADOS: De una muestra de 60 pacientes consecutivos remitidos a nuestro servicio.
La media de edad fue de 56,4 +/- 13,77, siendo el 66,7 % sexo varón y como indicación mayoritaria con un 43,3% para la valoración de trombos intracavitarios.

INSUFICIENCIA CARDÍACA. MANUAL DE ENFERMERÍA

Núñez Tallón M.A.; Basanta Castro M.J.; Pérez Fernandez A.M.; Abad García M.M.; Quiroga Iglesias R.M.; Gallego López M.I.; Jimenez Serrano C.A.; Seco Aldegunde S.I.

Unidad de Hospitalización de Cardiología. Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo. Lugo

INTRODUCCIÓN: Cuando el corazón no es capaz de bombear sangre en cantidad suficiente para mantener las funciones metabólicas del organismo por causas como HTA, valvulopatias, cardiopatía isquemica, etc., se desencadena una Insuficiencia Cardiaca. Se trata de una enfermedad frecuente y grave que conlleva un elevado coste socio-sanitario. En España genera alrededor de 80.000 ingresos hospitalarios al año. Es más frecuente a medida que nuestra edad avanza y hay factores que aumentan el riesgo de padecerla como el sobrepeso, la diabetes, hábitos tóxicos, etc. La Insuficiencia Cardiaca es un trastorno crónico que limita la calidad de vida del paciente y puede poner en riesgo su vida.

OBJETIVO: Diseñar un manual de enfermería para pacientes con Insuficiencia Cardiaca. Potenciar la educación del paciente y su familia para evitar recaídas e ingresos hospitalarios.

METODOLOGÍA: Se creó un grupo de trabajo, recopilando información a través de Pub-Med y revistas de enfermería. Elaboramos un manual informativo de enfermería que se le entrega al paciente en el momento del alta hospitalaria, les enseñamos como VIVIR y CONVIVIR con su enfermedad.

CONCLUSIÓN: La mayoría de los pacientes con Insuficiencia Cardiaca son crónicos, el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y su familia es básico para que aprenda, en lo posible, a controlar los factores de riesgo. Este manual les enseña a seguir una serie de normas en su estilo de vida para obtener mejor calidad de vida y a reconocer aquellos signos y síntomas que pueden ser motivo de recaídas e ingresos hospitalarios.

INSTRUCCIONES PREVIAS. DIVULGACIÓN EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

Aldanas Sánchez E.; Aparicio Zaldívar E.G.; Barroso Pellico J.A.; Bermejo Carretero N.; Fernández García C.M.; Fernández Moreno O.; García Mainez S.; González Pozuelo A.; Heredia Reina M.P.; Lozano Pérez N.; Llamazares Feliz L.; Martín-Luengo Lorente M.D.; Muñoz de la Fuente M.M.; Pavesio Bergua A.M.; Toledano Solano A.;

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

INTRODUCCIÓN: La ley de Instrucciones Previas aprobada el 19 Mayo de 2005 en la Asamblea de Madrid, regula entre otros aspectos las instrucciones que los madrileños podrán manifestar por escrito sobre la atención sanitaria que desean recibir en caso de llegar a situaciones irreversibles, en las que no puedan expresarlas personalmente.

OBJETIVOS: Dar a conocer la Ley de Instrucciones Previas a los profesionales de Enfermería de nuestra unidad mediante la realización de un póster informativo

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión bibliográfica y de la legislación vigente.

RESULTADOS: •Todo el personal de Enfermería del Servicio de Cardiología conoce qué son las Instrucciones Previas •El registro Madrileño de Instrucciones Previas que custodia y conserva los documentos emitidos en la región es conocido por todo el personal y también su forma de acceso.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIONES: •Las Instrucciones Previas garantizan el derecho a la autonomía del paciente también cuando ya no puede expresar su voluntad. •Las Instrucciones previas incluye la posibilidad de dejar constancia de las medidas paliativas que desean recibir los pacientes para evitar sufrimiento, en situaciones Terminales. •Con la regulación de las Instrucciones previas las personas serán tratadas según sus valores y deseos cuando llegan al final de sus vidas y carecen de la capacidad para decidir por ellos mismos.

ACTUACIÓN DE ENFERMERIA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Altimira Galceran M.M.; San Vicente Urondo L.; Gálvez Torres E.; Ortega Martín L.; Gomez Lloreta F.

Consultas Externas Cardiologia. Hospital Municipal Badalona. Badalona. Barcelona

OBJETIVO: Valorar la Educación Sanitaria realizada durante el ingreso.

MÉTODO: Estudio retrospectivo, se registran los ingresos en nuestro hospital durante el año 2007 con diagnóstico principal (SCA). Variables recogidas: edad, sexo, hábitos, traslado las primeras 24 h., FRCV, cardiopatía isquémica previa, variables clínicas del ingreso, éxitus, diagnóstico, tratamiento médico e intervencionista, intervención enfermería, recomendaciones al alta.

RESULTADOS: Se incluyen 86 ingresos edad media 76.02 + 10.8 (70 a), 57 hombres, (66.3%), 29 mujeres (33.7%), zona de influencia 30 (34.9%), exitus 4 (4.7%), traslado en 24h. 10 (12.2%). FRCV: Fumadores 9 (11.5%), enolismo 3 (3.5%), diabetes 31 (36.0%), HTA 55 (64.0%), art. Periférica 8 (9.3%), AVC 14 (16.3%), dislipemia 31 (36%), C. I. previa 43 (50%), DVE (FE< 50%) 35 (40.7%). Antes del alta: Control TA < 130/80 77.8%, tabaquismo 80%, abs. enolica 33.3%, dieta 9.7% actividad física 5.6%. De 72 pac.; a 31 (43'1%) se realiza intervencionismo, con los siguientes resultados: 56'9 % no cateterismo, 27'4% cateterismo + ACTP, 13'9% cateterismo no revascularización y al 1'4% cateterismo + Cirugía Cardiaca. Tratamiento médico al alta: AAS 86.1, clopidogrel 63.9, BB 75.0, IECA/ARAII 48.6, estatinas 61.1. Intervención enfermería al alta: hoja tratamiento: 43.1%, dieta 26.4%, uso cafinitrina 34.7%.

CONCLUSIONES: 1º Población mayor >38% (+ 80 años). 2º 34.9% pertenecen a nuestra zona de influencia. 3º Múltiples FRCV. 4º 50% tienen CI previa. 5º >20% no TA optima al alta. 6º Pobre recomendación de hábitos saludables: dieta, ejercicio, control de peso. Subjetivo: paciente de edad avanzada, equipo asistencial de reciente incorporación.

OBJETIVOS DE FUTURO: Establecer un programa de Educación Sanitaria durante el ingreso con seguimiento consulta de enfermería.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS MÁS FRECUENTES EN EL ALTA DE ENFERMERÍA DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN

Muñoz Medina M.; Segura Saint-Gerons A.; Lara Lara M.D.; Segura Saint- Gerons C.; Sánchez Moyano M.; Roldan López R.; Garcia Merino A.; Mengibar Pareja V.;

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofia. Córdoba

INTRODUCCIÓN: Desde que 1986 se inició en nuestro centro el programa de Trasplante, la enfermera que los atendió en régimen ambulatorio ha sido la misma y esta mantiene una estrecha relación con la enfermería de hospitalización para la continuidad de cuidados al marcharse el paciente a su domicilio.

OBJETIVO: Analizar los diagnósticos enfermeros más frecuentes en el alta de enfermería de estos pacientes y conocer las intervenciones realizadas para mejorar los resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes que se han trasplantado de corazón en los tres últimos años, a los cuales se les entregó el alta de enfermería y continuaron su seguimiento en régimen ambulatorio.

RESULTADOS: Se trasplantaron 69 pacientes, 45 varones y 24 mujeres, con edad media de 44 ± 19 (3-64), se trasplantaron en código electivo el 75% y en código urgente 25%. Los diagnósticos más frecuentes, que necesitaron intervención de enfermería desde consultas externas para su solución fueron: ansiedad (00146), temor (00148), conocimientos deficientes (00126) y manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078).

CONCLUSIONES: El alta de enfermería es una herramienta muy útil para la continuidad de los cuidados, aunque el lenguaje, a veces, no es el idóneo para los pacientes. La educación sanitaria impartida por enfermería debe tener los mismos criterios para evitarle confusiones innecesarias a nuestros pacientes.

DISEÑO DE UN PLAN DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA PARA VALIDAR LOS RESULTADOS ANALÍTICOS OBTENIDOS POR MEDIO DE UN GASOMETRO EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Maldonado Casado C.; Roldan Lopez R.; Garcia Merino A.; Segura Saint-Gerons C.; Berral Baeza T.; Salado Leal A.; Luque Lopez R.; Mengibar Pareja V.

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN: La gravedad de las patologías de los pacientes cardiológicos ingresados y los nuevos tratamientos a los que están sometidos, crean situaciones de urgencia que requieren una rápida actuación de enfermería.

OBJETIVO: Mostrar el plan de actuación diseñado por enfermería para validar los resultados analíticos obtenidos por el gasómetro disponible en la planta de hospitalización, que además de sus funciones también analizaba parámetros bioquímicos, comparándolos posteriormente los resultados obtenidos por el laboratorio central.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo con 63 pacientes, a los cuáles por venopunción se le extraía sangre siguiendo la técnica habitual, esta se analizaba en el laboratorio y en el gasómetro. Posteriormente los resultados se registraban en una plantilla diseñada para el estudio, así como los datos demográficos del paciente, temperatura y el tiempo requerido para ambos procedimientos.

RESULTADOS: La causa mas frecuente de los ingresos fue la insuficiencia cardiaca descompensada de los cuales 62% varones y 38% mujeres con una edad media de 56 años. Se realizaron un total de 126 estudios con nuestros pacientes, hubo una correlación significativa entre la glucosa, sodio, potasio, hemoglobina y hematocrito del laboratorio y del gasómetro.

CONCLUSIONES: Los resultados analizados por el gasómetro son validos y se obtiene en un periodo de tiempo sensiblemente inferior a los resultados de laboratorio, esto supone tener un diagnóstico temprano y un tratamiento inmediato. Con este estudio se consiguió una respuesta rápida del personal de enfermería ante la situación de urgencia.

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE Y POSTCATETERISMO CARDÍACO EN UN HOSPITAL COMARCAL

Fernandez Vicente S.; Nayas Igal S.; Olloqui Mellado A.

Servicio de Medicina interna y cardiología. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra

INTRODUCCION: Debido a la ausencia del servicio de hemodinámica en nuestro hospital, desde enero del 2008 iniciamos el traslado en transporte sanitario (ida y vuelta) al hospital de referencia poseedor de este servicio, de todos los pacientes a los que se les va a realizar cateterismo cardiaco.

OBJETIVOS: •Realización de un protocolo de cuidados de enfermería pre y post-cateterismo cardiaco. - Organización del traslado. •Evaluación de la satisfacción del paciente y de su familia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Criterios de inclusión: 105 pacientes ingresados en nuestro hospital a los que se les realizó cateterismo cardiaco durante el año 2008, previamente programado con traslado. Se han valorado todos los cuidados y actuaciones de enfermería en estos pacientes durante todo su proceso asistencial, realizando un protocolo único de actuación.

RESULTADOS: •Se ha logrado una buena adherencia al protocolo instaurado, prestando cuidados unificados por todo el personal implicado. •Se ha observado una buena aceptación, con disminución del stress por parte de la familia y del paciente al permanecer ingresado cerca de su lugar de residencia.

CONCLUSIONES: •La elaboración de un protocolo de cuidados de enfermería asegura la mejor práctica de enfermería posible, reduciendo la variabilidad local y mejorando la calidad asistencial del paciente. •Los pacientes y su familia experimentan una mayor satisfacción debido a la disminución del stress que sufren durante el ingreso hospitalario.

SISTEMA DE PRESIÓN NEGATIVA EN INFECCIONES TRAS CIRUGÍA CARDIACA

Argenta Fernández E.; Ayuso Soler A.; Blanco Gómez M.A.; Fernández Pérez E.; Muñoz Martín E.

Servicio de Cardiología y Cirugía cardiaca. Hospital Universitario La Paz. Madrid

OBJETIVOS: Reducir el tiempo de cicatrización de la herida quirúrgica complicada y proporcionar al paciente un mayor confort que con las curas convencionales.

MATERIAL Y MÉTODOS: El sistema se compone de un apósito que rellena la herida, un tubo de drenaje insertado en este apósito y un film transparente oclusivo, todo ello conectado a una bomba que proporciona una presión negativa. Este dispositivo se está aplicando en nuestra unidad en el tratamiento de algunas heridas infectadas en el contexto de la cirugía cardiaca.

RESULTADOS: El tratamiento con sistema de vacío se realizó tras el desbridamiento quirúrgico de la herida e inicio del tratamiento antibiótico. Con una media de 13 días de aplicación de este sistema, en unos casos se precisó cirugía plástica para el cierre definitivo, y en otras ocasiones cicatrizó por segunda intención.

CONCLUSIONES: Los pacientes refirieron un mayor confort por disminución de dolor, aumento de la estabilidad esternal y aislamiento de la herida de forma hermética. Se redujo la frecuencia de las curas, y tiempos de enfermería en las mismas. Disminuyó la carga bacteriana y aumentó el tejido de granulación favoreciendo la epitelización, lo que permitió que la herida llegara en condiciones óptimas para la cirugía plástica, cuando fue preciso. La estancia hospitalaria se reduce y, cuando las condiciones del paciente lo permiten, se realiza tratamiento domiciliario.

INCIDENCIA DE RECANALIZACIÓN DE LA ARTERIA RADIAL OCLUIDA TRAS LOS SEIS MESES DE SEGUIMIENTO

Díaz Bejarano D.; Gómez Santana C.; Lombardo Martínez J.; González Díaz J.M.; Valero López A.; González Rivero D.; Pedrosa Carrera C.; Sánchez Baños B.; Cubero Gómez J.M.

Servicio de Cardiología. Unidad de hemodinámica. Hospital de Valme. Sevilla

OBJETIVO: Determinar la incidencia de recuperación de la arteria radial ocluida tras el cateterismo, a los seis meses de realizado el procedimiento y medido en resultados de no oclusión. Determinar la influencia en la vida del paciente de la persistencia de la oclusión.

MÉTODO: El estudio fue prospectivo, unicéntrico, e incluía a pacientes del "Ensayo clínico sobre la compresión radial guiada por las cifras de la tensión arterial media", a los que se les ocluyó la arteria radial tras el procedimiento. Las arterias fueron valoradas a los 6 meses tras el cateterismo, por curva de pletismografía con test de flujo inverso, con doppler by-direccional y posteriormente con doopler Cypress® con transductor vascular 7L3.

RESULTADOS: Sobre 351 pacientes estudiados, 23 pacientes tuvieron oclusión arterial (6,57%), dos pacientes fueron pérdida de seguimiento por muerte (1 cardiaca, 1 no cardiaca). En los 21 pacientes estudiados medimos el porcentaje de oclusión arterial, y la oclusión estuvo presente en 7 pacientes (33,3%), mientras que las arterias recuperadas y con flujo estuvieron presentes en 14 pacientes (66.6%), no obteniendo diferencias estadísticas en la incidencia de sintomatología asociada entre el grupo con arteria ocluida y el grupo de arteria permeable.

CONCLUSIONES: La vía de abordaje radial se impone en los laboratorios de hemodinámica, por sus mínimas complicaciones vasculares. La posibilidad de repetir procedimientos por la misma arteria es un hecho tanto cierto como deseable y está condicionado a la persistencia de la arteria tras sucesivos cateterismos. La pérdida de permeabilidad arterial no condiciona la vida del paciente.

MEJORAR EL ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA POR PARTE DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Canela Armengol T.; Mas Escoda R.; Espelt Alujas P.; González Gonzalo S.; Piñol Uson C.; Fores Palacios M.;

Unitat de Complexitat Atenció a la Dependencia. Atenció Primaria. Tarragona-Reus

La prevalencia en España de la insuficiencia cardíaca (I.C.) es de 2-3 % de la población de más de 45 años. Es la primera causa de hospitalización en pacientes de más de 65 años. En el campo de Tarragona, con una población de 150.000 hab., los pacientes con diagnóstico de I.C. es de 940. La Unitat de Complexitat i Atenció a la Dependencia de Tarragona gestionó en el periodo de 4 meses del 2008 un total de 286 casos,104 eran cardiológicos, de los cuales 28 tenían como motivo de ingreso la I.C.

OBJETIVOS: Actualizar conocimientos sobre I.C. y motivar a enfermeria a utilizar la clase funcional para realizar diagnóstico Nanda. Mejorar la actuación de enfermería de atención primaria (A.P.) en el abordaje de I.C. análisis de la situación. Diversos estudios avalan el papel de enfermería de A.P. en la I.C. Implantar un plan de cuidados consigue mejorar los conocimientos, adquisición de buenos hábitos y el cumplimiento terapéutico metodología. Usamos como herramienta la clase funcional de la New York Heart Association y la Taxonomía Nanda. Se elaboró un questionario sobre clases funcionales ,fármacos y medidas higienico dietéticas. posteriormente se hizo un recordatorio en I.C. y diagnosticos Nanda mas prevalentes. A los 15 dias se pasó el mismo test.

RESULTADOS: Total preguntas 19. 1 test :media aciertos 13,3 nota media 6,9 2 test : media aciertos 16,4 nota media 8,61

CONCLUSIÓN: Enfermería dispone de un instrumento válidado para realizar un plan de cuidados cubriendo las necesidades reales del paciente con I.C. Debemos seguir formandonos en nomenglatura Nanda,incorporando la clase funcional como instrumento básico.

GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS (MCP)/ DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS IMPLANTABLES (DAI) SOMETIDOS A TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO

[2]González González R.; [1]Bacaicoa Parrado P.; [1]Díaz Herrera V.; [1]Gea Valero M.; [1]Urreta Muñoz A.; [2]Arpa Llorente S.; [2]García Triviño E.

[1]DUE Servicio de Cardiología y Cirugía Cardiaca. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona
[2]DUE Servicio de Radioterapia Hospital Duran i Reynals. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

INTRODUCCIÓN: El uso de los Rayos X como técnica diagnóstica no afecta a los MCP/DAI, en cambio a nivel terapéutico los Aceleradores Lineales que emiten radiación ionizante pueden producir alteraciones de los dispositivos. Estas alteraciones son secundarias a las interferencias electromagnéticas de las radiaciones, pudiendo tener repercusiones clínicas importantes ya que son acumulativas. La alteración de los MCP/DAI puede ser temporal o permanente y depende del tipo de radiación, la dosis total, características del dispositivo y de la proximidad entre el MCP/DAI con el campo de radiación. Actualmente muchos pacientes requieren la colocación de estos dispositivos dada la prevalencia de enfermedades cardíacas. En 2008 la incidencia de pacientes portadores de MCP/DAI tratados en nuestro servicio aumentó en 12 casos. A pesar que el equipo enfermero sabe que los pacientes portadores de MCP/DAI se deben proteger en el transcurso de la radioterapia, no existen criterios protocolizados de los c! uidados ni bibliografía de enfermería específica.

OBJETIVOS: Definir el papel de enfermería en el cuidado de los pacientes portadores de MCP/DAI durante la radioterapia. Proponer la base de un futuro protocolo enfermero.

METODOLOGÍA: Describir y analizar el rol enfermero en las diferentes etapas del tratamiento de los pacientes portadores de MCP/DAI sometidos a radiaciones ionizantes. Realización de un póster.

CONCLUSIÓN: El uso de protectores en los MCP/DAI frente a las radiaciones ionizantes es necesario. La monitorización hemodinámica del paciente puede ayudar a prevenir complicaciones derivadas de las mismas. Enfermería es la encargada de proponer una guía de actuación propia que defina sus actuaciones ante estos casos.

ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA EN UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN

Suárez Fontaíña E.M.; Fariñas Garrido M.P.; Rúa Pérez M.C.; Sabater Sánchez M.C.

Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña

INTRODUCCIÓN: La consulta de alta resolución o acto único, pretende incluir en un mismo acto asistencial la realización de las exploraciones necesarias para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad cardiaca. Ello reduce las visitas del paciente evitando demoras de las pruebas y posteriores consultas. En octubre de 2005 comenzó a funcionar en nuestro complejo hospitalario. La enfermera colabora en las pruebas complementarias y realiza un abordaje biopsicosocial de estos pacientes.

OBJETIVOS: •Unificar criterios de actuación de enfermería en la consulta de alta resolución. •Educar al paciente sobre factores de riesgo cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se identificaron los diagnósticos de enfermería más prevalentes de los pacientes que acudieron a la consulta, siguiendo los dominios presentados por la Taxonomía II de la NANDA, mediante: •Anamnesis •Exploración física •Valoración inicial.

RESULTADOS: Diagnósticos enfermeros prevalentes: •Manejo inefectivo del régimen terapéutico •Alteración de la nutrición por exceso •Exceso de volumen de líquidos •Intolerancia a la actividad - Alteración del patrón de sueño •Déficit de conocimientos •Riesgo de dolor •Ansiedad

CONCLUSIONES: •Este modelo de consulta consiguió un mejor aprovechamiento de recursos, redujo el proceso asistencial y mejoró la satisfacción del usuario.•La enfermería tuvo un papel activo y directo en la realización de pruebas complementarias y en la detección de factores de riesgo cardiovascular. •Basándonos en los diagnósticos de enfermería más prevalentes, se unificaron criterios de actuación para realizar una labor educacional clara concisa y practica.

DIARIO PARA UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Rojas Ramos M.R.; Caballero Estevez N.; Carrión García L.M.; Dorta Jiménez C.A.; Estevez Afonso M.M.; Fleitas Rodríguez J.; Jurado Rodríguez A.; Lorenzo Pérez D.J.; Socas Luis C.; Rodríguez Díaz M.P.; Trujillo Zamora R.M.

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN: La Insuficiencia Cardiaca (IC) en España es la primera causa de hospitalización en personas mayores de 65 años (el 5% de las hospitalizaciones). Nuestro centro no cuenta con Unidades de Rehabilitación Cardiaca ni de Insuficiencia Cardiaca y sólo existe una consulta externa sin personal de enfermería, por lo que la intervención educativa enfermera, se realiza de una manera "informal" cada vez que ingresa en nuestra unidad. A pesar de este "sistema informal" hemos detectado que el 76% de los pacientes ingresados en la unidad por IC, no tenían conocimientos de la enfermedad.

OBJETIVOS: Proporcionar una herramienta de control de su enfermedad y unos indicadores para evaluar la efectividad de la intervención educativa.

MATERIAL Y MÉTODO: Diseño y elaboración del diario: se realizan reuniones entre un grupo de enfermeras del servicio de cardiología para consensuar de que apartados constará, que información incluir. Se le adjuntará al informe de continuidad de cuidados de enfermería, como refuerzo de la intervención educativa aportándolo cada vez que acuda a control en cualquier ámbito asistencial.

RESULTADOS/ CONCLUSIÓN: Se ha obtenido un documento, "Diario del Paciente con Insuficiencia cardiaca" con los siguientes apartados: concepto de su enfermedad, signos y síntomas de alarma, recomendaciones generales (dietéticas, actividad física...), registro de datos (peso, TA...), que hacer o a quién acudir, así como espacios para anotar incidencias que quiera realizar respecto a cambios en su estado de salud. Se acompañará de dibujos para facilitar la comprensión. Este documento permitirá llevar el control y evaluación del cumplimiento terapéutico, facilitando el refuerzo educativo.

PROGRAMA EDUCATIVO IMPARTIDO POR ENFERMERÍA A LOS PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN Y RIÑÓN CON CARCINOMA DE PIEL

Segura Saint-Gerons A.; Segura Saint-Gerons C.; Pedraza Rodríguez C.; Gavilán Ceballos P.; Mengibar Pareja V.

Servicio de Cardiología. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

INTRODUCCIÓN: La aparición de tumores cutáneos en la población trasplantada, es una de las causas mas frecuentes de morbilidad a largo plazo, siendo su aparición, de tres a cinco veces superior a la población en general. Muchos estudios han demostrado la predicción de padecer cáncer, a los 20 años de estar trasplantado se estima un 50% y a los 30 años un 75%, Por lo que la educación sanitaria sobre este tema es muy necesaria para la detección precoz de esta patología y evitarles complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo y prospectivo de la actuación de enfermería a los pacientes trasplantados de corazón y riñón, sometidos a triple terapia, que desarrollan tumores de piel. Se les impartió a todos un programa educativo, desarrollado por su enfermera de referencia, en el cual se le dieron una serie de medidas higiénicas dietéticas y ambientales. Se le enseñó aquellos signos a los que debía prestar atención, y como actuar para prevenir nuevos episodios. Se le realizó la valoración enfermería para detectar diagnósticos enfermeros.

RESULTADOS: Mediante la valoración enfermería detectamos que los diagnósticos enfermeros que más se dieron fueron "Ansiedad" y "Temor" siendo los resultados después de las intervenciones de enfermería muy positivos según los indicadores aplicados, por lo que nuestras intervenciones las encaminamos a mejorar estos diagnósticos. Con el cuestionario, que les pasamos, comprobamos que los pacientes habían asimilado el 100% de toda nuestra información y estaban muy satisfechos, con el trato recibido considerando el programa educativo diseñado por enfermería, muy positivo para su patología.

CONCLUSIONES: La educación sanitaria impartida, por enfermería, a nuestros pacientes ayuda a detectar precozmente la aparición de tumores de piel y a disminuir sus complicaciones. La medicación inmunosupresora es una de las causas principales de la aparición de tumores en los pacientes, por lo que la enfermería tiene que estar al día de todas las novedades terapéuticas.

PUESTA AL DIA DEL PROTOCOLO DE CATETERISMO CARDÍACO EN UNA NUEVA UNIDAD CORONARIA

Alamillo Pérez P.; Anguera Saperas L.; Garcia Grau N.; Roca Biosca A.; Rubio Rico L.; Velasco Guillén M.C.

Unidad Coronaria. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona

INTRODUCCIÓN: En el año 2008 se inauguró en nuestro centro la Unidad Coronaria. Fue necesaria la revisión y puesta al día de los protocolos de enfermería. Los protocolos se han convertido en herramientas necesarias para mejorar la calidad asistencial de los cuidados. Estos deben ser realizados por los profesionales de enfermería y contrastados por la evidencia científica.

OBJETIVO: Elaborar un protocolo actualizado que sirva como guía a los profesionales de enfermería de la nueva Unidad Coronaria para unificar criterios de actuación.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisó el actual protocolo de cateterismo cardíaco existente en el Hospital y tras una búsqueda bibliográfica exhaustiva se procedió a su actualización .Una vez elaborado el nuevo protocolo fue consensuado con los demás profesionales implicados en el procedimiento. Se procedió a su presentación en la dirección de enfermería para su aprobación. Por último se dio a conocer a los profesionales de la Unidad .y se elaboró un póster para facilitar su consulta.

RESULTADOS: El protocolo consta de dos apartados diferenciados: -Cuidados pre-cateterismo -Cuidados post-cateterismo El póster se situó en un lugar visible de la Unidad para facilitar su consulta.

CONCLUSIONES: Dada la reciente apertura de la Unidad Coronaria será necesaria una revisión en el plazo de un año para evaluar la eficacia de este instrumento.

PROGRAMA TEÓRICO-PRÁCTICO PARA LA FORMACIÓN DE ENFERMERIA EN LA UTILIZACIÓN DEL BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAAÓRTICO EN LA UNIDAD CORONARIA Y CUIDADOS INTENSIVOS

[1]Labad Boix; [1]Mariné Vidal J.; [2]Massoni J.; [1]Nolla Benavent M., [1]Vallejo Henao L., [2]Krsticevic L.

[1]Unidad de Coronaria-Cuidados Intensivos. Hospital Joan XXIII Tarragona. Tarragona
[2]Servicio de Hemodinámica. Hospital Joan XXIII Tarragona. Tarragona

INTRODUCCIÓN: La creación de la Unidad Coronaria planteó la necesidad de formación en los cuidados de enfermería para el paciente portador del balón de contrapulsación intraaórtico (BIAC). La utilización de tecnologías complejas e inusuales, hacen necesaria la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades para su manejo. Por lo tanto, hay que generar nuevos sistemas de aprendizaje y actualización entre los Servicios implicados. La búsqueda bibliográfica dió como resultado un sólo programa educativo en Norteamérica, lo que nos motivó a desarrollar uno ajustado a nuestras necesidades

OBJETIVOS: Elaboración del Programa y Evaluación del mismo mismo mediante casos clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: •Búsqueda bibliográfica:"formación de enfermería en balón de contrapulsación. •Sistematización del material. •Elaboración de material impreso •Aplicación a casos práctivos y práctica con consola •Evaluación del programa.

RESULTADOS: Programa teórico-práctico de formación para el manejo del BIAC: sesiones teóricas, sesiones teórico-prácticas (optimización de curvas, significado de alarmas).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: La realización de este programa nos ha servido para desarrolllar una nueva modalidad formativa y estrechar la colaboración entre los Servicios de UCI-Coronaria y el Servicio de Hemodinámica, modelo que podría ser extrapolable para otros procedimientos interdisciplinarios complejos.

PUNCIÓN TRASEPTAL GUIADA POR ECO TRASESOFÁGICO

Villadeamigo Romero J.M.

Servicio de Electrofisiologia Cardiaca. Hospital Clinico Universitario de Valladolid. Valladolid

INTRODUCCIÓN: Cada vez son más los procedimientos electrofisiologicos donde es necesario el acceso a la auricula izquierda, como son determinadas vias accesorias izquierdas y sobre todo en la ablacion, aislamiento de venas pulmonares en la fibrilacion auricular

OBJETIVO: Conocer la fiabilidad y seguridad que proporciona la utilizacion del eco trasesofagico (ETE) para la realizacion de la puncion traseptal, y sus ventajas para minimizar riesgos propios de la tecnica

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizo un estudio desciptivo y retrospectivo, siendo la duracion del estudio de un año completo (2008) y una muestra de 25 pacientes, diagnosticados todos ellos de fibrilacion auricular para aislamiento de venas pulmonares.

RESULTADOS: Todos los pacientes fueron sometidos a ETE que utilizado en el inicio del procedimiento y se obtuvieron los siguientes datos: no se produjo ninguna puncion aortica, No hubo taponamientos, ninguna puncion fuera del septo interauricular. Todos los pacientes presentaban en el momento de la puncion orejuelas limpias de trombos.

CONCLUSIÓN: Los resultados obtenidos identifican al ETE y su utilizacion al inicio del procedimiento como un opcion segura para la realizacion de traseptales, eliminando riesgos vitales como las punciones accidentales de aorta, taponamientos cardiacos. Identifican peligros como trombos intracardiacos que contraindicarian la tecnica. El estudio tambien concluye que la realizacion del ETE fue bien tolerada por todos los pacientes.

RESULTADOS DEL CIERRE PERCUTÁNEO EN EL IMPLANTE DE LA PRÓTESIS AÓRTICA AUTOEXPANDIBLE COREVALVE

Arias García P.; Santamaría Rubio J.; Avanzas Fernández P.; Torre Cabo J.D.; Fernández Maese J.M.; Suárez Pérez S.; Blanco González M.C.; García Aranda F.J.; Rivilla Soblechero J.; Alonso García A.; García Alonso L.; Morís de la Tassa C.; de la Riva Gil de Sola R.; Solís Velasco C.; Gómez Allende F.

Laboratorio de Hemodinámica (Área del Corazón), Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El implante percutáneo de válvulas aórticas ha abierto un nuevo camino para el tratamiento de la estenosis aórtica, tradicionalmente quirúrgico. Uno de los problemas para el implante de las mismas es el gran tamaño de los sistemas de liberación.

EL OBJETIVO: El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de un abordaje percutáneo con el dispositivo Prostar XL® en los implantes de válvulas aórticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Incluímos en este estudio 20 pacientes con estenosis aórtica severa sintomática rechazados por la cirugía o que no quisieron operarse, a los que se les implantó una válvula aórtica con un abordaje completamente percutáneo y cierre posterior con el dispositivo Prostar XL®. Tras la punción de la arteria femoral se colocó un dispositivo de cierre arterial Prostar XL®. Se recanalizó la arteria con la guía y se retiró el dispositivo. A continuación se implantó la prótesis mediante un introductor de 18F. Al finalizar el procedimiento, la hemostasia de la arteria femoral se realizó cerrando la sutura del dispositivo colocado. Todos los pacientes estaban anticoagulados durante el procedimiento. Se realizó seguimiento de la zona de punción mediante exploraciones físicas sucesivas.

RESULTADOS: El cierre percutáneo se culminó con éxito en el 100% de los casos. No hubo ningún hematoma importante durante el seguimiento.

CONCLUSIONES: El dispositivo Prostar XL® colocado previo al implante de una válvula aórtica se puede usar con éxito como dispositivo de hemostasia en dichos procedimientos. El efecto a largo plazo del cierre con estos dispositivos es desconocido y necesita ser evaluado en ensayos prospectivos.

LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN HOSPITALARIAS

Lázaro Castañer C.; Marín-Barnuevo Fabo C.; Cencerrado Redondo V.

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

INTRODUCCIÓN: Un estudio desarrollado en la Unidad de Enfermería del Servicio de Cardiología demostró, que la educación sanitaria durante la estancia hospitalaria se revela imprescindible para superar la fase aguda, comprender la enfermedad, evitar recaídas y formar hábitos de vida saludables .

OBJETIVO: Dotar de contenido las Tecnologías de la informqación y comunicación (TIC) instaladas en el Hospital para la difusión de una programación de educación sanitaria.

METODOLOGÍA: Aprobado por la Dirección del centro el desarrollo y producción de un video de educación sanitaria sobre la enfermedad coronaria, para ser emitido en las TIC hospitalarias, se eligió el formato DVD que facilita la exportación a otros formatos y su exposición en distintos medios (televisión, intranet, Internet). Se realizó un guión y junto a un técnico de imagen y sonido se produjo el vídeo, dirigido a pacientes coronarios, aporta información sobre la enfermedad, analiza cada uno de los factores! de riesgo, describe las pruebas diagnosticas y tratamiento y por ultimo da consejos sobre conductas a seguir tras el alta hospitalaria.

RESULTADOS: El primer programa de educación sanitaria dirigido y producido en el Hospital, con una duración de 15 minutos, se puede ver actualmente en la página Web y se emitirá por los canales de video del hospital a partir de Enero 2010.

CONCLUSIONES: Deben aprovecharse las TIC, como vía de contacto con los pacientes y familiares, para responder a la gran demanda de información sobre la enfermedad, su proceso y sus secuelas en momentos especialmente críticos.

RESULTADOS DEL CIERRE PERCUTÁNEO EN EL IMPLANTE DE LA PRÓTESIS AÓRTICA AUTOEXPANDIBLE COREVALVE

Arias García P.; Santamaría Rubio J.; Avanzas Fernández P.; Torre Cabo J.D.; Fernández Maese J.M.; Suárez Pérez S.; Blanco González M.C.; García Aranda F.J.; Rivilla Soblechero J.; Alonso García A.; García Alonso L.; Morís de la Tassa C.; de la Riva Gil de Sola R.; Solís Velasco C.; Gómez Allende F.

Laboratorio de Hemodinámica (Área del Corazón), Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El implante percutáneo de válvulas aórticas ha abierto un nuevo camino para el tratamiento de la estenosis aórtica, tradicionalmente quirúrgico. Uno de los problemas para el implante de las mismas es el gran tamaño de los sistemas de liberación.

EL OBJETIVO: El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de un abordaje percutáneo con el dispositivo Prostar XL® en los implantes de válvulas aórticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Incluímos en este estudio 20 pacientes con estenosis aórtica severa sintomática rechazados por la cirugía o que no quisieron operarse, a los que se les implantó una válvula aórtica con un abordaje completamente percutáneo y cierre posterior con el dispositivo Prostar XL®. Tras la punción de la arteria femoral se colocó un dispositivo de cierre arterial Prostar XL®. Se recanalizó la arteria con la guía y se retiró el dispositivo. A continuación se implantó la prótesis mediante un introductor de 18F. Al finalizar el procedimiento, la hemostasia de la arteria femoral se realizó cerrando la sutura del dispositivo colocado. Todos los pacientes estaban anticoagulados durante el procedimiento. Se realizó seguimiento de la zona de punción mediante exploraciones físicas sucesivas.

RESULTADOS: El cierre percutáneo se culminó con éxito en el 100% de los casos. No hubo ningún hematoma importante durante el seguimiento.

CONCLUSIONES: El dispositivo Prostar XL® colocado previo al implante de una válvula aórtica se puede usar con éxito como dispositivo de hemostasia en dichos procedimientos. El efecto a largo plazo del cierre con estos dispositivos es desconocido y necesita ser evaluado en ensayos prospectivos.

CASO CLÍNICO: CAPTURA POR VÍA PERCUTÁNEA DEL DISPOSITIVO OCLUSOR AMPLATZER "SUELTO" EN LA AURÍCULA IZQUIERDA

Capote Toledo M.L.; Rubio Regalado M.; Burgoa Sánchez T.; Izquierdo García A.; Rodríguez García-Abad V.; Verdasco Bravo P.; Armengol Oyarbide F.; Rodríguez Núñez I.; Simon Lorente D.; Lozano Gallego L.; Reina Martín B.; Achutegui Cerezo T.

Departamento de Hemodinámica. Instituto Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN: El origen de los trombos está en la aurícula izquierda, en el saco de la orejuela; cuando existe fibrilación auricular (FA) se forman trombos y cuando se movilizan suelen ir a la cabeza, provocando accidentes cerebrovasculares. Todos los pacientes con FA tienen que estar anticoaguladosy tomar (sintrom). Los más jóvenes no plantean muchos problemas, pero en los mayores, que son los que tienen más riesgo de hacer embolias, sí que resulta complicada la anticoagulación. Se ha diseñado un dispositivo (Amplatzer) que permite el cierre de la orejuela quedando totalmente excluída del sistema sanguíneo; es una alternativa que evitará anticoagular en FA.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Paciente de 85 años con antecedentes de accidente cerebrovascular hace un año en tratamiento con sintrom, hace un mes implantación de stent farmacoactivo en arteria descendente anterior en el contexto de síndrome coronario agudo con elevación del ST; acude a nuestro hospital para colocación de dispositivo oclusor de orejuela izquierda con éxito. Se realiza ecocardiograma de control post implantación que mostró displacamiento del dispositivo.

PLAN DE CUIDADOS: Los cuidados de enfermería serán parecidos a los administrados a los pacientes subsidiarios de un laboratorio de hemodinamica en el contexto de una urgencia e irán encaminados a aliviar el dolor, reducir la ansiedad y prevenir y alertar en caso de complicaciones.

DISCUSIÓN: Presentamos un caso clínico junto con los Diagnósticos e Intervenciones de Enfermería que se pueden aplicar aquí.

MÁS ALLÁ DE LA ENFERMEDAD CORONARIA

Rodrigo Cuadrado M.M.; Pérez Vázquez B.; Duque López E.A.; Varona Gutierrez R.

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid

INTRODUCCIÓN: Los avances tecnológicos en las distintas disciplinas de la Salud, han sido muy rápidos en los últimos años, dirigidos a la curación de las enfermedades, todo ello ha provocado una pérdida de la visión del paciente, de sus respuestas humanas, inclinándose la balanza(en la mayoría de las ocasiones) hacia la enfermedad como patología.El hombre es un ser holístico, biopsicosocial y como tal hay que tratarlo, no sólo por sus respuestas biológicas. Por eso la enfermedad hay que tratarla además de tecnológicamente, teniendo en cuenta el entorno social y familiar.Tratamos de descubrir cómo se siente el paciente, cuáles son sus respuestas humanas y los efectos que tiene la enfermedad en su vida, su familia..., su visión de los cuidados que reciben.

OBJETIVO: Mostrar la complejidad de las respuestas humanas frente a la enfermedad coronaria. Mejorar la calidad asistencial percibida por nuestros pacientes.

MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo cualitativo mediante observación y entrevistas estructuradas abiertas, que una vez transcritas, fueron sometidas a análisis del contenido.

RESULTADO: La enfermedad coronaria distorsiona integralmente el entorno de los enfermos: personal, familiar, social, laboral..., en una gran mayoría existiendo un afrontamiento ineficaz ante la situación.

CONCLUSIÓN: Aunque desde el hospital se ha gestionado de forma favorable la enfermedad coronaria por la que han ingresado, utilizando toda la tecnología a nuestro alcance para la reinserción del paciente a su vida anterior, se ha olvidado el tratamiento de sus otros problemas y respuestas humanas provocando un afrontamiento inefectivo. Es aquí dónde las enfermeras tenemos un papel muy importante y amplio, Intentando evitar de esta forma los múltiples reingresos.

EN EL CATETERISMO CARDÍACO ¿ES PREFERIBLE LA VÍA RADIAL O LA VÍA FEMORAL?

[1]Marín Pérez R.; [1]Demur Lanau M.T.; [1]Martínez Sola M.; [1]Muñoz Rey P.; [2]Sánchez Cabrera R.

[1]Unidad Coronaria. Hospital de Bellvitge. Barcelona. [2]Quirófano Cirugía Cardíaca. Hospital de Bellvitge. Barcelona

INTRODUCCIÓN: Actualmente el cateterismo cardíaco por vía radial es una práctica que va equiparándose al caterismo por vía femoral. Objetivo: Comparar y evaluar la experiencia de la práctica entre cateterismos femorales y radiales, con la finalidad de observar diferencias entre ambos.

MATERIAL Y MÉTODO: Mediante el diseño de una hoja de registro y la revisión de historias clínicas se hizo un análisis observacional y retrospectivo de 1219 cateterismos realizados en el primer cuatrimestre del 2008 de: tipo de abordaje, finalidad del cateterismo, tiempo de escopia empleado y cantidad de contraste administrado en cada caso. También se registraron de los últimos 150 casos ingresados en la Unidad Coronaria las complicaciones y el tiempo de estancia hospitalaria.

RESULTADOS: Diagnóstico Terapéutico Contraste Escopia Complicaciones Radial 48% 40% 154,14ml 9,5min 43% Femoral 52% 60% 152,44ml 6,96min 59% Complicaciones leves/moderadas Complicaciones graves Complicaciones muy graves Estancia hospitalaria Radial 13% 4% 0% 4,84 días Femoral 81% 11% 8% 3,2 días

CONCLUSIONES: En cuanto al cateterismo cardíaco vía radial podemos afirmar que es necesaria una mayor destreza y habilidad por parte de los hemodinamistas para el desarrollo de la técnica, de ahí se deriva que el tiempo de escopia y la cantidad de contraste utilizada sea mayor, aunque cada vez está más igialada con la vía femoral. También cabe destacar que existe una mejor compresión hemostásica tras el procedimiento que disminuye el número de complicaciones y la gravedad de estas. Permite también la sedestación y deambulación precoz, mejorando el confort del paciente y disminuyendo el tiempo de hospitalización.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA INTRAOPERATORIA ANTE UNA IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS TRICAMERAL

García Campaña A.; Ginel Aldana S.

Servicio de Reanimación y Quirófano. Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

INTRODUCCIÓN: La implantación de marcapasos tricamerales no supera la década de existencia. Debido a la complejidad de la técnica, el desconocimiento en la práctica y lo novedoso del dispositivo ha sido necesario la realización de un protocolo que oriente al personal de enfermería ante la implantación de este tipo de generadores. Los cuidados de enfermería en el servicio de quirófano engloban desde la preparación del mismo, recepción, cuidado y confort del paciente hasta su traslado a su unidad. Es por ello que resulta necesario conocer el perfil del paciente al cual va dirigido, la misión del dispositivo y sus características básicas.

OBJETIVO: Unificar criterios para la realización de un protocolo de actuación para el personal de servicio de quirófano. Dar a conocer las etiquetas diagnósticas más frecuentes dentro de la actuación intraoperatoria y de esta forma cubrir las necesidades del paciente.

METODOLOGÍA: Para la elaboración del protocolo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos específicos, etiquetas diagnósticas y antiguos protocolos publicados en nuestro servicio. Asimismo el análisis de la práctica diaria ayuda a realizar y conocer, las ventajas de una preparación, ante una implantación de un marcapasos tricameral.

RESULTADO: La mayoría del personal que se encuentra en nuestro servicio ha señalado lo fundamental que es tener una pauta resumida y clara con el fin de realizar una óptima implantación de este tipo de generador.

CONCLUSIONES: Los protocolos de enfermería en son necesarios ya que nos proporcionan seguridad y técnicas rápidas para la mejora de la calidad de los cuidados al paciente.

CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DEL TRASPLATE CARDÍACO: ¿PUEDEN LLEVAR UNA VIDA NORMAL?

Nebot Margalef M.; González Costello J.; Roca Elías J.; Manito Lorite N.; Esplugas E.

Servicio de Cardiologia. Unidad de Insuficiencia Cardiaca y Trasplantes. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona

EL OBJETIVO: El objetivo será analizar la calidad de vida después del trasplante cardiaco (TC) en pacientes de un hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Es un estudio prospectivo, observacional. La muestra es de 166 pacientes trasplantados cardiacos vivos. Los datos se recogieron durante los meses de noviembre y diciembre de 2007. Para la recogida de datos se diseñó una encuesta con 19 preguntas cerradas. La calidad de vida se valoró con una escala de 1 (muy mala) a 10 (muy buena).

RESULTADOS: La edad media era de 60,7 ± 9 años y la media de años post-TC era de 8 ±4. El 79% eran hombres. Antes del TC el 43% estaban ingresados y el 86% estaban casados. Después del TC solo un paciente se ha separado y dos se han casado. El 55% trabajaba fuera de casa antes del TC. Después del TC solo trabajaron fuera de casa un 18%. La calidad de vida pre-TC era de 2± 1,6 puntos en la escala de 1 a 10 y de 8,34± 1,5 post-TC (p=0,0001). El 80% no consideran que las pruebas médicas o el tratamiento diario con! medicamentos les interfieren en su vida. Después de la operación, sólo un 38% de los pacientes considera que no tienen ninguna limitación física en su vida.

CONCLUSIONES: Casi todos los pacientes están satisfechos de haber sido trasplantados y notan una notable mejora en la calidad de vida después del TC valorandola como normal y se mantiene a lo largo de los años. Es bajo el porcentaje de reincorporación laboral.

ESTUDIO COMPARATIVO DE APÓSITOS POSTINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA MARCAPASOS

Luna Gallardo P.; Pons Pons N.; Saiz Petrus A.; Orfila Arias V.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Mateu Orfila. Mahón. Menorca

INTRODUCCIÓN: Hoy en día se utilizan diversos tipos de apósitos tras una intervención quirúrgica de implante o recambio de marcapasos.

EL OBJETIVO: De nuestro estudio es conocer de entre dos tipos de apósitos, cúal de ellos tiene mayores ventajas en su empleo para el paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron 35 pacientes, divididos en dos grupos, 18 tratados con apósito mepore y 17 varihasive extrafino, a los 14 días postintervención se valoró la evolución de las heridas quirúrgicas.

RESULTADOS: El grupo que utilizó los apósitos de varihasive extrafino tuvo menos molestias que los tratados con mepore.

CONCLUISIÓN: El uso del apósito de varihasive extrafino es más cómodo y económico en un paciente sometido a implante o recambio de marcapasos que el uso del apósito mepore.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA FIBRILACION AURICULAR

Vázquez Rodríguez B.; Regueiro López M.; Perez Rivas M.G.; García Pedreira M.D.; Carro Rodríguez M.J.

Unidad de Corta Estancia Médica (UCEM), Complejo Hospitalario Universitario Coruña. A Coruña

OBJETIVOS: Determinar variables asociadas a presencia o no de fibrilación auricular (FA).

MATERIAL Y MÉTODO: Ámbito estudio: UCEM (CHUAC). Período: septiembre 2007 – febrero 2008. Tipo estudio: pacientes con FA y sin FA. Criterios inclusión: Pacientes ingresados UCEM, entre 24 y 96 años, con o sin FA, consentimiento informado. Criterios exclusión: Portadores marcapasos, desfibrilador implantable automático, ritmos cardíacos alternantes o reingreso durante el estudio. Muestra: 107 pacientes con FA y 100 sin arritmia cardíaca. Mediciones: edad, sexo, índice masa corporal (IMC), presión arterial, frecuencia cardíaca, presencia o no de FA, con morbilidad y tratamiento. Realizándose estudio descriptivo de variables, las cuantitativas como media +/- desviación típica, y las cualitativas como valor absoluto y porcentaje.

RESULTADOS: Media de edad fue de 73 años y el 59.8% varones.Los pacientes con FA tiene más edad (74.4 +/- 9 vs.63.8+/-16 años, $p < 0.000$), son más obesos(28.7+/-5 vs.27.2+/-5Kg /m2, $p = 0.041$), más fumadores (63.3% vs.15%,$p < 0.000$), y tienen mayor porcentaje de antecedentes de cardiopatía isquémica,diabetes mellitus, ACVA, EPOC, insuficiencia renal, dislipemia, neoplasia, arteriopatía periférica e insuficiencia cardíaca. Ajustando variables edad, sexo, IMC, antecedentes cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, diabetes mellitus, EPOC, dislipemia, fumador, e insuficiencia renal objetivamos que las variables con un efecto independiente para predecir FA son edad (OR: 1.08,95% IC: 1.04 -1.12), IMC (OR: 1.1,95% IC:1.03 – 1.20), insuficiencia renal (OR:5.8,95% IC: 1.9 – 17.2) y exposición actual al tabaco(OR:5.9,95% IC: 1.9 – 17.8).

CONCLUSIONES: I. renal, tabaquismo, edad e IMC son factores de riesgo asociados a la presencia de FA.

CONOCIMIENTOS Y PRACTICA DE LA INYECCION DE INSULINA DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Rueda Pérez E.

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Cliniques Saint-Luc , Universidad Católica de Lovaina. Bruselas. Bélgica

OBJETIVO: La práctica correcta de la inyección de insulina es indispensable para el equilibrio de la diabetes. El objetivo es saber qué pasos en la técnica de la inyección son respetados o no por el paciente insulino-dependiente y cuales son sus conocimientos sobre la insulina.

MATERIAL Y MÉTODO: Se elaboró un cuestionario sobre los pasos a seguir en la técnica de la inyección así como sobre los diferentes tipos de insulina utilizados, la duración de su efecto, las zonas de inyección, la velocidad de absorción según la zona inyectada, su conservación y el uso de bic inyector o de jeringuilla . Un total de 100 pacientes fueron encuestados en la consulta de enfermería en el momento de su visita al centro. Se trataba de pacientes de edades comprendidas entre 18 y 70 años, con diabetes de tipo 1 y 2 insulino-dependientes.

RESULTADOS: Los resultados están plasmados en los dos posters ; uno refiriéndose a la técnica y el otro a los conocimientos sobre la insulina.

CONCLUSIONES: Las conclusiones nos muestran conocimientos incompletos sobre le tratamiento y la técnica de la inyección y nos demuestran que con el tiempo, el paciente tiende a minimizar la importancia de respetar paso a paso la práctica de la inyección. Esto contribuye a la inestabilidad de la diabetes y a largo plazo a la hospitalización del paciente.

RIESGOS CARDIOVASCULARES DE LA POBLACIÓN DE VIGO

Martinez Pérez M.; Amoedo Fernández B.; Pereira Leyenda B.; Guillén Goberna P.; Gómez Fernández M.; Argibay Pytlik V.; Sterling J.; Iñiguez Romo A.

Complejo Hospitalario de Vigo. Hospital Do Meixoeiroa. Vigo

OBJETIVO: Conocer los factores de riesgo cardiovascular(FRCV),asi como el estilo de vida de la población del área de Vigo en el 2007-08

MATERIAL Y MÉTODO: En el último fin de semana de Septiembre 2007-08 respectivamente,se recogieron de forma consecutiva y sin exclusión de ningún tipo en la ciudad de Vigo un total de de 531 usuarios , de ellos 133 fueron del 2007 y 398 del 2008.Los datos (sexo,edad,actividad física,antecedentes familiares,TA,fumador,glucemia,colesterol) fueron recogidos por una enfermera mediante una entrevista realizada en una carpa.Posteriormente el médico tras el análisi de los datos obtenidos recomienda al usuario acciones para modificar su estilo de vida y reducir su riesgo cardiovascular.

RESULTADOS: Los 531 usuarios se dividen en dos grupos, los 133 del 2007 59 hombres,74 mujeres,con una edad media de 59 años,14 de ellos son fumadores y 85 no fumadores y 34 exfumadores,26 de los cuales presentaban una glucosa superior a 110 mg/dl y 85 un colesterol superior a 160 mg.,106 con cifras sistólicas mayores de 120 mmHg,76 con antecedentes familiares y 40 no realizaba ningún tipo de actividad física; por otra parte de los 398 del 2008 174 hombres y 224 mujeres,con una edad media de 67 años,35 fumadores y 47 exfumadores y 216 no fumadores;44 con glucosa superior a 110 mg/dl,299 con colesterol mayor de 160 mg.,330 con tensión sistólica mayor de 120 mmHg.,211 presentaban antecedentes familiares y 58 no realizaban ningún tipo de actividad física.

CONCLUSIONES: Según los datos obtenidos en 2007-08,observamos que en la población estudio existen FRCV modificables,percibiéndose una mayor afluencia de usuarios de un año para otro.

IMPLANTE PERCUTÁNEO DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA

Méndez Rubio J.; Gil Pérez R.; Millán Vázquez F.J.; Álvarez Martínez F.; Carrasco Ruiz R.; Macías Pérez I.; De Prada Otermin G.

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN: Debido al envejecimiento de la población la estenosis aórtica severa sintomática es una patología cada vez más prevalente y aunque el tratamiento de elección es la cirugía suelen, estos pacientes de edad muy avanzada, presentar comorbilidad asociada que incrementa el riesgo quirúrgico.

OBJETIVOS: Presentar resultados de nuestra experiencia y describir protocolo de actuación.

MATERIAL Y MÉTODO: Entre abril de 08 y enero de 09 se realizó implante percutáneo de prótesis aórtica Corevalve en 29 pacientes. Los criterios de selección fueron clínicos y anatómicos (diámetros del plano valvular aórtico y vía de acceso iliofemoral). En 27 pacientes la vía de acceso elegida fue femoral derecha o izquierda y en 2 casos el acceso se realizó por subclavia izquierda, mediante presentación y cierre quirúrgico. En los casos realizados por vía femoral el acceso fue percutáneo con 18F y el cierre con sutura arterial Prostar. Los implantes se realizaron bajo sedación del paciente y con anestesia local. Precisaron implante de marcapasos transcutáneo.

RESULTADOS: N=29. La edad media [intervalo] fue de 77 años [50-92], 12 hombres y 17 mujeres. Las complicaciones relacionadas con la punción fueron: un fallo en el cierre Prostar y un caso de fuga de arteria iliaca, ambas precisaron cirugía vascular. Un infarto periprocedimiento por disección de arteria mamaria, precisó ser tratada con ACTP y stent. Un 40% presentó bloqueo A-V, precisando marcapasos transcutáneo. No hubo, en ningún caso, problemas de implante (migración u obstrucción coronaria).

CONCLUSIONES: La implantación percutánea podría ser una alternativa en pacientes con estenosis aórtica rechazados para cirugía.

OPTA A PREMIO

JUEGO EDUCATIVO "ESCUELA DE CORONARIOS" FORMATO DEFINITIVO TRAS LAS CORRECCIONES DEDUCIDAS DE LA PRUEBA PILOTO

Gómez Palomar C.; Gómez Palomar M.J.

Servicio de Semicríticos y Cardiología. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona

OBJETIVO: optimizar educación sanitaria en pacientes ingresados por cardiopatía isquémica.

MATERIAL Y MÉTODO: Se cumplió el compromiso de reformas: partidas más rápidas (2 dados de material más pesado y la mitad de casillas), más tarjetas de dibujo y preguntas de temas menos tratados. Se hizo nueva prueba con los isquémicos ingresados en Cuidados Medios Cardiológicos, durante un mes, organizada por enfermero de la Unidad, ajeno al proyecto. Post-partida se cumplimentó entrevista que valoraba juego y conocimiento. Se recogieron las percepciones del enfermero.

RESULTADOS: Juegan 22 pacientes. Edad media 70 años. 86,3% varones. Según la entrevista, 100% se divirtieron jugando, 66,7% conocían más de la mitad de las preguntas, 22% se sintieron violentos por no conocer las respuestas, nadie lo percibió demasiado largo, todos entendieron las reglas de juego, aceptaron como adecuado el lenguaje utilizado, volverían a jugar y se creyeron capaces de utilizar lo aprendido, el 68% piensa que se aprende mejor jugando y 91 % que sería un buen complemento a las sesiones educativas. El 68% creen haber aprendido lo suficiente para cuidarse en casa. Según organizador: difícil encontrar tiempo, falta de agilidad en lectura de algunos jugadores, pereza para empezar aunque luego lo disfrutan, excesivas distracciones por no disponer de espacio exclusivo. El 72% de las preguntas de conocimiento son correctas.

CONCLUSIONES: El juego es entretenido y útil como terapia ocupacional y refuerzo educativo. Es importante minimizar los problemas. Distribuido por la asociación podría optimizar la educación sanitaria del isquémico en todo el país.

Presentacion_otros: Mesa y sillas junto al poster para poder utilizar el juego.

REPERCUSIÓN DE UNA DERIVACIÓN INADECUADA EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

[1]García López M.C.; [1]Fernández Santamarina I.; [1]Yosi Sánchez C.; [1]Muñoz Dueñas M.G.; [1]González García A.M.; [1]Martínez Taboada P.; [2]Díaz Rodríguez J.M.; [1]Díaz Guerrero P.; [1]Villaver González P.

[1]Servicio de Policlínica (consulta Pediatría). Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra
[2]Servicio de Codificación. Control de Gestión. Hospital Rebullón. Pontevedra. Mos

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: El óptimo funcionamiento de una consulta especializada, depende de muchos factores. Uno de los fundamentales, es la adecuada derivación de los pacientes desde los profesionales que solicitan dicha consulta. Intentamos demostrar la sobrecarga asistencial que dicha derivación genera sobre una consulta de estas características, medida en tiempo de espera para una primera valoración y su repercusión en las revisiones.

MATERIAL Y MÉTODO: Nos planteamos la revisión de los pacientes derivados a una consulta hospitalaria de Cardiología infantil para valorar si los criterios han sido utilizados con rigor, basándose en la historia clínica, exploración física y pruebas complementarias accesibles al nivel asistencial de quien las solicita y, si basándose en ello, los pacientes han tenido una adecuada valoración diagnóstica.

RESULTADOS: Revisamos las historias clínicas de las primeras consultas durante un período de seis meses, desde el 01/01/2008 hasta el 30/06/2008,un total de 296 historias. Recogimos datos de los informes clínicos y de hojas de interconsulta que acompañaban a los pacientes, valorando si se aportaban datos referidos a: antecedentes personales, exploración física y pruebas básicas como electrocardiograma, toma de tensión arterial y radiografía de tórax y relacionándolas en función de la edad de los pacientes y la sospecha clínica inicial de patología.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS: La derivación inapropiada de pacientes sin patología o patología leve, se tradujo en una sobrecarga de la consulta de cardiología pediátrical, dificultando la prestación de una atención con la calidad deseada a aquéllos que presentaron cardiopatías importantes.

OPTIMIZAR LOS CUIDADOS AL PACIENTE SOMETIDO A UN CATETERISMO CARDIACO

Achon R.Mª.; Dattoli V.; Franco D.; López V.; Martínez C.; Sánchez Mª.C.

Servivio de Medicina Interna. Hospital St. Pau i Sta. Tecla. Tarragona

INTRODUCCIÓN: Como personal de enfermeria del servicio de MI, hemos podido detectar el aumento de la demanda de la realización de cateterismos cardiacos como prueba diagnóstica o terapéutica, en personas con patología coronaria. Esto nos lleva a la necesidad de elaborar un protocolo actualizado que unifique criterios y cuidados tanto físicos como psicológicos del paciente y la familia, asegurando su bienestar y confort, así como una óptima preparació frenta la prueba y un exhaustivo control posterior para evitar complicaciones.

OBJETIVOS: •Unificar criterios de preparación físicos, anímicos y administrativos de las personas que serán sometidas a un cateterismo cardiaco, tanto sean ambulantes como ingresadas. •Disminuir el grado de ansiedad, preocupación y miedos de la pesona ante el procedimiento proporcionando información adecuada de la técnica y cuidados pre y post cateterismo en función de las características individuales de la persona. •Valorar y prevenir potenciales complicaciones posteriores al cateterismo, especialmente locales y vasculares.

METODOLOGÍA: El protocolo se ha realizado por el equipo de enfermeria, contando con el apoyo y el consenso del internista, cardiologo y endocrino para la inclusión de protocolos médicaos específicos. Junto al protocolo se ha elaborado un tríptico informativo que se dará a los usuarios para facilitar la información de forma sencilla y clara.

RESULTADOS: Antes de instaurar el protocolo como erramienta de trabajo en la unidad, las enfermeras encargadas en la elaboración, creen que ha sido positivo el consenso y el trabajo de elaboración para clarificar conceptos y renovar conocimientos. Actualmente está en proceso de aprobación y pendiente de ponerse en marcha en la unidad.

LA INFORMACÓN, UN DEBER DE LA ENFERMERA

Sanchez Bellido M.; Palau Morales M.T.;Roca Lloreta M.; Peiron Paris M.

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. Lleida

INTRODUCCIÓN: Como profesionales, nos planteamos la calidad de la información que reciben nuestros pacientes. La promoción del desarrollo de las habilidades del paciente, para afrontar y ayudar a resolver sus problemas de salud, es la base de los nuevos modelos de educación en el ámbito sanitario. Informar adecuadamente al paciente-usuario es un signo de respeto hacia él y un acto de responsabilidad y competencia profesional.

OBJETIVOS: Modificar comportamientos sanitarios (adquirir nuevos hábitos); Promover la participación activa de los pacientes-usuarios; Fomentar la toma de decisiones autónomas y responsables; Optimizar la utilización de los servicios sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS: Planteamos un estudio descriptivo de opinión. Se realizaron dos encuestas a 100 pacientes de nuestro servicio seleccionados al azar: El 50% recibieron información verbal y el otro 50% fue reforzado mediante un tríptico elaborado por nuestro servicio.

RESULTADOS: Nuestro estudio muestra que el 91% de los pacientes consideran necesaria la información verbal; el 98% creen necesaria la información escrita; el 96% contestaron que les ha ayudado en su vida diaria recibir la información tanto verbal como escrita.

CONCLUSIONES: La necesidad de información manifestada por nuestros encuestados refuerza nuestra hipótesis. Enfermería tiene que desarrollar nuevos y adaptados métodos de información y reforzar los conocimientos adquiridos por los pacientes. La información debe ser individualizada, progresiva, comprensible y alejarse de tecnicismos. Debido al importante papel que juega la información en nuestra profesión creemos necesaria la creación de protocolos que definan las directrices a seguir en dicho ámbito y que éstos sean revisados, mejorados y actualizados cada cierto tiempo.

GUÍA DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS A LA PERSONA CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO NO COMPLICADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

López Pey V.; Martínez Reyes L.; López Calvo J.; Prades Pérez R.; Cepero Marti R.

Servicio de cuidados intensivos. Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

INTRODUCCIÓN: La línea de trabajo actual de nuestro hospital es la implantación de guias de cuidados de enfermería (NANDA, NIC y NOC). El uso de las guías facilita la estandarización de los cuidados sin olvidar nunca las necesidades individuales de cada persona. A raiz de ello, decidimos elaborar una guía de cuidados estandarizados a la persona con infarto agudo de miocardion (IAM) no complicado, debido a la gran incidencia de personas con dicho proceso de enfermedad en nuestro servicio. Por otro lado, la incorporación de profesionales noveles en nuestro servicio, crea la necesidad de su elaboración como herramienta útil en la práctica profesional diaria.

OBJECTIVOS: •Estandarizar y humanizar los cuidados enfermeros. •Contar con una herramienta útil de trabajo para los profesionales de enfermería. •Facilitar la práctica profesional diaria de los enfermeros noveles.

MATERIAL Y MÉTODOS: Elaboración de una guía de cuidados según la taxonomía NANDA, NIC y NOC, basada en la evidencia y la experiencia profesional, así como en la revisión bibliográfica. Se forma un grupo de trabajo compuesto por enfermeras con distinto nivel de competencia profesional, según describe Patricia Benner, realizando reuniones periódicas para la elaboración de la guía. Presentación de la guia al personal de la unidad.

RESULTADO: Elaboración de la guia llegando a una unificación de criterios i humanización de los cuidados enfermeros

CONCLUSIÓN: Nuestra experiencia profesional nos hace creer que la guia disminuirà el grado de ansiedad de los profesionales noveles, así como esperamos que suponga para las enfermeras un aumento de su autonomia siempre encaminado a conseguir la excelencia en los cuidados.

BENEFICIO DE LA TELEMETRIA CON RESPECTO A LA MONITORIZACIÓN TRADICIONAL

Minguez Paniagua M.A.; Ramos Muriel J.M.

Servicio de Cardiologia. Hospital Virgen de la Concha. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora

INTRODUCIÓN AL TEMA Y OBJETIVOS: Obtener un registro continuo durante las 24h diarias, para analizar el nº de eventos y cambios producidos en el ECG para obtener un diagnóstico exacto y poner tratamiento específico.

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio se llevo a cabo durante 5 meses (Septiembre 08 – Enero 09), con una muestra de población de 90 personas. Elaboramos un registro para cada paciente monitorizado, especificando el tipo de monitorización (telemetría o tradicional), diagnóstico, eventos registrados, datos del paciente y tratamiento. Criterio de inclusión fue que al paciente se le indicara la monitorización (decisión médica), y el estudio lo realizó el personal de enfermería. Hicimos un estudio descriptivo prospectivo transversal. Confeccionamos una base de datos en Microsoft Access XP-2003 y los analizamos utilizando el programa estadístico SPSS-12. Estos hallazgos serán expresados gráficamente. Los recursos utilizados para nuestro estudio, fueron: Humanos, principalmente, paciente, enfermera, médico y auxiliar. Materiales, servicio de cardiología, telemetría (pantalla principal, baterías recargables y electrodos).

RESULTADOS DETALLADOS: Se estudiaron 90 pacientes, 38 mujeres y 52 hombres, cuya edad media era de 63,3 años. Programados19 y 71 procedentes de urgencias. Los diagnósticos subsidiarios de monitorización fueron: • 75% Bloqueo Auriculo-ventricular. • 53% Fibrilación Auricular. • 44,5% Sincopes. • 15,5% Taquicardia Ventricular. • 11,5% IAM.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIONES: La telemetría permite al enfermo mayor autonomía, ya que no tiene que estar encamado o sentado en un sillón conectado a un monitor y a la vez se optimiza el espacio disponible de las habitaciones. La telemetría garantiza calidad y seguridad en la práctica enfermera.

REGISTRO DE ENFERMERÍA EN EL TRASLADO INTER HOSPITALARIO. UN VEHÍCULO DE COMUNICACIÓN

[1]Díaz Charles N.; [2]Calafell Navau T.; [3]Giralt Lladanosa A.; [2]Latre Romero P.

[1]Unidad Coronaria del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida
[2]Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida
[3]Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

Actualmente el transporte sanitario de un paciente varía en función de sus necesidades y de los recursos existentes en cada hospital. Este traslado ha creado la necesidad de das forma a un registro de enfermería ínter hospitalario que facilite la comunicación entre profesionales de enfermería obteniendo así una mejora asistencial. Un uso correcto muestra las intervenciones que han sido efectivas evitando perdidas de tiempo así se reduce el costo y el paciente se siente mejor acogido.

OBJETIVOS: Dar información clínica sobre el paciente y sus cuidados en el traslado hospitalario a través de una hoja-registro de enfermería para dar continuidad éstos. Mejorar la calidad científico-técnica de los profesionales a través de un posible seguimiento del proyecto.

MÉTODO Y MATERIAL: Se crea este registro con soporte informático y impreso en papel. Para su elaboración se ha utilizado las hojas de trabajo de enfermería de la unidad y modelos de otros hospitales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: El registro permite mayor comunicación entre el personal de enfermería y asegura la continuidad de los cuidados logrando una mayor efectividad y eficacia de las medidas adoptadas. El uso adecuado de éste proporciona mayor calidad en la atención en el paciente. Unificando criterios asistenciales aumentará la eficiencia y se contribuirá a la formación e investigación enfermera.

MODELO ÁREA: SIMPLIFICACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA EN LA UNIDAD DE CORONARIAS

Alfambra Montelongo I.; Gorrín de la Rosa M.C.; Quintana Montesdoca V.E.; Jorge Donate A.

INTRODUCCIÓN: El Modelo Área es una representación gráfica o red de razonamiento clínico donde se priorizan los problemas y resultados esperados, para con ello decidir las intervenciones (NIC) oportunas. En la Unidad de Críticos el tiempo de actuación en una situación aguda es de vital importancia por lo que la simplificación de los planes de cuidados es prioritaria.

OBJETRIVO: El objetivo principal es conocer los resultados que nuestras actuaciones producen en un caso de Insuficiencia Cardíaca Aguda (ICA) utilizando para ello éste modelo.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentación del caso a un grupo de enfermeras expertas en Cardiología para la identificación de problemas según Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon utilizando los lenguajes estandarizados NANDA, NIC, NOC y aplicar a los resultados el Modelo Área.

RESULTADOS: El Modelo Área se ha presentado como una opción eficaz para la gestión de cuidados de enfermería en una unidad de críticos, concretamente en un caso de ICA.

CONCLUSIONES: La simplificación del Plan de Cuidados con este modelo hace que el equipo de enfermería vea factible su uso en la Unidad de Críticos. Además de ser un posible instrumento eficaz para la enseñanza, en situaciones agudas, de nuevos enfermeros que accedan a la Unidad.

ANOTACIONES

Depósito Legal: C-1363-2009