

Monitorización hemodinámica y respiratoria. Cuidados cardiacos agudos. Preparación y administración de la medicación prescrita.

REFLEXIONES

La pericardiocentesis, siendo una técnica invasiva eficaz, segura y sin aparentes dificultades técnicas, puede ser potencialmente compleja y causar consecuencias vitales para el paciente.

CONFLICTO ENTRE FAMILIA Y EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ANTE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

Viernes, 6 de mayo, 09:00 a 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: Arnaiz Villanueva N; Cañas Gil AM; Martín Moreno MR; Carrillo Camacho E; Bustamante Cibrián C; López P.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los avances científicos y técnicos en las últimas décadas han permitido la creación de equipos que permiten prolongar la vida de los seres humanos, así como la mejora de su calidad de vida. Sin embargo, hoy los profesionales comprenden que hay circunstancias en las que mantener con vida a un paciente no necesariamente significa un beneficio para él y su familia. Una de las situaciones más complicadas para los profesionales sanitarios dentro de las unidades de cuidados intensivos son las limitaciones del esfuerzo terapéutico. Se trata de la decisión de no iniciar o de retirar cualquier tipo de tratamientos que tengan por finalidad la prolongación de la vida, manteniendo aquellas medidas de carácter paliativo para garantizar el máximo confort y bienestar del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 56 años que tras parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria llega a nuestra unidad coronaria intubado, sedoanalgesiado y con drogas vasoactivas. Tras varios días de estancia y después de tres encefalogramas con ausencia de actividad cerebral, se plantea a la familia la limitación del esfuerzo terapéutico, explicándoles la gravedad e irreversibilidad de la situación. En todo momento la familia negó la situación y rechazó la limitación por lo que se le estabilizó, practicó una traqueotomía y se le dio el alta de la unidad de cuidados intensivos a planta.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

La metodología usada está basada en la teoría general de autocuidados de D. Orem y las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

REFLEXIONES

A pesar de los intentos del equipo de explicar la situación a la familia, esta no asumió dicha gravedad. Esto nos plantea la dificultad por parte del equipo de enfermería de llegar a los familiares, en parte debido al poco tiempo que pasan en nuestra unidad, y nos hace plantearnos mejoras para que situaciones similares se desarrollen con más diálogo y cercanía.

TRASPLANTE CARDIACO EN PACIENTE PORTADOR DE DISPOSITIVO DE AYUDA VENTRICULAR IZQUIERDO (HEARTWARE®)

Viernes, 6 de mayo, 09:00 a 10:00 h. Mesa XV. SALA C.

Autores: García Pérez MC.
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) avanzada en los que el tratamiento no puede ser optimizado, se plantea como mejor opción el trasplante cardíaco. Muchos de estos pacientes no pueden ser sometidos esta cirugía de forma inmediata, por lo que los dispositivos de ayuda ventricular izquierda (DAVI) nos ofrecen una alternativa real en estos pacientes en espera de donante, y en

aquellos en que las condiciones que aumentan la morbimortalidad post-TC. El caso clínico que presentamos es un claro ejemplo en que la alternativa de los DAVI ha supuesto un puente al trasplante.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 39 años con IC avanzada por cardiopatía isquémica secundaria a un infarto anterior extenso con clase funcional NYHA III-IV, con hipertensión pulmonar severa (HP), portador de DAVI (HEARTWARE®) desde octubre de 2014. Habiendo mejorado sus presiones pulmonares a los 6 meses del implante, y considerando su situación clínica estable es incluido en lista para trasplante, siendo realizada la intervención a los 15 meses después de haber sido implantado el dispositivo.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se elabora un nuevo plan de cuidados de enfermería individualizado y continuo según el modelo de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NIC y NOC adaptada a la nueva situación del paciente.

REFLEXIONES

La evolución clínica del paciente nos obliga a un replanteamiento de los planes de cuidados y una reevaluación continua de las necesidades del mismo, constatándose el papel prioritario de la enfermería en el abordaje de estos casos, sobre todo en el apoyo psicológico al paciente/familia y la formación y adquisición de habilidades en las distintas etapas de su situación clínica.

Pósteres Fórum

PROCESO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES OPERADOS DE CORAZÓN

Jueves, 5 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.

Autores: Sánchez-Matamoros Martín MD¹; Luque Oliveros M²; Béjar Prado LM³.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla¹; Hospital Universitario Virgen Macarena y Facultad de Enfermería, Podología y Fisioterapia de la Universidad de Sevilla²; Facultad de Medicina Universidad de Sevilla. Sevilla³.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Organización Mundial de la Salud identifica como componentes básicos de los cuidados de salud de calidad: un elevado grado de excelencia profesional, la eficiencia en la utilización de los recursos, riesgos mínimos para los pacientes, satisfacción para los usuarios y obtención de resultados. Por ello, el objetivo de nuestro estudio es determinar la atención quirúrgica que se le ofrece al paciente programado de cirugía cardíaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y no experimental con una muestra de 70 participantes de los 201 programados que precisaban cirugía cardíaca. Se recogieron variables sociodemográficas y otras variables de calidad bajo el cuestionario validado SERVQUAL. Se informaron los pacientes y firmaron el consentimiento informado. Se utilizó el programa estadístico SSPS 21.0 para el cálculo de la media, desviación típica y distribución de frecuencia.

RESULTADOS

Alfa de Cronbach, 91. Tabla de frecuencia válido N=70. Sexo/género: 61% hombre, 39% mujer. Estado civil: 49,2% casado; 51% soltero; 0,1% viudo; 1,1 separado. Variables de calidad: recursos 50,6%; conocimiento 55,2%; infraestructura 55,5%; procedimiento 58,9%; cordialidad 58%; empatía 53,2%; credibilidad 56,1%.

DISCUSIÓN

Estudios como los de Aranaz, señalan que la calidad constituye una preocupación constante de todos los actores que intervienen en el proceso asistencial, que no superando al menos el 50% de sus dimensiones, es motivo de preocupación. Nos posicionamos con dicho estudio, ya que nuestros resultados se mantienen en tal porcentaje.

CONCLUSIONES

La calidad de la asistencia sanitaria dentro de nuestro quirófano de cirugía cardiovascular, es excelente, en lo que concierne al

procedimiento y cordialidad. Estas dimensiones las han valorado los pacientes intervenidos como “mucho mejor de lo que me esperaba”. Siendo las dimensiones recursos y empatía las menos valoradas, fueron catalogadas como “mucho peor de lo que me esperaba”.

SE PRESENTA A PREMIO

ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y AUTOCUIDADOS EN PACIENTES CARDIÓPATAS QUE SUFREN UN REINGRESO HOSPITALARIO

Jueves, 5 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.

Autores: Gómez Palomar M; Urguelles Sánchez I.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Evaluar el cumplimiento y la eficacia de las recomendaciones enfermeras administradas a los cardiopatas, analizar la adherencia de estos al tratamiento médico y describir las creencias de los pacientes respecto a estos temas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo sobre 82 pacientes reingresados en cardiología, de reclutamiento consecutivo, desde el 15 de mayo de 2015 al 21 de diciembre de 2015. Se excluyeron pacientes con deterioro cognitivo y barreras idiomáticas. Se recogieron variables sociodemográficas, sobre conocimiento y cumplimiento farmacológico, de los autocuidados, creencias respecto a la necesidad de cumplimiento de ambos ámbitos y sobre la causa del reingreso. Análisis estadístico: porcentajes, medias, desviación estándar, rangos, chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher. Paquete estadístico SPSS 19.0.

RESULTADOS

El 68,3% eran hombres, edad media $64,57 \pm 14$ (29-89). Destacó un 30,5% con ICC; 13,4% cardiopatía isquémica; 7,3% arritmias y 2,4% rechazo del injerto en trasplantados. El 91,4% tomaba la medicación como se le indicaba; el 86,5% sabía qué medicación tomaba y el 90,2% cómo tomarla; el 17% reconoció olvidos. El 60% conocía utilidad y 86,5% las consecuencias de no tomarla. El 87,3% creía que la medicación le ayudaba, el resto expresó escepticismo y desconfianza. El 81% recordó la hoja de autocuidados recibida prealta. El 90% lo entendió. En el 71,25% coincidió la dieta en casa con la indicada, en el 90,3% los líquidos ingeridos. No se encontró asociación entre sexo, adherencia y fe en la medicación y la dieta, ni entre adherencia y conocimiento sobre ellas. Utilizada la edad como variable dicotómica, no hay asociación entre mayores de 65 y mayor adherencia a medicación, dieta y cuidados, ni en la fe. Sí se asocia edad mayor de 50 y cumplimiento de la medicación ($p=0,05$).

CONCLUSIONES

Hay un 15,7% de media con falta de adherencia a autocuidados y medicación que enfermería ha de intentar rectificar. Es fundamental conocer y trabajar con las creencias de los pacientes a nuestro cargo.

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES RELACIONADOS CON EL SÍNDROME DEL ARNÉS

Jueves, 5 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.

Autores: García Valls M¹; Vecina Oliver A¹; Sáez Jiménez MR¹; Garrido Bartolomé A¹; Sanz Llorens MJ²; Landete Belda L¹.

Consortio Hospital General Universitario de Valencia¹; Hospital Clinic i Provincial de Barcelona².

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El interés y preocupación por la seguridad en la práctica del deporte se encuentra en un momento creciente. La utilización

del arnés como sistema de seguridad es imprescindible para el desarrollo de la escalada, el barranquismo y la espeleología. El síndrome del arnés es la respuesta fisiológica del organismo ante la inmovilidad en una posición vertical durante un periodo de tiempo, presentando síntomas presincoales o pérdida de consciencia. El objetivo de este estudio es averiguar el grado de conocimiento sobre el trauma por suspensión, o síndrome del arnés, en aquellas personas que practican estos deportes.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó mediante un cuestionario de diez preguntas cerradas de diseño propio, que fue validado por cinco deportistas expertos en seguridad, de carácter anónimo y divulgación electrónica. El periodo de recogida de datos fue de dos semanas, obteniendo una muestra de 122 cuestionarios. El criterio de inclusión fue la práctica de estos deportes de riesgo. Para el análisis estadístico descriptivo de los datos obtenidos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Mac v.22.

RESULTADOS

El 86,7% de los encuestados expresó su deseo de formación específica. El 68,03% conoce en qué consiste el síndrome del arnés, pero el 45,9% no sabría reconocer las primeras manifestaciones clínicas y el 43,8% no sabría actuar ante un caso de síndrome del arnés.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Destaca el elevado interés en recibir información sobre reconocimiento precoz y actuación inmediata, estando interesados en asistir a seminarios formativos. Dada la importancia que se le atribuye a la seguridad en la práctica de actividad física, consideramos que sería provechosa la instauración de sesiones formativas en sedes, clubes de montaña y/o federaciones, por parte del personal de enfermería como parte de la educación para la salud.

ESTUDIO SOBRE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA Y TRASPLANTE CARDIACO

Jueves, 5 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.

Autores: Sesto Rivas L; Costas Graña C; Blanco Calvo M; Blanco Canosa P; Grille Cancela Z; Sabater Sánchez M; Naya Leira C.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la unidad de insuficiencia cardiaca avanzada (ICA) y trasplante cardiaco (TC) abarcamos un territorio muy amplio de asistencia. Por ello, el uso del teléfono nos permite una intervención ágil y sencilla sobre los pacientes, lo que potencia, personaliza y complementa la atención sanitaria a la vez que evita desplazamientos de los pacientes y garantiza la optimización de los recursos. Se han realizado pocos estudios sobre la atención telefónica como herramienta asistencial en enfermería, por ello nos hemos planteado este estudio. Objetivo: Conocer las causas más comunes por las cuales nuestros pacientes realizan las consultas telefónicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

El teléfono es el método de elección para que los pacientes nos consulten dudas o problemas que surjan en su domicilio. Entre noviembre de 2015 y enero de 2016, se recogieron datos de las llamadas telefónicas recibidas en nuestra unidad, para realizar un estudio observacional prospectivo de cohortes. Para ello, hemos diseñado un formulario en el que se registran, entre otras variables, el tipo de paciente, el motivo de la consulta y el tiempo empleado para solucionarla. El tratamiento estadístico se realiza usando el software IBM-SPSS 20.0. Este estudio está aprobado por el Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia.

RESULTADOS

Se registraron un total de 430 llamadas en el periodo de estudio. Un análisis preliminar de los datos indica que el 68,7% de las llamadas es realizado por pacientes TC y el 30,8% por pacientes

con ICA. El 89,3% de las llamadas son consultas por enfermedad, de las que el 65,8% va dirigido a enfermeras y el 23,5% a médicos.

CONCLUSIONES

Los pacientes que más utilizan este tipo de comunicación son los TC y las causas más frecuentes son las relacionadas con su proceso.

ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y APRENDIZAJE A TRAVÉS DEL USO DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA

Jueves, 5 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.

Autores: Alconero Camarero AR¹; Ibáñez Rementería I²; Fradejas Sastre V².
Escuela de Enfermería Casa de Salud Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander¹; Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander².

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La simulación clínica (SC) permite practicar en un entorno seguro para pacientes y profesionales, facilitando la estandarización de los contenidos y promoviendo la integración de los conocimientos teóricos en la práctica clínica. **Objetivos:** Describir la satisfacción de los estudiantes de enfermería en la utilización de la SC para desarrollar el manejo de prioridades en la toma de decisiones. Facilitar el trabajo en equipo en situaciones de crisis y la relación entre el conocimiento teórico y la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participaron 86 estudiantes, que forman parte de una asignatura de clínica de segundo de Grado en Enfermería. Se diseñaron 8 escenarios sobre problemas clínicos cardiológicos (síndrome coronario agudo, angioplastia, arritmias y cardioversión). Los estudiantes se dividieron en grupos de 4-6 y pudieron realizar dos casos simulados (CS) con una duración de 15 minutos cada grupo. Al terminar cada CS se realizó un análisis reflexivo (debriefing) durante 30 minutos. Finalmente, se obtuvo la opinión de los estudiantes mediante un cuestionario anónimo auto administrado compuesto por 33 ítems valorados según escalas tipo Likert [Totalmente en desacuerdo (TD), En desacuerdo (ED), Indiferente (I), De acuerdo (DA), Totalmente de acuerdo (TA)].

RESULTADOS

Participaron el 89% de los estudiantes, 66% mujeres, con una media de edad de 21 años. La utilidad práctica TA 87%/DA 12%; grado de dificultad adecuado a los conocimientos TA 26,7%/DA 60,5%; los CS son útiles para evaluar la situación clínica del paciente TA 76,3%/DA 19,7%; aprender a no cometer errores TA 58%/DA 33%; establecer prioridades TA 72,4%/DA 28%; relacionar teoría y práctica TA 80,3%/DA 19,7%; mejorar la comunicación con el equipo TA 63,2%/DA 28,9%.

CONCLUSIONES

La experiencia en la SC sugiere que es realizable en el pregrado con una elevada aceptación de los estudiantes. Destacando el establecimiento de prioridades y el desarrollo de habilidades para el trabajo en equipo.

ELABORACIÓN DE UN LISTADO DE VERIFICACIÓN EN HEMODINÁMICA

Jueves, 5 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.

Autores: Asunción Tarín MD; Pariente Fernández G; Martínez Ortiz G.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa «La cirugía segura salva vidas» como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud por reducir el número de

muertes de origen quirúrgico. La lista de verificación está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus actividades y reducir el número de complicaciones y de muertes evitables. **Objetivos:** Proporcionar al equipo un conjunto sencillo y eficiente de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación. Fomentar la seguridad del paciente en cada actividad realizada. Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

En primer lugar realizamos búsqueda bibliográfica y de evidencia científica. Posteriormente durante los meses de diciembre de 2014 a febrero de 2015, reuniones del equipo revisando y valorando la documentación recopilada hasta elaborar un borrador. La lista la pusimos en funcionamiento en marzo de 2015, realizando evaluación continuada durante tres meses, en los que se resolvieron problemas, aplicando los cambios necesarios hasta quedar como definitiva.

RESULTADOS

Elaboración, aplicación y evaluación de la lista de verificación en la unidad de hemodinámica de nuestro hospital. Consideramos que nuestra lista de verificación cumple los objetivos programados, facilita el intercambio de información, proporciona un conjunto sencillo y eficiente de controles para mejorar la eficacia del trabajo, y fomenta y refuerza la seguridad.

CONCLUSIONES

Nuestra lista se encuentra dentro de los estándares de la evidencia científica consultada. La aplicación exitosa de la lista de verificación requiere que todo el equipo esté de acuerdo, mejora la comunicación y la atención prestada a los pacientes. Reduce efectos adversos, elimina rutinas y aumenta la seguridad.

SE PRESENTA A PREMIO

UTILIDAD DEL EUROSCORE II EN LA PREDICCIÓN DE LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES OPERADOS MEDIANTE ESTERNOTOMÍA

Jueves, 5 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.

Autores: López Mora G; Vega Gutiérrez A; Hernández Díaz MC; García Cañón B; Carretón Manrique M; Santamaría Gómez N; Gómez Díez ML.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Evaluar la utilidad diagnóstica del cuestionario *EuroSCORE II* para predecir las complicaciones posoperatorias en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca por esternotomía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionaron pacientes de forma consecutiva desde octubre de 2015. Se incluyeron 38 pacientes a los que se les realizó el cuestionario *EuroSCORE II* por enfermeras adiestradas al ingreso. Dicho cuestionario consta de 18 ítems: 10 relacionados con factores del paciente, 5 factores cardíacos y 3 factores quirúrgicos. Se consideraron complicaciones quirúrgicas: presencia de exudado, dehiscencia, mediastinitis, tratamiento antibiótico específico o reingreso debido a la herida.

RESULTADOS

La mediana de puntuación del *EuroSCORE II* fue de 1,31 con unos valores extremos de 0,6 y 4,5. Se identificaron complicaciones en 8 de 38 pacientes (26 %). Las puntuaciones del *EuroSCORE II* en los pacientes que desarrollaron alguna complicación fueron mayores que aquellos que no tuvieron ninguna (2,0 vs 1,2), aunque la diferencia se mantuvo en el límite de la significación ($p = 0,09$). Los pacientes del cuartil superior de puntuación (*EuroSCORE II* > 2,4) se asociaron a una OR de 2,4 (IC 95 %: 0,5 – 11,6; $p = 0,260$); el área bajo la curva ROC del cuestionario para predecir la aparición de complicaciones fue de 70 %.

DISCUSIÓN

Aunque el cuestionario fue inicialmente diseñado para predecir el riesgo de mortalidad en los pacientes intervenidos de cirugía

cardiaca, y permitir la comparación de datos epidemiológicos y estadísticos a nivel nacional e internacional, es posible su utilización por parte de los profesionales de enfermería para detectar pacientes que son más susceptibles a presentar complicaciones. Las limitaciones del presente estudio fueron debidas al número muestral.

CONCLUSIONES

Es factible la administración del cuestionario por los profesionales de enfermería. Tiene utilidad diagnóstica potencial para la identificación de pacientes con alto riesgo de padecer complicaciones quirúrgicas, y con ello, aplicar cuidados de enfermería específicos según los resultados.

¿Y AHORA QUÉ? PERCEPCIONES DE PACIENTES TRAS HABER SUFRIDO UN IAM E INGRESAR EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

Jueves, 5 de mayo, 17:30 – 18:30 h. Mesa XII. SALA C.

Autores: Fernández Oliver AL¹; Mgueraman Jilali R¹; Rojas Mata MB²; Mesa Rico R³; Timonet Andreu E³; Rodríguez Alarcón P³; Marqués Sulé E⁴; Sempere Rubio N⁴; Casaña Granell J⁴; Querol Fuentes F⁴.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga¹; Hospital Carlos Haya. Málaga²; Agencia Sanitaria Costa del Sol. Marbella³; Departamento de Fisioterapia. Universidad de Valencia⁴.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la unidad de cardiología ingresan pacientes procedentes de la UCI tras haber sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM), proporcionándoles todos los cuidados de enfermería necesarios para conseguir su pronta recuperación a nivel coronario. Pero no se ha planteado cómo viven esta experiencia, su capacidad de afrontarlo, sus emociones y los sentimientos hacia ello. Objetivos: Valorar las conductas de respuesta que presentan estos pacientes ante la experiencia de haber sufrido un IAM. Identificar los diagnósticos enfermeros que se producen.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo descriptivo fenomenológico, por muestreo de conveniencia, utilizado para describir las reacciones de pacientes frente a la experiencia de haber sufrido un episodio de IAM. Realizándose entrevistas no estructuradas e individuales a pacientes que han ingresado en la unidad de cardiología y haber tenido un episodio de IAM. Teniendo en cuenta para ello las variables socio demográficas y las variables asociadas al estrés tras un episodio de IAM, según Braunwald y Testelli.

RESULTADOS

De los 60 pacientes entrevistados, 40 son hombres y 20 mujeres, cuya edad media es de 61,06 años; los diagnósticos de enfermería encontrados fueron los siguientes; síndrome de deterioro en la interpretación del entorno (33%), disposición para mejorar los conocimientos (86%), desesperanza (80%), baja autoestima situacional (60%), afrontamiento inefectivo (33%), afrontamiento defensivo (6,6%), negación infectiva (2,64%), temor (93,4%), duelo (26,4%).

CONCLUSIONES

El factor psicosocial en la enfermedad coronaria junto con los rasgos de personalidad de un individuo y la ausencia o presencia de soportes adecuados, condicionan la respuesta de adaptación de un paciente a la hora de enfrentarse a la experiencia de haber sufrido un IAM. La enfermería es un apoyo fundamental a la hora de evaluar la respuesta de este tipo de pacientes y ayudarles a adaptarse a su nueva situación.

Pósteres

FOMENTO DE LA DEAMBULACIÓN EN EL PACIENTE INGRESADO

Panel 01

Autores: Rabadán Anta T; Torres Martínez I; Palacios Muñoz P; Jiménez González F; Sánchez Sánchez R; Vázquez Castaño MP; Asensio Román N.
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

SE PRESENTA A PREMIO

IFR. UN PASO MÁS EN LA FISIOLÓGÍA CORONARIA

Panel 02

Autores: López Zarrabeitia I; Reina Martín B; Ramos Isabel A.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

SE PRESENTA A PREMIO

IMPLEMENTACIÓN DEL TRÍPTICO DE RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS UNA CIRUGÍA CARDIACA

Panel 03

Autores: Irizar Jáuregui MF; Virto Pejenaute M; Azcona Ciriza L; Doiz Arriazu R.
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

SISTEMA DE AUTOTRANSFUSIÓN EN CIRUGÍA CARDIACA BAJO UN CIRCUITO EXTRACORPÓREO. EXPERIENCIA EN SEVILLA

Panel 04

Autores: Sánchez-Matamoros Martín MD¹; Luque Oliveros M²; Béjar Prado LM³.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla¹; Hospital Universitario Virgen Macarena y Facultad de Enfermería, Podología y Fisioterapia de la Universidad de Sevilla²; Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla³.

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA CRIOABLACIÓN DE VENAS PULMONARES

Panel 05

Autores: Bartolomé Fuente A; Horrilo Alonso I; Sainz Terrones Fernández D; Valero García MC; Zuloaga Quiroga P.
Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.