

ACTAS DEL

**IV CONGRESO INTERNACIONAL
EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y DE LA**



VOLUMEN II

Comps.

**José Jesús Gázquez Linares
María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez**

**Actas del IV Congreso Internacional
en Contextos Clínicos y de la Salud
Volumen II**

Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018

Comps.

**José Jesús Gázquez Linares
María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Actas del IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Volumen II”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Edita: SCINFOPER

ISBN: 978-84-697-9975-8

Depósito Legal: AL 381-2018

Distribuye: SCINFOPER

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

CARDIOLOGÍA

SÍNDROME DE BRUGADA Y LA MUERTE SÚBITA.....	30
INMACULADA CONCEPCIÓN BARRANCO ROMERO, LAURA FERNANDEZ CABALLERO, ESTEFANÍA MENA CARRIÓN	
ENDOCARDITIS POR ESTREPTOCOCOS: PENICILINA G SÓDICA VERSUS PENICILINA G SÓDICA Y GENTAMICINA	31
LAURA DESEADA CAMPOS PALOMO, ALVARO DAVID CAMPOS PALOMO, CINTIA MARTÍN QUINTERO	
LA APLICACIÓN DE MEDICINA NUCLEAR: LA GAMMAGRAFÍA CARDÍACA	32
SARA SUÁREZ PALMEIRO, MARIA DEL PILAR PALMEIRO CABALLERO, EVA MARIA ALCOBA SUAREZ	
SÍNDROME DE HIPOXEMIA CRÓNICA EN UN PACIENTE CON TETRALOGÍA DE FALLOT	34
RAQUEL GONZÁLEZ LÓPEZ, NOEMI GONZALEZ LOPEZ, FRANCISCO MANUEL ARBONA ROJAS	
SEGURIDAD CLÍNICA EN HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA.....	35
CLAUDIA GULLON MONTAÑO, ALBA ISABEL VALERO LOPEZ, JUANA ALMANSA MÁRQUEZ	
CUIDADO EN EL PACIENTE FRÁGIL: PREVENCIÓN DE INTOXICACIÓN POR DIGITÁLICOS.....	36
ISABEL MARÍA IRANZO DE HARO, JOSÉ DANIEL QUIRÓS HIGUERAS, TOMAS LOPEZ FERNANDEZ	
A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE CON HIPERTIROIDISMO	37
MONICA COLL GONZALEZ, ROSA GUARDIA BOSCH, ANA TOMASETTI MARIN, CLAUDIA SANCHEZ ALCAIDE, CLAUDIA SANCIVELI MAGRANS, FRANCISCO JAVIER MORENO SANCHEZ	
DIAGNÓSTICO PRECOZ EN EL SCACEST IAM ANTERIOR KILLIP I: A PROPÓSITO DE UN CASO	38
ALBA BERMUDEZ SANCHEZ, MARTA NARVÁEZ PÉREZ, CARMEN NURIA TOME DOMINGUEZ	
CORRECTO MANEJO DE LA PULSERA DE COMPRESIÓN NEUMÁTICA TRAS CATETERISMO RADIAL	39
ANA LÓPEZ LORENTE, MARÍA PILAR LÓPEZ ESTEBAN, NATALIA MARTÍN BARRERA	
CORONARIOGRAFÍA: FUNCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA	40

ERNESTO FERNANDEZ IGLESIAS, MARINA DE LA PEÑA PONCE ALVAREZ, MARIA DE SETEFILLA NUÑEZ GUERRERO	
CÓMO ACTUAR ANTE UN FLUTTER AURICULAR	41
ALBA BERMUDEZ SANCHEZ, CARMEN NURIA TOME DOMINGUEZ, MARTA NARVÁEZ PÉREZ	
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS Y ENFERMERÍA.....	42
MARIA JOSÉ MOLES NAVAS, INMACULADA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, SILVIA CANO BURGOS	
CATETERISMO CARDÍACO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	43
MARIA JOSÉ MOLES NAVAS, INMACULADA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, SILVIA CANO BURGOS	
COMO ES LA ACTIVIDAD SEXUAL EN PACIENTES CON CARDIOPATÍAS ISQUÉMICAS	44
ALICIA MARTIN PEREZ, ALICIA RODRIGUEZ PEREZ, MARIA DEL MAR CASAS GARCIA	
DESCOMPENSACIÓN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA	45
MIRIAM RONDÓN VEGA	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA POSTQUIRÚRGICOS DE PACIENTE INTERVENIDO DE UNA ABLACIÓN CARDÍACA POR VÍA ACCESORIA	46
ALFONSO JAVIER JIMÉNEZ MARTÍNEZ, PABLO REINALDOS LOPEZ, MARIA DE LOS ANGELES MAZON PEREZ, ERIKA MESONES BARDECIO, ANA BELÉN ROCA LOZOYA, BÁRBARA SATORRES RAMIS, MARTA VALERA BERNAL, MARIA GENOVEVA ALEMAN ZAPATA, GRETTEL CHIL PÉREZ, ROBERTO CÓRDOBA OTERO, ÁFRICA GARCÍA BALLESTER, ROCIO GARCIA CAPITAN	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA POSTCATETERISMO CARDÍACO	47
NOELIA GARCIA MEDINA, VERONICA GOMEZ ALVAREZ	
ACTUACIÓN ENFERMERA EN LA FIBRILACIÓN VENTRICULAR EN LA SALA DE HEMODINÁMICA	48
FRANCISCO JAVIER LANDERO GARCÍA , GINESA LÓPEZ TORRES, INMACULADA ALVAREZ RODRIGUEZ	
PAPEL DEL PERSONAL SANITARIO EN LA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA.....	49
FRANCISCO JAVIER LANDERO GARCÍA , GINESA LÓPEZ TORRES, INMACULADA ALVAREZ RODRIGUEZ	
ATENCIÓN ENFERMERA A PACIENTE PEDIÁTRICO CON TROMBOCITOPENIA..	50

MARIA DEL CARMEN MARTINEZ SABIO, EVA GARCÍA JIMÉNEZ, LAURA GALVEZ
HERNANDEZ

**ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL.....51**

MARIA LOURDES VIDAL DE TORRES LINARES, LUZ MARINA CASTILLO
BARBERO, ANTONIO PASCUAL RODRIGUEZ ALMORIN

CAÍDA ACCIDENTAL DE HOMBRE DE 80 AÑOS.....52

JUAN JOSE MUÑOZ BERNAL, JESICA BERNAL CASTRO , VANESA GARCÍA RUIZ

**PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE PORTADOR DE
MARCAPASOS.....53**

AURORA ALGUACIL CABALLERO, ARANZAZU MARTIN VILLENA, MARIA ISABEL
VILLODRES NAVAS

ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA CARDIOVERSIÓN54

NIEVES MARTINEZ BARRALES, ENCARNACIÓN MARÍA PEÑA HERNÁNDEZ,
AMAYA CORDOBA ORTIZ

CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON EDEMA AGUDO DE PULMÓN.....55

ALICIA BALTASAR SOLER, JOSE LUIS RODRIGUEZ FUENTES, MARÍA TERESA
MENDOZA SÁNCHEZ

**PACIENTE GERIÁTRICO CON DOLOR TORÁCICO EN LA PUERTA DE URGENCIAS
.....56**

CRISTINA MANZANO HERNÁNDEZ, MARIA JOSE FERNANDEZ GARCIA, ANTONIA
ABELLAN ABELLAN, PILAR SOLER GOMEZ

ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE BRUGADA57

JORGE GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ DE CASTILLO, FRANCISCO PERALES PEINADO,
DIEGO JOSÉ MOLINA JIMÉNEZ

**PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL PACIENTE CON DRENAJE PERICÁRDICO O
PERICARDIOCENTESIS58**

NIEVES MARTINEZ BARRALES, AMAYA CORDOBA ORTIZ, ENCARNACIÓN MARÍA
PEÑA HERNÁNDEZ

EL BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRA-AÓRTICO Y SUS COMPLICACIONES 59

CRISTINA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARÍA GABRIELA ÁLVAREZ SÁNCHEZ,
JESSICA MÉNDEZ MURIEL, RAQUEL PÉREZ ALONSO, MARÍA REYES CANCEDO
CUERVO, MARIA REYES MARQUEZ DEL CAÑO, VERÓNICA SUÁREZ FERNÁNDEZ,
PABLO TOYOS GRANDA

ESTUDIO DEL RIESGO DE INFECCIÓN DEL MARCAPASOS PERMANENTE.....60

BEATRIZ LERMO BAÑOS, EDUARDO HERRERA CHAMORRO, NEREA BAUTISTA
RODRIGUEZ

IMPORTANCIA DE LA TELEMETRÍA EN UNIDADES DE CARDIOLOGÍA	61
MARÍA DE LA PAZ FERNÁNDEZ MOLINA, ROCIO PAZ ORTIZ, ANA SÁNCHEZ MAESTRE	
EL CELADOR CONDUCTOR ANTE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA	62
MARIA DESIREE GARCIA SEGOVIA, JOSE DAVID BARRERA ARIAS, JOSÉ ALBERTO LÓPEZ SALMERÓN	
EQUIPO PARA PRUEBAS DE ESFUERZO CARDIORESPIRATORIO	63
MARIA DEL AMPARO ARGÜELLES MEANA, DOLORES ARGÜELLES MEANA, IRENE ALVAREZ ARNALDO, LAURA RODRIGUEZ REDONDO, NURIA CEINOS GIL, MARIA GONZALEZ RODRIGUEZ, MARIA DEL CARMEN VALLES SUAREZ, MARIA FATIMA FERNANDEZ ANTUÑA, MARTA DIEZ SOJO, ALMUDENA CASTRILLON VICENTE	
CAMBIO EN EL PATRÓN RESPIRATORIO DEBIDO A INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA.....	64
CELESTE JIMÉNEZ MÁRQUEZ, LAURA SÁNCHEZ PONCE, ALEJANDRO CAMACHO GONZÁLEZ	
MODELOS E INDICACIONES DE MARCAPASOS TRANSITORIOS	65
YESSICA VEGA SÁNCHEZ, MARGARITA MANZANO MARTIN, ANA NIETO CUADRA	
ARRITMIAS VENTRICULARES EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE WOLFF PARKINSON WHITE	66
PATRICIA FERNÁNDEZ GARCÍA, ENRIQUE SANCHEZ RELINQUE, VIRGINIA DELGADO GIL	
PACIENTE GERIÁTRICO CON METÁSTASIS CEREBRAL Y BLOQUEO AUROVENTRICULAR COMPLETO	67
MARÍA DE LA PAZ BLANCO LARA, AMPARO FERNÁNDEZ GÓMEZ, PATRICIA FAJARDO VELASCO	
PACIENTE ADULTO DIAGNOSTICADO DE UN SÍNCOPE	68
MONICA FUNES ALBERTO, BRENDA VILLAR MORÓN, FRANCISCO JAVIER GUMERSINDO LEIVA	
PACIENTE ADULTO CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	69
ANA BELEN INVERNON SANCHEZ, MARIA JOSE MASEGOSA MARTINEZ, MARÍA DE LA CRUZ SÁNCHEZ FERNÁNDEZ	
PRIMEROS AUXILIOS Y RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR POR CELADORES CONDUCTORES.....	70
JOSE DAVID BARRERA ARIAS, MARIA DESIREE GARCIA SEGOVIA, JOSÉ ALBERTO LÓPEZ SALMERÓN	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	71

VERONICA GOMEZ ALVAREZ, MARIA JOSE FERNANDEZ FERNANDEZ, NOELIA GARCIA MEDINA

EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA EN EJERCICIO FÍSICO: ALIMENTACIÓN, PESO CORPORAL Y PERFIL LÍPIDO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA.....72

JAVIER SALMERON PADILLA, MARIA DOLORES POYATOS GARCIA, ANA SALMERON GARCIA

MANEJO DE ARRITMIA EN ANCIANA A TRAVÉS DE SOPORTE VITAL AVANZADO73

SUSANA AYLLÓN BELTRÁN, SILVIA BARBERI GARCÍA, MARIA DEL CARMEN RUIZ-HENESTROSA NIÑO

INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA: A PROPÓSITO DE UN CASO74

LAURA GALVEZ HERNANDEZ, CAROLINA RUIZ CASTRO, ALICIA SANCHEZ FERNANDEZ

ESTUDIO DE LA TÉCNICA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.....75

SILVIA BELÉN MOLINA ESTÉVEZ, LUCIA AMAT MOLINA, BEATRIZ FERNANDEZ JIMENEZ

MANEJO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA TRAS UN CATETERISMO CARDÍACO76

JAIME SALINAS LORENZO, ANA MARTA DA SILVA REBELO TAVARES DOS SANTOS, MARIA ISABEL BELLIDO MARTINEZ

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL ELECTROCARDIOGRAMA77

ISABEL MARIA ANDUJAR PLAZA, PILAR AMPARO POVEDA GONZALEZ, MARIA ANGUSTIAS FLORES CASTILLO

ATENCIÓN ENFERMERA A LOS PACIENTES CON CATETERISMO CARDÍACO PROGRAMADO.....78

BELTRAN ANTONIO RAMOS NIEVES, JESSICA RUESTRA ADAMUZ, MACARENA IBARRA ROMERO

AUXILIAR DE ENFERMERÍA: CAUSAS Y SÍNTOMAS DE LAS ANGINAS DE PECHO79

MERCEDES MARTINEZ CASTRO, ANA MARÍA MARTINEZ CASTRO, MARIA LUISA JIMENEZ VERA

DESCRIPCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL80

PATRICIA PEREZ MENENDEZ, IRENE DIAZ SOLDADO, URSULA BENITO GONZALEZ, LAURA CABRERA OVIES, NURIA GARCIA MARTIN

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE CARDIOLOGÍA	81
MARIA DE LOS ANGELES CALVENTE LUQUE, FLORENCIA VILLAREJO AMOR, CARMEN CALVENTE LUQUE	
LOS BENEFICIOS DE LA DIETA MEDITERRÁNEA CONTRA LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.....	82
CRISTINA FERNÁNDEZ ALAMEDA, LAURA FERNANDEZ ALAMEDA, MARIA NAZARET LOPEZ ZAMORA	
ADMINISTRACIÓN DE FUROSEMIDA SUBCUTÁNEA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA	83
MARÍA JOSE GÓMEZ DE LA TORRE, ALICIA GALLARDO SÁNCHEZ , MÓNICA MARTÍNEZ MOLINA	
INDICACIONES PARA LA IMPLANTACIÓN DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE	84
MARÍA JOSE GÓMEZ DE LA TORRE, ALICIA GALLARDO SÁNCHEZ , MÓNICA MARTÍNEZ MOLINA	
LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA EN PACIENTE GERIÁTRICO	85
ALBA MARIA RUIZ CASTILLO, ANA FERNÁNDEZ GIRÓN, ESTEFANIA SANTOS MUÑOZ	
TAQUICARDIA DE REPETICIÓN EN PACIENTE CON TRATAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO	86
ANA MARIA SANCHEZ GARCIA, ISABEL MARIA GÓMEZ ZOTANO, YOLANDA PEÑA BECERRA	
PLAN EDUCATIVO PARA EL PACIENTE CON RIESGO CARDIOVASCULAR: HIPERTENSIÓN ARTERIAL	87
SUSANA GONZALEZ TORREMOCHA, MARIA DEL SOCORRO VILLAR VÁZQUEZ, MANUELA ROMERO DEL REAL, ZAIDA RAMOS ROMERO	
PROCEDIMIENTO Y MEDICIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN ENFERMERÍA ...	88
FRANCISCO JAVIER GUTIÉRREZ BARRERA, SANDRA GUERRERO GÓMEZ, ALBERTO GUERRERO MERCEDES	
ASCITIS Y EDEMAS REFRACTARIOS DE CAUSA CARDIOLÓGICA	89
PATRICIA FERNÁNDEZ GARCÍA, ENRIQUE SANCHEZ RELINQUE, VIRGINIA DELGADO GIL	
A PROPÓSITO DE UN CASO: INSUFICIENCIA AÓRTICA SEVERA POR PRÓTESIS AÓRTICA BIOLÓGICA DEGENERADA Y DOBLE TUMORACIÓN PRIMARIA	90
PATRICIA FERNÁNDEZ GARCÍA, ENRIQUE SANCHEZ RELINQUE, VIRGINIA DELGADO GIL	

EXTRASÍSTOLIA FRECUENTE COMO CAUSA DE PÉRDIDA DE RESINCRONIZACIÓN	91
PATRICIA FERNÁNDEZ GARCÍA, ENRIQUE SANCHEZ RELINQUE, VIRGINIA DELGADO GIL	
CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO	92
LARA GUTIERREZ GONZALEZ, LAURA SUÁREZ FERNÁNDEZ, GUILLERMO DIEZ GOMEZ	
IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	93
JAIME SALINAS LORENZO, ANA MARTA DA SILVA REBELO TAVARES DOS SANTOS, MARÍA ISABEL BELLIDO MARTINEZ	
PREVENCIÓN DE LA MUERTE SÚBITA EN EL DEPORTE	94
FRANCISCA BELÉN TEJEIRA FERNÁNDEZ, MARIA DEL CARMEN GARCÍA PÉREZ, MARIA DEL CARMEN MONTES GARCÍA	
LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES COMO LA PRIMERA CAUSA DE MUERTE EN LOS PACIENTES	95
RUBEN GOMEZ CRESPO, ROSA MARIA LOPEZ CASTILLO, MARIA DOLORES CRESPO RODRIGUEZ	
LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA DISNEA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC)	96
ALICIA CRUZ HERNÁNDEZ, INMACULADA ÁLVAREZ JIMÉNEZ, LOURDES HERMOSÍN MARTÍNEZ	
DETECCIÓN POR PARTE DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE UNA SITUACIÓN DE ANAFILAXIA EN PLANTA HOSPITALARIA	97
LOURDES HERMOSÍN MARTÍNEZ, ALICIA CRUZ HERNÁNDEZ, INMACULADA ÁLVAREZ JIMÉNEZ	
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN CÓDIGO ICTUS	98
LOURDES HERMOSÍN MARTÍNEZ, ALICIA CRUZ HERNÁNDEZ, INMACULADA ÁLVAREZ JIMÉNEZ	
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROGRAMADA PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS	99
ARACELI ARIAS ASENJO, NOELIA TORAL MORENO, EVELIN CORONADO SÁNCHEZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA	100

PATRICIA HERMOSA SÁNCHEZ DE IBARGÜEN, VERÓNICA VEGA GÓMEZ, JESÚS MUÑOZ FERNÁNDEZ

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA101

VERONICA MORENO FERNANDEZ, MARIA DEL MAR MORENO SANTISTEBAN, MARIA LUZ RUBIO ROMERO

A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE QUE PRESENTA FIBRILACIÓN AURICULAR102

FABIOLA PÉREZ TRUJILLANO, MARÍA JOSÉ CARRILLO UMBRÍA, ALMA MARIA DELGADO SANCHEZ

FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA: PRIMERA APARICIÓN.....103

EZEQUIEL MONTERO GARCÍA, ELOISA CIVICO VILCHEZ, JOSÉ ANTONIO GUERRERO MÍLLARA

ANÁLISIS SOBRE LOS BENEFICIOS DEL CÁLCULO DEL RIESGO VASCULAR A LA POBLACIÓN.....104

EVA PÉREZ ORTIZ, SUSANA JIMENEZ MANCERAS , MARÍA DEL MAR VEGA ARJONA

FIBRILACIÓN AURICULAR PERSISTENTE EN PACIENTES GERIÁTRICOS.....105

ANA GONZALEZ FERNANDEZ, MARIA JOSE TORRES GONZALEZ, JULIA CÁCERES SARMIENTO

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....106

MELANIA VARGAS LARA, ANA MARIA LOPEZ MUÑOZ, FRANCISCA CARBONELL DIAZ

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE ALUMNOS DE 4º DE LA ESO EN UN INSTITUTO DE LA REGIÓN DE MURCIA107

MARÍA DEL ROSARIO JARA FERNÁNDEZ, MONICA RUIZ HERNANDEZ, REBECA VELASCO OSETE, SANDRA MANZANO PUJANTE, VERÓNICA VILA ZARAGOZA, MARÍA INMACULADA BARRIONUEVO GARCIA

PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: A PROPÓSITO DE UN CASO108

CARIDAD DIAZ MICOL, ESTRELLA CULEBRAS PÉREZ, VIRGINIA CASAS RODRÍGUEZ, MARIA DOLORES ALCAZAR BELCHI, MARIA DOLORES PEREZ GARCIA, MARÍA SANCHEZ GARCÍA, JUANA ELVIRA FAURA COLLADOS, MARIA LUZ GARCÍA ROMERO, VIOLETA OLMOS GARRIDO, ILUMINADA RAMIREZ LORENZO, REMEDIOS LORCA MARCOS, MARÍA ASCENSIÓN ESPARZA HERNANDEZ

GESTANTE CON DISNEA QUE PRESENTA MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO109

MARÍA DE LA CABEZA MOLINA CASTILLO, MARIA ELENA GARCÍA CHECA, LUISA
MARIA RUS VALERO

PACIENTE CON ARTERITIS DE TAKAYASU: A PROPÓSITO DE UN CASO110

MARÍA DE LA CABEZA MOLINA CASTILLO, MARIA ELENA GARCÍA CHECA, LUISA
MARIA RUS VALERO

PACIENTE REMITIDO A HOSPITAL POR SOSPECHA DE INFARTO AGUDO.....111

MARIA ROCIO PRADOS CARMONA, OLGA AGUILERA MORENO, MARIA
INMACULADA LOPEZ FERNANDEZ

**ABORDAJE DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CATÉTER DE SWAN
GANZ112**

LUCIA SALAZAR PANEQUE, AIDA GARCIA ORTA, MARIA FERNANDEZ GARCIA,
ESTHER ALONSO MIGUEL, AIDE ARIAS SUAREZ, ANDREA NIETO SUAREZ

COLESTEROL: DETERMINACIÓN DE LOS MÉTODOS DE DETERMINACIÓN.....113

LOURDES SANTAELLA JIMENEZ, MARIA BELEN RICO GALERA, ROSARIO MARÍA
MAESTRE RUIZ

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON BALÓN DE
CONTRAPULSACIÓN INTRAAÓRTICO114**

SANDRA SUAREZ ALVAREZ, ELENA TELLEZ FERNANDEZ, MARCO ANTONIO
LOPEZ CHACON, LAURA PITA CASTRO, LUCIA LOPEZ SAMA, LUCIA MARTINEZ
LOPEZ

**ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL
PACIENTE QUE INGRESA PARA ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO115**

FRANCISCO PLATA SOLIS, ROSA MARIA MANCEBO SANCHEZ, ANTONIA
ALVAREZ AVILES

DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE DIABÉTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO ...116

ALBERTO RUEDA ROMERO, CARMEN MARTÍN MORALES, MARC SALCEDO
SÁNCHEZ, MILAGROS BERJA NAVARRO, ALBA MARTÍNEZ LINDE, LAURA MUÑOZ
HOMS

**EDEMA AGUDO DE PULMÓN E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: A PROPÓSITO
DE UN CASO117**

ALBERTO RUEDA ROMERO, CARMEN MARTÍN MORALES, MARC SALCEDO
SÁNCHEZ, MILAGROS BERJA NAVARRO, ALBA MARTÍNEZ LINDE, LAURA MUÑOZ
HOMS

A PROPÓSITO DE UN CASO: DOLOR PRECORDIAL.....118

ESTER DELGADO DELGADO, FRANCISCO JAVIER GALVÁN JURADO, ANA MARÍA
GAMEZ CAMPOS

LA TÉCNICA DEL ELECTROCARDIOGRAMA POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA	119
ELISA ISABEL SEGURA MARTINEZ, ESTHER LOPEZ FERNANDEZ, CARMEN ROSA PUERTAS NUÑEZ	
PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA: A PROPÓSITO DE UN CASO	120
TAMARA BELLOSO CUESTA, ALBA GONZÁLEZ DÍAZ, MARTA GONZÁLEZ CASTAÑO, ANA SUAREZ ALONSO	
CATÉTER SWAN-GANZ EN PACIENTES CRÍTICOS	121
VERONICA ALONSO PONTON, SILVIA HUERGO DE DIOS, LUCIA FIDALGO MIGOYA, NOELIA BLANCO MARTINEZ, CLAUDIA BLANCO MARTINEZ, SUSANA DEL CORRO FERNANDEZ	
PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA CATETERISMO CARDÍACO	122
ELENA QUESADA HERNANDEZ, ANDREA CRISTINA CHIAPPE PIÑEIRO, CARMEN MARTIN PASCUAL, CRISTINA HERNÁNDEZ CABRERA, LLIBERTAT ALTOZANO MARTÍN, LAURA ALFRANCA I HONTORIA, CARMEN GRANADOS PIEDRA, ROSA MARIA SANTIN GARCIA, MARTA GALINDO TUTUSAUS, MELANIA MARTINEZ ILLANA, DOLORES MIRALLES GARCIA, CRISTINA MUÑOZ MARTIN	
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA REAGUDIZADA Y FIBRILACIÓN AURICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO	123
ANA BELÉN JURADO VÁZQUEZ, ANGELA MARIA ACOSTA QUINTERO, JUAN JESÚS PÉREZ PÉREZ	
CUIDADOS PALIATIVOS EN UNA INSUFICIENCIA CARDÍACA	124
ROCIO SANCHEZ NAVARRETE, ANA TRIANO PALOMO, MARINA RICO SANCHEZ	
MANEJO DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA	125
SANDRA CHAVES MUROS, SILVIA ROSALES BELMONTE, ELENA GARCIA MARTIN	
ANÁLISIS SOBRE LA FUNCIÓN DE LA HEMODINÁMICA Y LA CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	126
MARIA JOSEFA NAJERA MOLINA, ANA MARIA BOTIA PORTERO, MARIA DEL CARMEN BELTRAN GALAN	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST SÍNDROME CORONARIO AGUDO	127
MARIA HEVIA NAVA, MÓNICA CUETO PÉREZ	
ENFERMERÍA Y LA IMPLICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN EL FÚTBOL	128
JUAN ANTONIO RODRIGUEZ SANCHEZ	

CONTROL DEL PACIENTE TRAS CATETERISMO CARDÍACO.....	129
ALEJANDRO RUBIO ALVAREZ, ANA BELÉN BERNAL TORRES, ANTONIO BERNAL TORRES	
NUEVOS HORIZONTES EN EL MANEJO DE LA VALVULOPATÍA AÓRTICA EN PACIENTES JÓVENES.....	130
MARIA ESPUCHE JIMENEZ, MAGDALENA LOPEZ COSTAS, RUBÉN TABOADA MARTIN	
ANTICOAGULACIÓN E ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA: EMBOLIA VENTRICULAR TRATADA CON APIXABAN	131
LAURA ESPUCHE JIMENEZ, MAGDALENA LOPEZ COSTAS, RUBÉN TABOADA MARTIN	
REGRESIÓN DE LA MASA VENTRICULAR TRAS MIECTOMÍA SEPTAL EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA: PARÁMETROS ELÉCTRICOS Y ECOCARDIOGRÁFICOS	132
RUTH GUIRAO CASES, MAGDALENA LOPEZ COSTAS, RUBÉN TABOADA MARTIN	
ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA.....	133
CRISTINA YEBRA ANDÚJAR, MARIA DEL MAR ALCOLEA MAÑAS, ANGELA MARIA DOMINGO RUBIO	
CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.....	134
MARIA DEL MAR BURGOS MORAL, MARÍA LUISA QUIROS OLMO, SUSANA LOPEZ EXPOSITO	
PACIENTE CON MARCAPASOS PERMANENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO	135
CARMEN MEDINA JIMENEZ, JOSEFA RAMOS MESA, MARIA EUGENIA FERNANDEZ ERDOZAIN	
CASO DE PACIENTE GERIÁTRICO CON MIOCARDITIS EN VARÓN	136
LAURA MARTINEZ ROLDAN, PABLO MARTÍN HERNÁNDEZ, PABLO MIGUEL TORRES	
PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR PERMANENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	137
FRANCISCO JAVIER GALVÁN JURADO, ESTER DELGADO DELGADO, ANA MARÍA GAMEZ CAMPOS	
ACTUACIÓN ENFERMERA FRENTE A UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	138
JUAN JESÚS LÓPEZ MOYA, SILVIA ROSILLO SANJUAN, EUGENIO OCAÑA MADERO	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL: SUS CAUSAS Y PREVENCIÓN	139

MARÍA DEL MAR GALISTEO SÁNCHEZ, SANDRA RAMÓN GERVILLA, MARIA JOSE RAMON GERVILLA	
USO DE BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAAÓRTICO	140
ANTONIO GODINO MARTIN, ESTEFANIA GUTIERREZ ARANDA, RITA BELÉN GODINO MARTÍN	
REVISIÓN PROGRAMADA DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN EL ADULTO	141
NOELIA SANCHEZ QUIROS, LAURA DE LA SIERRA RODRIGUEZ, MARIA DE LA OLIVA PIÑERO MARCHANTE	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO	142
CARLOS ARANDA SEGADOR, ROCIO RUIZ CABELLO, ANA BELEN RUIZ MERINO	
BIBLIOGRAFÍA DE TRATAMIENTO DEL DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS	143
MANUELA LIÑAN GARCÍA, M. CUSTODIA CORTÉS FERNÁNDEZ, RAQUEL CORTÉS FERNÁNDEZ	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA HEMOSTASIA POSTCATETERISMO RADIAL	144
JUAN RAMÓN GARCÍA VELASCO, MARIA GUADALUPE GARCIA MARTINEZ, ANDREA CAROLINA FELTON VALENCIA	
INTERVENCIÓN ENFERMERA: PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA	145
PATRICIA LARA MONTES, ROCÍO LÓPEZ LEGAZA, JOSE LUIS PAQUEZ BERRIO	
INTERVENCIÓN ENFERMERA A UN PACIENTE EN LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS.....	146
PATRICIA LARA MONTES, ROCÍO LÓPEZ LEGAZA, JOSE LUIS PAQUEZ BERRIO	
SCACEST EN PACIENTE JOVEN POR CONSUMO DE COCAÍNA	147
JENNIFER JAEN MENACHO, MARÍA GONZÁLEZ ROMERO, SILVIA GÓMEZ RODRÍGUEZ	
FOMENTO DEL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA	148
MARTA CAMPOS GIL, SONIA SANCHEZ CARRETERO, EDUARDO MARTIN TELLEZ, MARIA ISABEL NAVARRO ARROYO, ROSARIO FERNÁNDEZ CAMPOS, SILVIA JUAN LÓPEZ	
ACTUACIÓN ANTE EL CATETERISMO CARDÍACO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL	149
PATRICIA GALLARDO PÉREZ, JESSICA FERRE VARGAS, MARÍA GARCIA VACAS	
CALIDAD DEL TÉCNICO DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DE UNA UNIDAD DE ICTUS.....	150

JOSÉ ALCAIDE GARCIA, CARLOS ALBERTO PADILLA LÓPEZ, SUSANA MARTÍNEZ
BORJA

**EL EQUIPO DE ENFERMERÍA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE UN EPISODIO CONVULSIVO151**

CARMEN DEL ROSARIO CARMONA MARTINEZ, VERÓNICA FERNÁNDEZ NÚÑEZ,
VICTORINA LUZ CAMACHO

LA ATENCIÓN EN URGENCIAS POR DISNEA152

MARÍA CELIA MATEOS MARTINEZ, MARÍA RAQUEL CAMPOS SANCHEZ, ÁNGEL
DEL VALLE ARANDA

SCACEST EN DOMICILIO: URGENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA153

EVA MARIA BARCO IMBERNON, ANA GÓMEZ PRADOS, ANTONIO MUÑOZ
MARROCO

**EFFECTIVIDAD DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS EN PACIENTES ADULTOS
MENORES DE 60 AÑOS CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR154**

LAURA COBOS CUENCA, JOSÉ CARLOS COBOS CUENCA, ARACELI MARCOS
MÁRQUEZ

PACIENTE ADULTO DIAGNOSTICADO CON ARRITMIAS155

MARÍA AUXILIADORA AGUAYO DOMINGUEZ, ANA MARÍA CASTILLO SÁNCHEZ,
MARIA DEL CARMEN PÉREZ ARAGÓN

**MANIOBRAS VAGALES: TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN TAQUICARDIAS
PAROXÍSTICAS SUPRA VENTRICULARES156**

LAURA PÉREZ RODRÍGUEZ

PACIENTE GERIÁTRICA CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL RESPIRATORIA157

MARÍA CLEOFÉ MADRID ORTIZ, MARIA DEL CARMEN AGUILERA PÉREZ, ROSA
MARÍA GÓMEZ RODRÍGUEZ

PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE UNA DISECCIÓN AÓRTICA158

NATALIA FERNÁNDEZ GARCIA, AZAHARA LUCÍA DEL PINO MORALES, MARTA
ROBLES ANGELES

**TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO SIN COMPROMISO HEMODINÁMICO
.....159**

JESUS SANTIAGO BULEJE HUIZA, VERÓNICA ALFONSO REYES

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON CATETERISMO160

ISABEL ROCIO COTAN GARCIA, ALMA ROMERO JIMENEZ, JAVIER ALEX
RODRIGUEZ

**ACTUACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE TRAS
REALIZARLE UN CATETERISMO CARDÍACO161**

ILUMINADA MARTÍNEZ TORNERO, CARLA RUIZ TORRES, LAURA JIMÉNEZ
GONZÁLEZ, SILVIA GARCIA ESTEVE, RUTH DE VAL MERINO, JUDITH CLAVERIAS
DIAZ

A PROPÓSITO DE UN CASO: IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA162

CAROLINA SOLDADO JIMÉNEZ, RAFAEL GONZÁLEZ VELASCO, CRISTINA ONIEVA
LLAMAS

MANEJO DE CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA163

GUADALUPE MURILLO RUIZ, SONIA MARIA MOLINA GUERRA, CARMEN MARÍA
MAÑAS DUEÑAS

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN ACCIDENTE VASCULAR AGUDO CEREBRAL
ISQUÉMICO164**

MARIA ESTHER SANCHEZ ENTRENA, JUAN ALONSO ESPINOSA, JOSE MARTIN
AMAT

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DISNEA165

MARIA DEL MAR VAQUERO RUIZ, INMACULADA AVALOS GARRIDO, RAQUEL
MORENO BRENES

**ABORDAJE ENFERMERO EN PACIENTE PORTADOR DE DESFIBRILADOR
AUTOMÁTICO IMPLANTABLE166**

RAFAEL VALDIVIA DÍAZ, GEMA DELGADO PEREGRINA, MARÍA PIQUERAS
RODRÍGUEZ

HIPERTENSIÓN PULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO167

VICTORIA GAITEIRO RAMÍREZ DE VERGER, MARIA JESUS PEREZ QUERO, ALICIA
GARCIA CARMONA

**ABORDAJE DEL SÍNDROME WOLF-PARKINSON-WHITE SINTOMÁTICO EN NIÑO
.....168**

FRANCISCA DOLORES MARTIN ANTEQUERA, MARIA DEL CARMEN MARTINEZ
SABIO, EVA GARCÍA JIMÉNEZ

EL CÓDIGO INFARTO APLICADO A UN CASO169

CARLA RUIZ TORRES, LAURA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, JUDITH CLAVERIAS DIAZ,
ILUMINADA MARTÍNEZ TORNERO, RUTH DE VAL MERINO, SILVIA GARCIA
ESTEVE

**TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS: CARDIOLOGÍA170**

JESUS CALLE MALDONADO, MILEIDY PEÑA MAHECHA, MARIA ESTHER
GONZALEZ ANTUNEZ

SÍNDROME DE RAYNAUD, DIAGNÓSTICO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....171

ELOISA CIVICO VILCHEZ, JOSÉ ANTONIO GUERRERO MÍLLARA, EZEQUIEL MONTERO GARCÍA	
SÍNDROME DE TAKO-TSUBO: UN CORAZÓN DISQUINÉTICO.....	172
DEBORA MARIA ORTEGA MORENO, EVA BULLER VIQUEIRA, JESUS ANTONIO DELGADO GARCIA	
REESTENOSIS INTRA-STENT: A PROPÓSITO DE UN CASO	173
LORENA ALBALADEJO PEDRERO, AINA BIBILONI CLADERA, ERICA CARVAJAL VAZQUEZ, ISABEL MARIA AGUILAR RASERO	
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON DOLOR PRECORDIAL	174
ILUMINADA MARTÍNEZ TORNERO, LAURA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, SILVIA GARCIA ESTEVE, RUTH DE VAL MERINO, JUDITH CLAVERIAS DIAZ, CARLA RUIZ TORRES	
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN RELACIÓN CON EL ESTILO DE VIDA SALUDABLE	175
ANTONIO ANGEL ALBACETE ARMENTEROS, ANA MARIA REYES CONSUEGRA, ANTONIO JAVIER MARTINEZ RUIZ	
EDEMA AGUDO DE PULMÓN SECUNDARIO A INSUFICIENCIA MITRAL.....	176
ESTHER MARIA GIL GONZALEZ, JESUS VILLARTE GARCIA, VICENTE VILLARTE MOLINA	
PACIENTE CON PERICARDITIS AGUDA COMPLICADA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	177
JUAN JESÚS PÉREZ PÉREZ, ANA BELÉN JURADO VÁZQUEZ, ANGELA MARIA ACOSTA QUINTERO	
INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA CON DISPNEA SEVERA	178
ALICIA ALVAREZ LAZARO, MARIA ANGELES HIERRO LAPEYRE, MARIA LUISA GUEMBE SUESCUN, ENRIQUE VAZQUEZ DAZA, SANDRA ORTEGA FERNANDEZ, ANNA FORNELLS OLIVET	
VARÓN ADULTO QUE SUFRE DOLOR TORÁCICO	179
CRISTINA SÁNCHEZ ROMERO, FATIMA RAMOS NIEVES, JUAN MANUEL RENDÓN MELÉNDEZ	
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA ENFERMEDAD CEREBRAL: ICTUS	180
ISAAC ALBA RODRIGUEZ, ALEJANDRA RODRIGUEZ LUGO, LORENA PAN CARDENAS	
PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA POR INFECCIÓN RESPIRATORIA	181
MARIA MORENO FLORES, NURIA GAVIRA RODRIGUEZ, FRANCISCO CUMBRERAS GARCÍA, CRISTINA MOSCOSO DELGADO	

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN	182
ROCIO GOMEZ CORTES, ELENA CARMONA CAMARA, TATIANA MARTÍN IBAÑEZ	
PROCESO ENFERMERO EN EL ABORDAJE DE UN PACIENTE CARDIÓPATA CON GRIPE A	183
VIRGINIA HEREDIA BRIANTES, SILVIA CAMPOS MERINO, LYDIA PEÑALVER RENDON	
PACIENTE CON ICTUS ISQUÉMICO IZQUIERDO: A PROPÓSITO DE UN CASO....	184
ANGELA MARIA ACOSTA QUINTERO, ANA BELÉN JURADO VÁZQUEZ, JUAN JESÚS PÉREZ PÉREZ	
PACIENTE PORTADOR DE BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAÓRTICO: INDICACIONES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA	185
JOSE MIGUEL BAREA DOMINGUEZ, ELENA GONZALEZ MARTIN, LUIS MIGUEL ARROYO RUIZ	
SOPORTE VITAL EXTRACORPÓREO: LA ÚLTIMA OPCIÓN	186
JULIA MARÍA CONTRERAS CAÑAS, LAURA GONZALEZ PAEZ, ANA BELÉN PEREZ MORENTE	
MAREO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	187
ROSA MARIA RUIZ FERNÁNDEZ, BLANCA CÁCERES GRANADOS, AMALIA LOZANO LOPEZ	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y GENÉTICO DE MUERTE CARDÍACA SÚBITA NO ISQUÉMICA	188
MARIA DEL CARMEN GARCIA HINOJOSA, ROSARIO RAMIREZ LAFUENTE, SANDRA SAEZ SALAS	
PACIENTE CON MAL PRONÓSTICO DE LA AMILOIDOSIS CARDÍACA	189
JENNIFER BAREA MACHADO, ANA JIMENEZ MOTA	
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA	190
MARÍA REMEDIOS MATA ORTEGA, MARÍA DOLORES CANO DÍAZ, ALBERTO TORRES ALONSO	
PACIENTE MUJER DIAGNOSTICADA DE SCACEST INFERIOR	191
EUGENIA MARÍA PRIETO PIQUERO, JORGE GAYOL SAMUTLOM, ISABEL LÓPEZ MENÉNDEZ	
SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST	192

VICENTE VILLARTE MOLINA, JESUS VILLARTE GARCIA, ESTHER MARIA GIL GONZALEZ

EDUCACIÓN DEL PACIENTE CORONARIO PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.....193

ROSA FELISA LOPEZ RODRIGUEZ, MARIA MOLINA IBAÑEZ, ISABEL LÓPEZ ASTASIO

MIOCARDIOPATÍA DILATADA DE ORIGEN FAMILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.....194

DEBORA MARIA ORTEGA MORENO, EVA BULLER VIQUEIRA, JESUS ANTONIO DELGADO GARCIA

EDUCACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE INSUFICIENCIA CARDÍACA 195

CRISTINA MORALES GONZÁLEZ, FÁTIMA MONTOYA GEA, ANA GONZALEZ ALCAIDE

ANÁLISIS SOBRE EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ARTERIOSCLEROSIS CORONARIA: CODIFICACIÓN CIE-10-ES.....196

RAFAEL ANGEL DELGADO NARANJO, ROSA MARIA PINTOR LUNA, DOLORES MORENO LUCENA

PACIENTES CON PARADA CARDÍACA SOMETIDOS A REANIMACIÓN Y CON TRATAMIENTO DE HIPOTERMIA TERAPÉUTICA INDUCIDA197

FRANCISCO LÓPEZ AGUILA, MARIA FABREGA CHACON, MARIA DELGADO LOPEZ

A PROPÓSITO DE UN CASO: TAQUICARDIA PAROXISTICA SUPRAVENTRICULAR198

ELENA MORENO MONTERO, PATRICIA DE LA CRUZ GUISSADO, ANGELA SAN JUAN ROBLEDILLO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CATETERISMO CARDÍACO199

CAROLINA FERNANDEZ MONTES, ELENA GARCIA DELGADO, INMACULADA VARGAS FERNANDEZ

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON ANGOR.....200

MARÍA ÁNGELES DE LA VEGA PÉREZ, DELFINA REY MIER, ADRIAN CORRAL URGEL

PACIENTE GERIÁTRICO CON DIAGNÓSTICO DE DESCOMPENSACIÓN CARDÍACA201

NAZARET CARO MORALES, ESTHER ELOÍSA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, IRENE DELGADO CARMONA

ÁNGOR DE ESFUERZO A PROPÓSITO DE UN CASO.....202

MARIA DOLORES CUADROS LAPAZ, MARTA GARCÍA MARTÍNEZ, JOSEFA LOPEZ MARTINEZ

PROBLEMÁTICA DEL CATETERISMO RADIAL EN NUESTROS PACIENTES.....	203
MARIA DEL MAR HERNANDEZ ROMERA, MARÍA MÉNDEZ SÁNCHEZ, ELISABET LOPEZ MONTES	
EL ROL DE LA ENFERMERA EN LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR PERMANENTE	204
LAIA TORRA RICART, VIRGINIA SÁNCHEZ VIEDMA, LUCÍA FERRER BAÑOLAS, AROA LARA GARCIA, MARTA ORGANISTA GUERRERO, MIREIA MARQUEZ HERNANDEZ, MONTSERRAT SICILIA PEREZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE AL QUE SE LE VA A REALIZAR UN ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO.....	205
ANGEL JURADO GARCIA, MATILDE EXPÓSITO PÉREZ, JOAQUIN GONZALEZ CALZADO	
PREVENCIÓN DE LA EMBOLIA PULMONAR MEDIANTE LA INTRODUCCIÓN DE FILTROS EN LA VENA CAVA INFERIOR.....	206
ANGELA ESPINOSA MEDINA, RAQUEL MUÑOZ GARCÍA, MARTA GARCÍA MÁRQUEZ	
PLAN DE ACTUACIÓN EN EL DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS	207
RAQUEL HERRERA ALVAREZ, ISABEL MARIA HERRERA ALVAREZ, MANUEL DAVID REGO FLORES	
EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD POSTQUIRÚRGICA.....	208
SONIA SÁNCHEZ NAVARRO, DAVID COLLADOS VALDIVIESO, VERÓNICA CARRASCO MARTINEZ	
ANEMIA: FACTOR DESENCADENANTE DEL ANGOR HEMODINÁMICO	209
MANUEL DAVID REGO FLORES, ISABEL MARIA HERRERA ALVAREZ, RAQUEL HERRERA ALVAREZ	
A PROPÓSITO DE UN CASO: ÚLCERAS VASCULARES VENOSAS	210
MARIA JOSE AMARO ESCRIBANO, PABLO AGUILAR IBAÑEZ	
CASO DE DISNEA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA	211
MARÍA BELÉN CALLEJAS MARTÍN, PATRICIA ARMENTEROS COSTA, FLORA CONSUELO SANTAELLA BARCOS	
EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES CORONARIOS.....	212
SILVIA URBANO CRESPILLO, CLAUDIA FERNÁNDEZ PARTIDA, ADRIAN ALDANA MORENO	
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DE LOCALIZACIÓN INFERIOR.....	213
LORENA ALBALADEJO PEDRERO, AINA BIBILONI CLADERA	

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA	214
MARIA ADELA PEREZ SERRANO, VERONICA ARIAS MORENO, ANGELA GONZALEZ JUSTO	
ANÁLISIS SOBRE LA MUERTE SÚBITA EN LOS DEPORTISTAS	215
MIGUEL JIMÉNEZ ÁLVAREZ, ELISA ISABEL GÓMEZ SÁNCHEZ, JOSEFA DOLORES GARCÍA AGUADO	
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE	216
ANA BELEN SEGURA BEDMAR, IRENE CHINCHURRETA GARCIA, YOLANDA MUÑOZ PALOMINO	
CLEFT MITRAL: NUEVA EXPRESIÓN FENOTÍPICA EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA.....	217
JUAN JOSÉ SANTOS MATEO, ANTONIO JESUS SANCHEZ GUIRAO, JOSÉ MIGUEL GÓMEZ VERDÚ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CATETERISMO CARDIACO	218
NAYRA TRILLA ANTÓN, DIEGO MIGUEL HERNÁNDEZ DE ARMAS, RAÚL ALBERTO GONZÁLEZ MEDINA, YERAY TOMAS SANTIAGO DIAZ, CRISTINA PEREZ BELLO	
ATENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	219
FÁTIMA ISABEL RUIZ RODRÍGUEZ, MACARENA LOZANO LORCA, MARÍA MORALES CASTILLA	
LA TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR EN LOS RECIÉN NACIDOS	220
INMACULADA VALDIVIESO RIVERA, MIREIA ALCAZAR PARIS, MERIEM BELHASSINE DEMER-DJI, AMALIA GARCÍA VILLENA, ISABEL LEÓN JIMÉNEZ, LARA TOBÍA PÉREZ	
FIBRILACIÓN AURICULAR DE CRONOLOGÍA INCIERTA EN PACIENTE CON BRONQUITIS AGUDA.....	221
MARÍA DEL ROCÍO SAAVEDRA PAJUELO, ESTHER MOTA BOBIS	
PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CORONARIAS.....	222
MARÍA SOLEDAD VIDAL GONZÁLEZ, VIRGINIA ALBA VELÁZQUEZ, MÍRIAM SÁNCHEZ ALCÓN	
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PACIENTE CRÍTICO CARDIOLÓGICO	223
VIRGINIA GALLARDO CARBAJO, MARIA DEL ROCIO MIGUEZ CRESPO, MARÍA DEL CARMEN MANZANO ALBA	

LA IMPORTANCIA DEL AUTOCUIDADO EN ENFERMEDADES COMO LA INSUFICIENCIA CARDÍACA	224
CRISTINA MORALES GONZÁLEZ, FÁTIMA MONTOYA GEA, ANA GONZALEZ ALCAIDE	
CATETERISMO CARDÍACO-MIEDOS DEL PACIENTE Y FAMILIA.....	225
MARIA DE LOS ANGELES CARRASCO MOSCOSO, MARIA JOSEFA CASTELLET FRANCO, MARÍA JOSE ÁLVAREZ PINO	
DISECCIÓN AÓRTICA EN VARÓN DE MEDIANA EDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	226
TERESA FERNÁNDEZ FUNES, CRISTINA GUIL LORA, ANA ROSA TORRES LORENTE	
CUIDADOS POSTOPERATORIOS A PACIENTE TRAS LA IMPLANTACIÓN DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE	227
TERESA FERNÁNDEZ FUNES, CRISTINA GUIL LORA, ANA ROSA TORRES LORENTE	
EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST	228
MIRIAN ACEVEDO PEREZ, MONTSERRAT SANCHEZ GARCIA DE QUIROS, MARIA DEL CARMEN CLAVAÍN NOGALES	
PACIENTE QUE PRESENTA INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO	229
MARIA ANGELES HERRERO GONZALEZ, ANA ROSA GRANJA BERNARDO, FRANCISCO JAVIER GARCIA GONZALEZ, SEVERA HERRERO GONZÁLEZ, MARIA DOLORES ARDILA MORA, ELENA QUESADA GARCIA, ANA BELÉN PINATAR RAMOS	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A UNA ABLACIÓN CARDÍACA	230
MARÍA JOSE ÁLVAREZ PINO, MARIA DE LOS ANGELES CARRASCO MOSCOSO, MARIA JOSEFA CASTELLET FRANCO	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA VIGILANCIA POST- CATETERISMO.....	231
LILIANA MARIA GONZALEZ QUIÑONEZ, ANA ABASCAL LEAL, SARAY MORCILLO DIAZ	
ENDOCARDITIS BACTERIANA EN PACIENTE ADULTO	232
MARTA ABELLÁN ESTEBAN, PEDRO PÉREZ MARTÍNEZ, MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ AYALA	
ATENCIÓN URGENTE A PACIENTE CON SCAEST	233
ADRIÁN RODRÍGUEZ VEGA, MIGUEL ANGEL GONZÁLEZ GAGO, MARIA DE LOS ANGELES MARQUEZ SANCHEZ, SONIA PULIDO GONZALEZ, MARIA CANDIDA HERNANDEZ MARFIL, VERÓNICA AGUILAR CASADO	

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS ASOCIADAS AL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN	234
ANDREA REPISO PORRAS, DESIRE RIVERA LOPEZ, IRENE RAMOS AMAYA	
USO DE NITROGLICERINA INTRAVENOSA EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	235
SHEILA MARÍA COBOS MARCOS, MARTA FAURA SALAS, FRANCISCO SANCHEZ HERNANDEZ	
INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA: CAQUEXIA CARDÍACA	236
MARIA JOSEFA CASTELLET FRANCO, MARIA DE LOS ANGELES CARRASCO MOSCOSO, MARÍA JOSE ÁLVAREZ PINO	
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE DEPRESIÓN TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	237
MARIA DEL CARMEN DEL MORAL LECHUGA, MARIA DEL CARMEN GÓMEZ ÁLVAREZ, CLARA GARZÓN BOCH	
INTERVENCIÓN ENFERMERA FRENTE AL EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	238
MARIA INMACULADA VAZQUEZ MARQUEZ, CRISTINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, YOLANDA QUINTANA DOMINGUEZ	
INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA: ENFERMEDAD CORONARIA DE DOS VASOS	239
SILVIA GARCÍA MONTILLA, ROCÍO PAREJO MONTES, INMACULADA MARTIN- ROMO MEJIAS	
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTE GERIÁTRICO	240
MARIA VICTORIA GONZALEZ RODRIGUEZ, HELENA RUIZ MARIN, MARIA ELENA VEGA RUIZ	
EPIGASTRALGIA EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD	241
ELENA RUIZ GALLARDO, ANA FERNÁNDEZ HUERTAS, MARÍA DE LOS REYES BARRERA RODRIGUEZ	
FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	242
INMACULADA CANTERO CORREDOR, LAURA ESPEJO RODRIGUEZ, BEGOÑA GAMAZA PEREZ	
PREPARACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE PREVIO AL CATETERISMO CORONARIO	243
IRENE SANCHEZ FERNANDEZ, ANA BELÉN MÁRQUEZ ROMERO	
SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	244

TANIA ORTIZ GARCIA, MARIA JOSE REINA SANCHEZ, ROCIO AVELLO GARCIA,
JUAN CARLOS PRIETO GALVEZ, CARLOTA LAMILLA BUADES, PAULA CANO
SOLANO, JAVIER AMADOR MORALES, JORGE VALLEJO DE LA CUEVA, CRISTINA
CRESPO IMAZ, JORGE PEREZ MARTINEZ, SILVIA GONZÁLEZ BELCHÍ, MANUEL
PLAZA SANTIAGO

**FOCOS MÚLTIPLES DE TAQUICARDIA AURICULAR DURANTE ABLACIÓN DE
VENAS PULMONARES245**

MARCOS FERNÁNDEZ GARCÍA, PILAR BELLANCO ESTEBAN, MARIA CASSIA
NARANJO RATIA

**BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR DE TERCER GRADO EN PACIENTE
ADULTO.....246**

LAURA RUFINO VALENCIA, OLGA FLORES MUÑOZ, JOSE ADDISON FLORIDO
NASSAU

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DE ST INFERIOR247

ESTEFANIA CRUZ CASTRO, CRISTINA LOPEZ OLIVARES, ANA POZO MARTIN

**MIOCARDIOPATÍA DILATADA SEVERA CON DISFUNCIÓN SISTÓLICA EN
PACIENTE PERINATAL248**

ESTEFANIA CRUZ CASTRO, ANA POZO MARTIN, CRISTINA LOPEZ OLIVARES

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ...249

MARÍA FRANCISCA MORENO ARANCE, MARIA JOSEFA DEL MORAL CASADO,
MARÍA TERESA GONZÁLEZ CARMONA

ENFERMERÍA EN LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL PACIENTE CORONARIO250

JOSÉ DANIEL GUALDA MARTÍN, MARIA DEL CARMEN CARMONA RIVAS, MARÍA
DOLORES CARMONA SÁNCHEZ

**REVISIÓN DE PROTOCOLO DE ACOGIDA DEL PACIENTE CORONARIO EN
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....251**

JOSE MARIA NUÑEZ TRIGOS, IGNACIO DIAZ MIRA, ANTONIO RUFINO BALSERA
TREJO

**REFRACTORY CONGESTIVE HEART FAILURE AFTER AORTIC VALVE
REPLACEMENT: AORTIC ROOT TO LEFT ATRIAL FISTULA252**

JUAN SANCHEZ SERNA, MIRIAM GOMEZ MOLINA, ANA ISABEL RODRIGUEZ
SERRANO

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE SOMETIDO A CATETERISMO
CARDÍACO253**

ANA ROSA TORRES LORENTE, TERESA FERNÁNDEZ FUNES, CRISTINA GUIL LORA

**INTERVENCIONISMO CORONARIO GUIADO POR IMAGEN INTRAVASCULAR EN
LESIONES DE TRONCO COMÚN IZQUIERDO NO PROTEGIDO254**

MIRIAM GOMEZ MOLINA, ANA ISABEL RODRIGUEZ SERRANO, JUAN SANCHEZ SERNA	
SOSPECHA DE MIOCARDITIS EN PACIENTE CON CUADRO GRIPAL	255
MARÍA DEL ROCÍO SAAVEDRA PAJUELO, ESTHER MOTA BOBIS, BEGOÑA ARZA VARO	
ESTATINAS EN LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS	256
MARIA MIRANDA LOZANO, GABRIEL DOMINGUEZ FERNANDEZ, MARIA INMACULADA BLANCO JIMENEZ	
COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS: ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA	257
EVA MARIA NICOLAS LUCAS, RAQUEL PONS ORTEGA, PEDRO ANTONIO SANCHEZ ALCAZAR, CARMEN GARCIA ALBACETE, VERONICA VILLA AROCA	
TROMBOSIS FEMORAL TRAS REALIZAR ANGIOPLASTIA CORONARIA	258
EVA MARIA GORDITO DE LA CERDA, MARIA EUGENIA RODRIGUEZ SANTOS, NATALIA RODRIGUEZ SANTOS	
MIOCARDIOPATÍA DILATADA POR TAQUIARRITMIA	259
MARÍA PÉREZ ESLAVA, MARCOS FERNÁNDEZ GARCÍA, ELVIRA MARÍA FLORES CEBADA	
SÍNDROME DE DOWN Y CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS	260
CARLOTA RÓDENAS TORRES, IRENE CORTÉS MARTÍNEZ, ALBA ABARCA ESTÉVEZ	
EL ELECTROCARDIOGRAMA: UNA PRUEBA FUNDAMENTAL PARA EL PACIENTE HIPERTENSO	261
ASUNCION MARIA LOPEZ GARCIA, MARIA ANGELES RIDAO SOLA, ROCIO LOPEZ SEGURA	
IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS EN PACIENTE CON BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR.....	262
CELIA LINARES TARIFA, MARIA DEL CARMEN CASTRO CASTILLO, JAVIER SOTO MARTINEZ	
PACIENTES CON OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA.....	263
MARÍA ESTER MARTINEZ GARCIA, MERCEDES PÉREZ AZOR, CRISTINA RECHE GARCÍA	
CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE SOMETIDO A PRUEBAS DE HEMODINÁMICA.....	264
BEATRIZ CASTRO CID, INMACULADA CASTRO GARCIA, ELISA MARIA MEDINA ALMENDROS	

ABORDAJE SOBRE LA CARDIOVERSIÓN EN LAS UNIDADES SANITARIAS	265
EVA FERNANDEZ SANTOS, SARA VERA LOPEZ, SUSANA MORCILLO SANCHEZ	
PRINCIPALES ANTICOAGULANTES ORALES EN ESPAÑA.....	266
MARIA DEL PILAR FERNÁNDEZ FIGUEIRAS, ELVIRA MARIA VEGA VALENCIA, ESTEFANIA VEGAS PARDAVILA, VANESA PIQUERAS GONZALEZ	
ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA.....	267
ROCIO MALDONADO LARIO, JUAN MANUEL MARTINEZ GUERRERO, INMACULADA SÁNCHEZ GARCÍA	
PACIENTE GERIÁTRICA CON SÍNCOPE TRAS BRADICARDIA.....	268
MONTserrat SANCHEZ GARCIA DE QUIROS, MIRIAN ACEVEDO PEREZ, MARIA DEL CARMEN CLAVAÍN NOGALES	
SÍNDROME POSTPERICARDIOTOMÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO	269
ELENA MARIA JIMENEZ GONZALEZ, MARTA RUIZ PEREZ DE LA BLANCA, FRANCISCA GARRIDO MOYANO	
LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA LA PREVENCIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	270
MIRIAM LUCAS MUÑOZ, NATALIA RODRIGUEZ MORENO, JOSÉ MOYA LÓPEZ	
PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO HIPERTENSION ARTERIAL	271
SUSANA MOLINA VICO, FRANCISCA TORRENTE NAVARRO, MARIA AIDA RODRÍGUEZ GEA	
CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PACIENTE CON BALÓN INTRAAÓRTICO DE CONTRAPULSACIÓN	272
JOSE MARCOS ARTILES RAMIREZ, MAR LAZARO HOZ, MARIA DEL CARMEN GOMEZ BEAS	
INFLUENCIA DE LA DIETA DASH EN LA HIPERTENSIÓN	273
CRISTINA ENCINAS BERRUEZO, VERONICA DOMENE MARTINEZ, VERÓNICA OSUNA SAEZ	
A PROPOSITO DE UN CASO: DOLOR TORÁCICO PACIENTE ADULTO EDAD MEDIA	274
CARMEN RANEA TORREGROSA, CARMEN MARIA SANCHEZ PEREZ, SILVIA MANCEBO TORRES	
SINCOPE: A PROPÓSITO DE UN CASO	275
ELOISA PIÑERO FLORES, MANUELA RUIZ OJEDA, MARÍA DEL SOL BLANCA SEGURA	

BLOQUEO AURICULO VENTRICULAR COMPLETO CON IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS UNICAMERAL	276
FRANCISCO JOSÉ GALLEGO MARTI, PEDRO ALEJANDRO GÓMEZ SÁNCHEZ, PEDRO JOSÉ LÓPEZ LÓPEZ, JESÚS IZQUIERDO GARCÍA	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA	277
ANTONIO GUILLAMÓN GARRE, MARIA INMACULADA SORIANO GARCIA	
SALUD BUCODENTAL: FACTOR PROTECTOR DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	278
CRISTINA BUENO MARTIN, EVA GARCÍA NAVARRO, SILVIA ARRABAL COBOS	
PERICARDITIS AGUDA SECUNDARIA A PROCESO VIRAL	279
NOEMÍ JIMÉNEZ DEL MARCO, ANTONIO CALDERÓN RODRÍGUEZ, JOSÉ MANUEL BLANCO ROMÁN	
DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL.....	280
CRISTINA ORELLANA LEGUPÍN, JOSÉ MANUEL BLANCO ROMÁN, ROCÍO RUIZ HINOJOSA	
REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DEL SINTROM EN UN LABORATORIO	281
MACARENA SANCHEZ CARDENAS, ESTEFANIA SANCHEZ ARANA, MARIA JOSE RUIZ RUIZ	
SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST	282
MARÍA DEL ROSARIO GIRALDO RAMÍREZ, ANTONIO JAVIER NAVARRO VIDAL, FRANCISCO MANUEL RODRÍGUEZ NARANJO	
PACIENTES CON TENSIÓN ARTERIAL Y TERAPIA GRUPAL: EFECTOS	283
MIGUEL ÁNGEL GARCÍA CUESTA, MARÍA TERESA CERVILLA SUÁREZ, MARIA CANDELARIA BERMÚDEZ JIMÉNEZ	
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE RIESGO	284
NURIA VALDIVIA ROCHA, SONIA LORETO MARTÍN SALGADO, ROCIO VERA SUANES	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA	285
ISABEL GARCÍA QUILIS, MARTA VALENCIA ROYO	
ATENCIÓN EN URGENCIAS A PACIENTE CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA ...	286
ADRIÁN RODRÍGUEZ VEGA, MIGUEL ANGEL GONZÁLEZ GAGO, MARIA DE LOS ANGELES MARQUEZ SANCHEZ, MARIA CANDIDA HERNANDEZ MARFIL, SONIA PULIDO GONZALEZ, VERÓNICA AGUILAR CASADO	

IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO PARA LA PREVENCIÓN DE CARDIOPATÍAS	287
MARIA DEL CARMEN MORALES REDONDO, FULGENCIA INMACULADA SANCHEZ VALVERDE, EUSEBIA SEGURA HERRERO, DIEGO FABIAN CABRERA CUEVA, CARLOS RUIZ SEGURA, FRANCISCO RUIZ PARRA, FRANCISCO JAVIER RUIZ SEGURA	
SÍNCOPE CARDIOGÉNICO EN PACIENTE ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO	288
EVA CABRERA GARCÍA, MARIA ISABEL VALLEJO HERRERA, ANA MARÍA HERRERA RUBIA	
A PROPOSITO DE UN CASO: ANGINA INESTABLE DESDE URGENCIAS	289
ANDREA MARTIN ALVAREZ, ANDREA MARTINEZ URQUIJO	
CUIDADOS EN PACIENTES INTERVENIDOS POR CATETERISMO CARDÍACO	290
RAQUEL LÁZARO ALEGRE, IRENE MILLA PEINADO, MARÍA DEL CARMEN MORAL GARRIDO	
LA MUERTE SÚBITA: UN PROBLEMA SANITARIO.....	291
MARIA DEL MAR HERNANDEZ ROMERA, MARÍA MÉNDEZ SÁNCHEZ, ELISABET LOPEZ MONTES	
INFLUENCIA DEL AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA	292
ANA MARTA SENABRE PÉREZ DE LA CRUZ, MARTA TOLEDO ARMENTEROS, HUGO BERMUDEZ RILO	
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y DESFIBRILACIÓN EXTERNA EN PACIENTES CON MARCAPASOS O DESFIBRILADORES	293
CLARA DE PABLO BOTA, MARTA DE PABLO BOTA, MIQUEL SITJAR SUÑER, NEUS BOSCH RUÉ, ÁNGELES LÓPEZ SÁNCHEZ, LAURA VILÀ PORSELL	
ANGINA INESTABLE O INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: COMPLICACIONES DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	294
NOELIA DOMÍNGUEZ MANZANO, FÉLIX RODRÍGUEZ GÓMEZ, MARIA TERESA CARDEÑA RAMIREZ, MIRIAM VILCHES MORENO	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE SOMETIDO A CATETERISMO CARDÍACO CON PULSERA NEUMÁTICA.....	295
VERONICA RAMOS ZALDIVAR, VALENTINA GOMEZ CASTRO, MARTA MARIA VILARÓ BELOSO	
CRIBADO SÍNDROME DE BRUGADA EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO EN PACIENTE CON MUERTE SÚBITA	296

MERCEDES ESPINOSA CUEVAS, CARLOS GARCÍA MATURANA, MARIA ANGELES QUERO QUERO, CRISTINA ORTEGA SABIO, CRISTINA DE PRADOS GONZÁLEZ, MARIA ROSA SILVESTRE, LARA CABRERA JIMENEZ, ANA MUÑOZ MÉNDEZ

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN VARÓN JOVEN: DESCRIPCIÓN DE UN CASO297

SONIA PÉREZ GÓMEZ, NURIA HERNANDEZ MARTÍNEZ, MARÍA DOLORES LÓPEZ ROJAS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PATOLOGÍA CARDÍACA PEDIÁTRICA298

MARINA RAMÍREZ GÓMEZ, LAURA MUYOR MUÑOZ, JULIETA ROMERO VILLALBA

DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE DE 20 AÑOS299

ANA MARTÍN CASCÓN, MÓNICA MARTINEZ MARTINEZ, VICTORIA CALLEJO HURTADO, ESTHER GARCIA MARTINEZ

DOLOR DE PECHO EN PACIENTE JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO300

LIDIA SERRANO MARTINEZ, MARÍA JIMÉNEZ SOLA, BEATRIZ LOBO COLOMINAS

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ENFERMERÍA: RETIRADA SEGURA DE PULSERA NEUMÁTICA RADIAL301

MARIAJOSE ORTEGA MARTIN, CRISTINA GALERA NAVARRO, SILVIA ROSILLO SAN JUAN

MIOCARDIOPATÍAS SIN DETECTAR: CAUSA DE MUERTE SÚBITA EN DEPORTISTAS.....302

VERONICA SARRIA RAMIREZ, CRISTINA DIAZ LOPEZ, MARINA VILLANUEVA GOMEZ

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE UN CASO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO303

CRISTINA BENITEZ MARIN, TANIA BUENO GÓMEZ, ANA COBOS GINES

FUNDAMENTOS ENFERMEROS EN EL CONTROL DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA304

JOSE MARCOS ARTILES RAMIREZ, MAR LAZARO HOZ, MARIA DEL CARMEN GOMEZ BEAS

INTERVENCIONISMO PERCUTÁNEO SOBRE ENFERMEDAD DE TRONCO CORONARIO IZQUIERDO MEDIANTE TÉCNICA DE DOBLE STENT: RESULTADOS DURANTE EL SEGUIMIENTO305

ANA ISABEL RODRIGUEZ SERRANO, MIRIAM GOMEZ MOLINA, JUAN SANCHEZ SERNA

CASO CLÍNICO: COMPLICACIONES DE UN MARCAPASOS306

ANGELA FERNANDEZ SANCHEZ DE LEON, CRISTINA VARO CADENAS, ARTURO GUERRERO CIDRES

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN ANCIANO INSTITUCIONALIZADO EN RESIDENCIA	307
NURIA MIRANDA RODRIGUEZ, MYRIAM MORENO RODRIGUEZ, SILVIA FRIAS PISTON	
INDICACIONES DE LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA SINCRONIZADA	308
TAMARA FERNÁNDEZ CARREÑO, JUAN CARLOS ANDUJAR BERENGUEL	
DOLOR TORÁCICO ATÍPICO EN PACIENTE CON INFARTO RECIENTE	309
CINTIA MARIA MARTINEZ MATEU	
FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA QUE DESCOMPENSA INSUFICIENCIA CARDÍACA	310
ANGELES DE LA LUZ GALINDO ESPINOSA, MARIA NIDIA SILLERO MANZANO, MARIA LOURDES ARANA MULA	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS	311
VERONICA LOMAS CAMARA, OLGA BEATRIZ HERRERA ALMAGRO, ROBERTO DIAZ AVILES	
EDUCACIÓN SANITARIA DE ENFERMERÍA SOBRE PRACTICAS SEXUALES EN PACIENTES TRAS UN IAM	312
CLARA DE PABLO BOTA, MARTA DE PABLO BOTA, MIQUEL SITJAR SUÑER, ÁNGELES LÓPEZ SÁNCHEZ, LAURA VILÀ PORSELL, NEUS BOSCH RUÉ	
CASO CLÍNICO: FIBRILACIÓN AURICULAR HEMODINÁMICAMENTE INESTABLE	313
SONIA ROBLES CÓZAR, RAÚL PUIG SÁNCHEZ, MARTA ROJAS PEÑA	
INFARTO DURANTE LA REALIZACIÓN DE UNA MANOMETRÍA	314
MARIA BELÉN FACIO CORTÉS, CLARA BACHO MANZORRO, LAURA BARBA MADRID	
VARÓN CON PALPITACIONES Y DISCONFORT TORÁCICO.....	315
CLARA BACHO MANZORRO, MARIA BELÉN FACIO CORTÉS, LAURA BARBA MADRID	
BRADICARDIA EN VARÓN SANO DURANTE LA REALIZACIÓN DE UNA COLONOSCOPIA	316
MARIA BELÉN FACIO CORTÉS, LAURA BARBA MADRID, CLARA BACHO MANZORRO	
PROCEDIMIENTO ENFERMERO PARA LA CORRECTA MEDICIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL	317

ANA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, CATALINA LIRIA HARO, LUISA MARIA
LOPEZ TRINIDAD

**LA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA Y FUNCIONES DEL ENFERMERO
PERFUSIONISTA318**

MARGARITA DOMINGUEZ SANTOS, MARIA LUISA POZO JIMENEZ, MARIA JOSÉ
TORRES GARCÍA

CIRUGÍA DE TIROIDES COMPLICADA CON SÍNDROME DE TAKO TSUBO319

ANA ISABEL RODRIGUEZ SERRANO, MIRIAM GOMEZ MOLINA, JUAN SANCHEZ
SERNA

**LA IMPORTANCIA DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA
EVOLUCIÓN DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA320**

NOELIA MORENO-MANZANARO CORRALES, PILAR SELIGMANN PIETRANERA

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO INFERO-LATERAL POSTERIOR321

MARÍA BELÉN ACIÉN RODRÍGUEZ, VERONICA ENCINAS SANCHEZ, FERNANDO
ESTEVEZ MARTIN

TETRALOGÍA DE FALLOT Y ESTENOSIS PULMONAR SEVERA FETAL322

MARÍA BELÉN ACIÉN RODRÍGUEZ, VERONICA ENCINAS SANCHEZ, FERNANDO
ESTEVEZ MARTIN

**ENDOCARDITIS INFECCIOSA: ASPECTOS CLÍNICOS, PRONÓSTICO Y
PREDICTORES DE MORTALIDAD EN UN ESTUDIO A 5 AÑOS EN UN HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES.....323**

ANA DEL RIO LECHUGA, ANIBAL BERMUDEZ GARCIA, VIRGINIA NARANJO
VELASCO

EPISODIO DE SÍNCOPE EN PACIENTE HOSPITALIZADA324

CLARA BACHO MANZORRO, MARIA BELÉN FACIO CORTÉS, LAURA BARBA
MADRID

**DEFINICIÓN DE MARCAPASOS E INDICACIONES AL PACIENTE TRAS SU
IMPLANTACIÓN.....325**

MARIA CRISTINA SÁNCHEZ PORRAS, MARIA GUAYENTE TARRAGONA BURREL,
MARIA VICTORIA SÁNCHEZ MARÍN DE ROBLES

SÍNTOMAS DIGESTIVOS EN PACIENTE CARDIÓPATA326

CLARA BACHO MANZORRO, MARIA BELÉN FACIO CORTÉS, LAURA BARBA
MADRID

**CUIDADOS Y EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE PORTADOR DE
MARCAPASOS Y DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE327**

ALICIA PEREZ AVILA, ANA ANGELES PALMA LOPEZ, SANDRA MARIA ARIAS
PEREZ

SÍNDROME DE BRUGADA Y LA MUERTE SÚBITA

INMACULADA CONCEPCIÓN BARRANCO ROMERO, LAURA FERNANDEZ CABALLERO,
ESTEFANÍA MENA CARRIÓN

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Brugada, descrito en 1992, es una entidad clínica asociada a síncope recurrentes que predomina en varones sin cardiopatía estructural. Se trata de una cardiopatía eléctrica que predispone a presentar arritmias ventriculares y muerte súbita. El 70% son esporádicos y el 30% presentan mutaciones en el gen de la subunidad alfa del canal del sodio cardíaco (herencia autosómica dominante). Se han descrito 3 patrones distintos, demostrándose que el tipo 1, conocido como “aleta de tiburón”, se asocia con muerte súbita.

OBJETIVOS: Determinar la existencia del síndrome de brugada y las medidas a llevar a cabo para evitar la muerte súbita.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica de artículos de revisión sobre el síndrome de brugada y la muerte súbita en diferentes bases de datos como Cuiden, Scielo, Medline así como en metabuscadores como google académico.

RESULTADOS: Esta patología no presenta síntomas previos, de ahí que sea tan peligrosa y letal. Algunos pacientes dicen haber experimentado casos de síncope, crisis convulsivas, palpitaciones y respiraciones agónicas nocturnas (detectadas por los familiares) previas a la Parada Cardio Respiratoria (PCR). Una de las pruebas más realizadas es la EEF (Estudio Eléctrico Fisiológico) que consiste en la administración de antiarrítmicos a los pacientes con el fin de provocar la aparición del patrón característico. En cuanto al tratamiento es bastante complicado dado que es una enfermedad imprevisible. Los pacientes pueden pasar de estar asintomáticos a sufrir una muerte súbita en cuestión de segundos, por lo que el único tratamiento de largo plazo para evitar la PCR es la implantación de un DAI (Desfibrilador Automático Implantable).

CONCLUSIÓN: Estos últimos años la investigación de este síndrome ha avanzado mucho en lo que se refiere al diagnóstico de individuos, pero en lo referente al tratamiento y la prevención queda un largo camino. El diagnóstico es de especial importancia por afectar a hombres en edad productiva. Lo más preocupante es que los individuos no presentan síntomas que nos pueda advertir de la patología y poder actuar antes de que se presente una muerte súbita.

PALABRAS CLAVE: BRUGADA, MUERTE SÚBITA, FIBRILACIÓN VENTRICULAR, PARADA CARDIORRESPIRATORIA.

ENDOCARDITIS POR ESTREPTOCOCOS: PENICILINA G SÓDICA VERSUS PENICILINA G SÓDICA Y GENTAMICINA

LAURA DESEADA CAMPOS PALOMO, ALVARO DAVID CAMPOS PALOMO, CINTIA MARTÍN
QUINTERO

INTRODUCCIÓN: La endocarditis es un proceso inflamatorio de las válvulas que forman el endocardio. Puede producirse por una infección viral, pero lo más común es que se produzca por infección bacteriana. El precoz diagnóstico de esta enfermedad es crucial para la correcta elección del tratamiento a administrar, por ello, los profesionales de enfermería deben tener una correcta formación en este ámbito para así garantizar al usuario un manejo adecuado de esta patología.

OBJETIVOS: Analizar si el uso de la penicilina G sódica es más eficaz en el tratamiento para endocarditis producidas por estreptococo que la penicilina G sódica y gentamicina.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática en las principales bases de datos como Pubmed, SCIELO. Usando terminología combinada con tesauros DeCS e incluyendo el operador booleano "AND" en la ecuación de búsqueda. Los resultados fueron cribados por rigurosos criterios de exclusión e inclusión.

RESULTADOS: Según los pacientes valorados, aquellos que fueron tratados con penicilina G sódica y gentamicina presentaron una evolución favorable en las dos primeras semanas, frente a los pacientes tratados solamente con penicilina G sódica, en cuyo caso necesitaron 4 semanas.

CONCLUSIÓN: La penicilina G sódica con Gentamicina, debido a la evidencia científica, hace de ellas un tratamiento ideal para la endocarditis por estreptococos.

PALABRAS CLAVE: ENDOCARDITIS, ESTREPTOCOCOS, PENICILINA, GENTAMICINA.

LA APLICACIÓN DE MEDICINA NUCLEAR: LA GAMMAGRAFÍA CARDÍACA

SARA SUÁREZ PALMEIRO, MARIA DEL PILAR PALMEIRO CABALLERO, EVA MARIA ALCOBA SUAREZ

INTRODUCCIÓN: El gamagrama cardíaco es un estudio de imagen no invasivo en el que se inyecta una sustancia radioactiva que llega a través de las arterias al tejido del corazón y permite ver a que tejido le llega sangre normalmente, a que tejido le llega poca sangre y que tejido esta muerto. Se realiza en dos fases, en reposo y en esfuerzo y se comparan, mediante esta comparación el medico puede saber si el tejido esta vivo, esta muerto o le llega poca sangre por una obstrucción en las arterias del corazón.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía existente acerca de la gammagrafía cardíaca con el fin de: Detectar la causa del dolor o la presión en el pecho provocados por el ejercicio. Diagnóstico de la enfermedad coronaria, determinando la existencia, localización, extensión y severidad de isquemia miocárdica e infarto de miocardio. Valoración pronóstica de la posible evaluación de la enfermedad coronaria. Identificar la enfermedad de las arterias coronarias. Ayudar a tomar decisiones para el tratamiento de una persona. Comprobar que el corazón esté recibiendo suficiente sangre después de una cirugía del corazón o de una angioplastia. Identificar una anomalía cardíaca congénita y determinar su gravedad. Estos estudios también se pueden hacer después de la cirugía para corregir una anomalía cardíaca congénita. Detectar la causa de dolor o presión inexplicables en el pecho.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en diversas bases de datos, utilizando los descriptores: infarto miocardio, medicina nuclear, gammagrafía cardíaca, salud, corazón.

RESULTADOS: 1. Preparación del radiofármaco. - El marcaje del radiofármaco, que en nuestro caso ha sido Tetrofosmina, se realiza mediante la introducción de entre 4 – 8 ml de solución de pertecnectato sódico con una actividad máxima de 7400 MBq (200 mCi) y una concentración inferior a 925 MBq/ml (25mCi/ml). Tras 15 minutos de incubación a temperatura ambiente se realiza el control de calidad. 2. Verificación del equipo. - Es conveniente, antes de comenzar, comprobar que dispondremos de todo el material necesario para la prueba. El equipo consta de: ·Equipo de reanimación cardio - respiratoria ·Esfingomanometro ·Bomba de perfusión (IVAC-7000), equipo de infusión, llave de tres pasos y solución de cloruro sódico al 0,9% y glucosa al 5%. ·Jeringas, agujas, catéteres ·Solución desinfectante yodada, algodón, guantes y esparadrapo ·Medicación: propanolol, nitroglicerina, captopril, etc... 3. Recibir al paciente. - Intentaremos aliviarle la ansiedad que con frecuencia presenta, recordándole la sistemática de la prueba y obteniendo el consentimiento por escrito. En caso de ser una mujer en edad fértil, realizamos un test de gestación. 4. Preparación del paciente. - Recogida de datos en una hoja diseñada, por el personal de Enfermería de la Unidad, para tal fin: datos de filiación del paciente, peso, TA y FC basales, tratamiento, alergias conocidas y causa que contraindico la ergometría. Ayudamos al paciente a colocarse en decúbito supino en la camilla, monitorizamos, obteniendo un ECG basal y canalizamos una vena antecubital, en cada brazo, con un catéter Abbotat nº 18 – 22. 5. Preparación del fármaco. - La preparación de la disolución de Dobutamina, se debe diluir justo antes de su administración, se realiza a razón de 250 mgr de Dobutamina que se llevaran hasta 250 ml de una solución de glucosa al 5% o bien de cloruro sódico al 0,9% para su administración a través de bomba de perfusión IVAC-7000. La velocidad de infusión y su duración será diferente para cada paciente, dependiendo del peso y respuesta del paciente. La dosis de infusión inicial es de 5 mcgr/kg/min, cada 5 minutos se aumenta el ritmo, a 10, 20, 30 y40 mcgr/kg/min, en raras ocasiones ha sido necesario llegar hasta los 40 mcgr/kg/min. En casos en que no se consigue una adecuada taquicardización se administra 0,6 mg de Atropina. 6. Administración del fármaco. - Antes de comenzar la infusión del fármaco se extrae la dosis de Tetrofosmina (en función del peso) y se mantienen preparada en una caja plomada. En presencia de un facultativo se comienza la administración de Dobutamina, invitando al paciente a que vaya comentándonos todos los síntomas que presente, con el fin de detectar cualquier efecto indeseable. Igualmente se realiza una vigilancia continua del registro ECG así como un control cada minuto de la FC y cada 5 minutos de la TA. El trazador se administra cuando se alcanza una adecuada taquicardización, continuando posteriormente durante un minuto con la infusión. 7. Efectos adversos. - La mayoría de los efectos secundarios que se producen son

leves y transitorios, sin embargo, en caso de una complicación severa habrá que suspender la administración del fármaco y tener preparados los fármacos necesarios para revertir el efecto de la Dobutamina, Propanolo i. V., O bien tratar los efectos no deseados que aparezcan. 8. Cuidados posteriores. - Una vez completada la estimulación farmacología esperamos unos minutos a que el paciente se encuentre recuperado y le indicamos que espere en la sala para inyectados durante 30-45 minutos hasta que se proceda a la adquisición del estudio gammagráfico. Por lo general, los resultados de la prueba están disponibles dentro de 1 a 3 días. La gammagrafía de perfusión cardíaca mide la cantidad de sangre en el músculo cardíaco en reposo y durante el ejercicio. Los resultados son: Normales si el marcador radiactivo se distribuye uniformemente en el músculo cardíaco. Anormales si hay zonas de absorción anormal del marcador. Esto significa que algunas zonas del músculo del corazón no están recibiendo suficiente sangre (isquemia). Esto puede significar que el corazón ha sido dañado o que hay presencia de enfermedad de las arterias coronarias

CONCLUSIÓN: Puede concluirse que el estudio con isótopos radiactivos de perfusión miocárdica ofrece una larga experiencia acumulada desde hace más de 25 años, y su valor en la EC ha sido ampliamente demostrado en extensos grupos de pacientes, además de ser la única exploración que permite valorar el estado de la perfusión miocárdica durante la realización de una prueba de esfuerzo físico. La introducción de la sincronización con el ECG de las imágenes tomográficas o gated-SPECT proporciona información funcional adicional, tanto de la función ventricular global como regional, que mejora su capacidad diagnóstica y también pronóstica, e incluso está contribuyendo a ampliar sus indicaciones.

PALABRAS CLAVE: INFARTO DE MIOCARDIO, MEDICINA NUCLEAR, GAMMAGRAFIA CARDIACA, SALUD, CORAZON.

SÍNDROME DE HIPOXEMIA CRÓNICA EN UN PACIENTE CON TETRALOGÍA DE FALLOT

RAQUEL GONZÁLEZ LÓPEZ, NOEMI GONZALEZ LOPEZ, FRANCISCO MANUEL ARBONA ROJAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 40 años remitido a la consulta de cardiopatías congénitas del adulto. Se encontraba en seguimiento desde los 21 años por su cardiólogo. Antecedentes patológicos no cardiológicos: hepatitis C, retraso mental límite. Antecedentes cardiológicos: paciente diagnosticado al nacimiento de Tetralogía de Fallot (presentaba una estenosis pulmonar a nivel valvular y subvalvular, una comunicación interventricular (CIV) a nivel subaórtico, cabalgamiento aórtico e hipertrofia de ventrículo derecho). Vida sedentaria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Presenta disnea de moderados esfuerzos y cianosis de varios años de evolución. Refiere que presenta frecuentes episodios de gingivorragia y epistaxis e infecciones respiratorias de repetición. TA 110/60, sat O2 basal 87%. Cianosis labial y acra. AC: tonos cardiacos rítmicos, soplo sistólico grado II-III/VI en foco pulmonar y borde esternal izquierdo, soplo diastólico II/VI en foco pulmonar. AP: hipoventilación basal izquierda. Abomen: hepatomegalia de 1-2 traveses de dedo, dolorosa. Reflujo hepatoyugular ++. Extremidades inferiores: trastornos tróficos cutáneos, sin edemas. Electrocardiograma: flutter auricular con respuesta ventricular media a 70 lpm. Radiografía de tórax: cardiomegalia.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de hipoxemia crónica en un paciente con tetralogía de fallot.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Síndrome de hipoxemia crónico, incremento de la concentración de hemoglobina y hematocrito.

CONCLUSIONES: La hipoxemia sería por desajuste en la ventilación/perfusión o por un cortocircuito anatómico derecha-izquierda no bien valorado hasta ahora. Consideramos que clínicamente se beneficiaría del cierre de las comunicaciones interauriculares y del recambio valvular pulmonar, pero por otro lado sería una cirugía de alto riesgo al tratarse de un paciente con varias intervenciones quirúrgicas previas con esternotomía. La paciente es dada de alta con un nuevo tratamiento. Será vista a los 3 meses por el cardiólogo para ver si la hipoxemia ha mejorado y así poder operarla.

PALABRAS CLAVE: HIPOXEMIA, DISNEA, CIANOSIS, FALLOT, CARDIOPATÍA, CONGÉNITO.

SEGURIDAD CLÍNICA EN HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA

CLAUDIA GULLON MONTAÑO, ALBA ISABEL VALERO LOPEZ, JUANA ALMANSA MÁRQUEZ

INTRODUCCIÓN: La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad asistencial. No obstante, la asistencia sanitaria implica riesgos, muchos de ellos inherentes al sistema y a los cuidados ofrecidos por los distintos profesionales de la salud. El objetivo principal de este trabajo es estimar la incidencia de eventos adversos (EAs) en pacientes quirúrgicos, diferenciando los que fueron evitables y estimando el impacto en términos de incapacidad, reingreso, muerte del paciente y/o prolongación de la estancia hospitalaria, analizando los factores asociados y los tipos más frecuentes de EAs.

OBJETIVOS: Estimar la incidencia de eventos adversos (EAs) en pacientes quirúrgicos, diferenciando los que fueron evitables y estimando el impacto en términos de incapacidad, reingreso, muerte del paciente y/o prolongación de la estancia hospitalaria, analizando los factores asociados y los tipos más frecuentes de EAs.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Embase, Cuiden, lilacs y Cochrane, estudios publicados entre el año 2.000 Y 2.013. Sólo se han considerado los estudios cuantitativos que utilizan porcentajes para expresar la incidencia y/o evitabilidad de EAs en pacientes hospitalizados en unidades quirúrgicas. Los estudios han sido analizados por el título y resumen, siendo excluidos aquellos que no reunieron los criterios de inclusión.

RESULTADOS: Se seleccionaron un total de 19 estudios para ser analizados y explicados de manera descriptiva. De manera global, la incidencia de EAs relacionados con la asistencia sanitaria oscila entre el 3% y el 27%, considerándose evitables aproximadamente el 50% de todos ellos. Los tipos de EAs más frecuentes fueron las infecciones de herida quirúrgica, seguido de los problemas relacionados con el sangrado y la hemorragia del sitio quirúrgico, las úlceras por presión, los efectos secundarios a fármacos y los relacionados con el retraso en el diagnóstico.

CONCLUSIÓN: El mal estado de salud, la edad, el tamaño del hospital, y el incremento de la estancia hospitalaria son factores de riesgo para la génesis de EAs, siendo el área quirúrgica más susceptible a que se desencadenen. Aunque existen diferencias entre los porcentajes de los estudios, estos se deben a diversos motivos como puede ser la edad media de los pacientes estudiados. Por otra parte los EA, en mayor o menor medida, prolongaron la hospitalización unos 10,4 días de media.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD DEL PACIENTE, EVENTO ADVERSO, ERROR, INDIDENCIA.

CUIDADO EN EL PACIENTE FRÁGIL: PREVENCIÓN DE INTOXICACIÓN POR DIGITÁLICOS

ISABEL MARÍA IRANZO DE HARO, JOSÉ DANIEL QUIRÓS HIGUERAS, TOMAS LOPEZ FERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: MOTIVO DE CONSULTA: Dolor abdominal y vómitos
ANTECEDENTES PERSONALES: HTA, fibrilación auricular. En tratamiento con sintrom, ramipril 5mg, digoxina 0,25mg un comprimido de lunes a viernes, carvedilol 25mg cada 12h. La paciente es viuda y sus hijos no viven en el mismo domicilio. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Paciente de 85 años que acude por dolor abdominal en hipocondrio derecho asociado a vómitos desde hace 2 días. No fiebre, debilidad generalizada, no alteración del hábito intestinal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: EXPLORACIÓN: TA: 165/99 Tº 36,3ºC. AC: tonos rítmicos con soplo mesotóxico en foco aórtico. AR: murmullo vesicular conservado sin ruidos asociados. Extremidades: no edemas. Abdomen: doloroso a la palpación en hipcondrio derecho, Murphy negativo, ruidos aéreos conservados. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Análítica de sangre: glucosa 170, urea 113, creatinina 2,4 Na 139, perfil digestivo dentro de la normalidad, pcr 6,2 hb 15,5. Leucocitos 10,600 (79%N). Digoxinemia: 7,12ng/ml. ECG: Fa a 49 lpm.

JUICIO CLÍNICO: Intoxicación digitálica secundaria a insuficiencia renal aguda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Colecistitis. Pancreatitis. Cólico renoureteral.

CONCLUSIONES: El papel del equipo sanitario ante un paciente frágil es de vital importancia. Un seguimiento y control de constantes así como frecuencia cardiaca y tensión servirá de prevención de posibles complicaciones futuras. Explicaremos signos de alarma por los cual avisar ya que estos pueden llevar a una descompensación, como en el caso de esta paciente. Instruir en la toma correcta de la medicación habitual y de su dosis óptima es un aspecto indispensable a tener en cuenta ya que los olvidos o la toma inadecuada pueden producir efectos secundarios graves.

PALABRAS CLAVE: DIGOXINA, PREVENCIÓN, CUIDADOS, FRÁGIL.

A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE CON HIPERTIROIDISMO

MONICA COLL GONZALEZ, ROSA GUARDIA BOSCH, ANA TOMASETTI MARIN, CLAUDIA SANCHEZ ALCAIDE, CLAUDIA SANCIVELI MAGRANS, FRANCISCO JAVIER MORENO SANCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 49 años que acude a urgencias por 5 descargas de DAI provocándole una taquicardia de 145 latidos por minuto. No alergias conocidas. Antecedentes patológicos: Prostatitis crónica, HBP de grado III, Artrosis de rodillas , Ansiedad, Orquiepididimitis. Miocardiopatía dilatada no isquémica, AC X FA (flutter), Hipertiroidismo primario. Tt: Tirodril. Cst: Ta 101/64 mmHg, Fc 145 x, Fr 20 ,Sat 99% en basal, Tº 37,6. Paciente consciente y orientado en las 3 esferas. No focalidad neurología aparente. AR: MVC sin sonidos sobre agregados. AC: Rítmico , sin soplos. No signos de fallo cardíaco actualmente. ABD: Blando y depresible, no presenta dolor.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: AS: Glucosa 149 mg/dl, Urea 40 mg/dl, Creatinina 0,72 mg/dl, Sodio 140mg/dl, Potasio 4,0 mmol/l, Color 106 mmol/l, Proteína C reactiva 1,16 mg/dl, Hemoglobina 13,4 g/dl, Hematocrito 39% VCM 85,9 fl, HCM 29,5 pg, CHCM 34,4 g/dl, Leucocitos 9,12 x 10, Neutrofilos 73,8 %, Linfocitos 10,2%, Monocitos 11,3%, Eosinofilos 4,2% Basofilos 0,5%, Plaquetas 282 x 10, Tiempo de Protombina 2,40 T. Tromboplastica Parcial activa 1.20Troponina T < 14 ng/l. THS 0,02 mcro/ mml.

JUICIO CLÍNICO: Tras los resultados obtenidos y los antecedentes patológicos del paciente, se confirma juicio clínico de taquicardia producida por hipertiroidismo primario. **PLAN DE CUIDADOS:** Se deja al paciente ingresado con monitorización continua, STP, dieta absoluta, tratamiento habitual e interconsulta con cardiología.

CONCLUSIONES: El hipertiroidismo es la hiperactividad de la la glándula tiroidea. El hipertiroidismo primario puede provocar en los paciente palpitaciones, taquicardia, HTA, extrasistoles, fibrilación auricular, insuficiencia mitral, prolapso de la válvula mitral.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD, GLÁNDULA TIROIDEAS, HIPERTIROIDISMO, SECUNDARIO.

DIAGNÓSTICO PRECOZ EN EL SCACEST IAM ANTERIOR KILLIP I: A PROPÓSITO DE UN CASO

ALBA BERMUDEZ SANCHEZ, MARTA NARVÁEZ PÉREZ, CARMEN NURIA TOME DOMINGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 75 años acude a Urgencias por sentir un fuerte dolor precordial mientras se encontraba regando las plantas que tiene en el jardín de una hora de evolución. Refiere que es hipertenso, tiene colesterinemia y fuma alrededor de 20 cigarros al día.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Durante la anamnesis el paciente se encuentra consciente y orientado en espacio-tiempo y colaborador. Está bien perfundido e hidratado. Sus constantes a la llegada son de: T/A: 165/88 satO₂: 98% y 78lpm. Auscultación pulmonar: buena ventilación bilateral. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos. No ingurgitación yugular. Abdomen: blando, depresible sin megalias. Extremidades con pulsos conservados y sin edemas. Se realiza analítica con enzimas cardíacas que está dentro de los límites normales. Se realiza un ECG y se observa SCACEST IAM anterior de Killip I.

JUICIO CLÍNICO: SCACEST IAM anterior de Killip I. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** SCASEST.

CONCLUSIONES: El patrón electrocardiográfico de lesión aparece cuando existe una despolarización diastólica evidente debido a una importante reducción del aporte sanguíneo u otras causas no isquémicas. Ello conduce a la formación de un potencial de acción transmembrana «defectuoso» que se expresa en el ECG mediante una desviación del segmento ST. En los pacientes con síndrome coronario agudo, el patrón de elevación de ST se asocia a la rotura o fisura de una placa aterosclerótica inestable, con oclusión aguda trombótica de una arteria epicárdica en un paciente sin isquemia previa. En este caso al paciente se le realizó la fibrinólisis con éxito y se le trasladó para la realización de una coronariografía.

PALABRAS CLAVE: SCACEST, IAM, KILLIP, ECG.

CORRECTO MANEJO DE LA PULSERA DE COMPRESIÓN NEUMÁTICA TRAS CATETERISMO RADIAL

ANA LÓPEZ LORENTE, MARÍA PILAR LÓPEZ ESTEBAN, NATALIA MARTÍN BARRERA

INTRODUCCIÓN: Las pruebas de cateterismo por vía radial están aumentando. Para la compresión del punto de punción, se utiliza, pulsera de compresión neumática, que pueden generar complicaciones con su mal uso.

OBJETIVOS: Determinar el correcto manejo de la pulsera de compresión radial.

METODOLOGÍA: Se realiza búsqueda bibliográfica en Dialnet y Lilacs. Los descriptores utilizados han sido Cateterismo, Aparatos de Compresión Neumática Intermitente, cuidados de enfermería y hemorragia. Los criterios de inclusión son artículos del 2012 en adelante. Los criterios de exclusión son títulos que no se ajusten al tema de estudio.

RESULTADOS: El cateterismo por vía radial se realiza tanto para tratamiento como para realizar diagnósticos. Debido a las complicaciones por hemorragia por la mala compresión, enfermería tiene que vigilar la compresión y los signos y síntomas que vaya mostrando el paciente, para evitar complicaciones. Para la compresión se usa la pulsera de compresión neumática, ya que según distintos artículos, es más efectiva que otros vendajes ya en desuso, y permite visualización del punto de punción y descompresión progresiva. En el correcto manejo de la pulsera de compresión, se comienza a las 4 horas del cateterismo con una descompresión de 2cc, seguida de 1cc cada hora hasta el vaciado total de la pulsera. En caso de que se produjera hemorragia en alguna de las descompresiones, volver a introducir la cantidad sacada, vigilar y volver a intentar en una hora. Hay que controlar FC y TA del paciente, para comprobar estabilidad.

CONCLUSIÓN: Correcta descompresión de la pulsera neumática, controlando signos vitales del paciente y actuando rápidamente si signos de hemorragia.

PALABRAS CLAVE: CATETERISMO, APARATOS DE COMPRESIÓN NEUMÁTICA INTERMITENTE, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, HEMORRAGIA.

CORONARIOGRAFÍA: FUNCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

ERNESTO FERNANDEZ IGLESIAS, MARINA DE LA PEÑA PONCE ALVAREZ, MARIA DE SETEFILLA NUÑEZ GUERRERO

INTRODUCCIÓN: La angioplastia coronaria es un procedimiento invasivo que permite acceder a las arterias coronarias que han sido obstruidas por placas de ateroma, causando una estrechez, y por lo tanto, una disminución del riego sanguíneo al músculo cardíaco causando una angina, para desobstruirlas y restablecer el aporte sanguíneo.

OBJETIVOS: Analizar la técnica de la angioplastia coronaria y preparación del paciente.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicos, utilizando las palabras clave: coronariografía, stent, arteria radial, enfermería.

RESULTADOS: La angioplastia es el tratamiento de elección para el paciente que ha sufrido un infarto. Puede realizarse de urgencia o de forma programada. El acceso a las arterias coronarias, se realizará preferiblemente por la radial derecha o en su defecto por la femoral derecha. Previamente se infiltra la piel con anestésico local. La angioplastia coronaria permite mediante la punción radial, guiar un catéter a las arterias coronarias para desobstruirlas. Esta restitución del flujo sanguíneo puede hacerse bien con un balón, que se consigue guiando el dispositivo hasta la zona afectada e inflándolo, liberando el vaso sanguíneo; o bien mediante un stent, que es una prótesis a modo de malla endovascular que permite restablecer la luz del vaso.

CONCLUSIÓN: La angioplastia coronaria es una técnica que permite restablecer el flujo sanguíneo al músculo cardíaco en pacientes que han sufrido un infarto, bien mediante el uso de un balón dilatador, bien mediante la colocación de prótesis vasculares (stents). Esta técnica debe de acompañarse de una modificación de los hábitos de vida del paciente (dieta, dejar de fumar, ejercicio físico, etc.).

PALABRAS CLAVE: CORONARIOGRAFÍA, STENT, ARTERIA RADIAL, ENFERMERÍA.

CÓMO ACTUAR ANTE UN FLUTTER AURICULAR

ALBA BERMUDEZ SANCHEZ, CARMEN NURIA TOME DOMINGUEZ, MARTA NARVÁEZ PÉREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 65 años, que llega a servicio de urgencias y refiere palpitations y mareos constantes desde la noche anterior. Comenta que padece de HTA, obesidad tipo II e hipercolesterolemia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Las constantes son: TA: 125/68; Glucosa post-pandrial: 135 mgr/dl; 128 lpm; SatO₂: 93%. Se le realiza una radiografía de tórax AP sin presentar alteraciones de interés. Se le realiza ECG con alteraciones patológicas.

JUICIO CLÍNICO: Flutter auricular. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ansiedad, taquicardia ventricular.

CONCLUSIONES: El término flúter designa un patrón electrocardiográfico de taquicardia auricular ≥ 240/min, en forma de ondulación continua, uniforme y regular, frente a las ondas P separadas por líneas isoeletricas, características de la taquicardia auricular, con una frecuencia < 240/min. Es una arritmia que prevalece más en la población mayor de 55 años, predominando el género masculino. Suele darse en pacientes con factores predisponentes, que suelen ser enfermedades cardíacas, HTA, obesidad, hipertiroidismo, enfermedad pulmonar, etc. Las relaciones entre flúter y fibrilación auricular son complejas. Es frecuente que ambas arritmias ocurran en diversos momentos en el mismo paciente y los estudios epidemiológicos muestran una tendencia a que los pacientes que inicialmente presentan sólo flúter desarrollen fibrilación al cabo de los años. Por parte de enfermería deberemos llevar un control exhaustivo de constantes vitales, así como control para evaluar retención de líquidos por posible fallo cardíaco.

PALABRAS CLAVE: FLUTTER, AURICULAR, ECG, SALUD, ENFERMERÍA.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS Y ENFERMERÍA

MARIA JOSÉ MOLES NAVAS, INMACULADA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, SILVIA CANO BURGOS

INTRODUCCIÓN: La implantación del generador de impulsos eléctricos (marcapasos), se utiliza para restaurar la normalidad hemodinámica comprometida por bradiarritmias o taquiarritmias mejorando el gasto cardíaco. Se utiliza en pacientes que tienen alguna alteración en el ritmo cardíaco, insuficiencia cardíaca, enfermedad del nodo sinusal y bloqueos de rama.

OBJETIVOS: Identificar los cuidados del paciente portador de marcapasos sobre sus cuidados y recomendaciones.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática de guías de práctica clínica, artículos científicos en español e inglés, publicaciones relacionadas con el tema, y consultando en bases de datos como Pubmed, Scielo, Cochrane, Medline, The Cochrane Library Plus y, también se han consultado páginas de Internet utilizando el buscador Google. No se hicieron restricciones respecto al tipo de estudio ni fecha de publicación. Fecha de la consulta: mayo-septiembre de 2017

RESULTADOS: La estimulación a través del marcapasos es una intervención terapéutica muy habitual realizada en unidades coronarias o servicios de UCI en el tratamiento de los trastornos de conducción y del ritmo cardíaco. La implantación de un plan de cuidados estandarizado asegura una adecuada atención aumentando la calidad de los cuidados enfermeros.

CONCLUSIÓN: A través de la implantación de marcapasos se aumenta la calidad de vida de los pacientes. El personal de enfermería es el encargado de dar una información sobre los cuidados que requiere un marcapasos. Una buena educación para la salud es fundamental para el buen funcionamiento del marcapasos.

PALABRAS CLAVE: MARCAPASOS, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, PROCEDIMIENTOS.

CATETERISMO CARDÍACO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARIA JOSÉ MOLES NAVAS, INMACULADA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, SILVIA CANO BURGOS

INTRODUCCIÓN: El cateterismo cardíaco es un procedimiento complejo e invasivo, siendo su finalidad diagnóstica y/o terapéutica. Su procedimiento consiste en la introducción de un catéter en el sistema vascular a través de arteria femoral o arteria radial, avanzando hasta las estructuras cardíacas e incluso penetrando en sus cavidades si es preciso. Se realiza en una sala de hemodinámica, siendo un procedimiento quirúrgico.

OBJETIVOS: Identificar los cuidados de enfermería al paciente intervenido de cateterismo cardíaco. Determinar medidas para la creación de un protocolo de actuación dirigido a los profesionales de enfermería, identificando riesgos y complicaciones de la intervención.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática de guías de práctica clínica, artículos científicos en español e inglés, publicaciones relacionadas con el tema, y consultando en bases de datos como Pubmed, Scielo, Cochrane, Medline, The Cochranre Library Plus y, también se han consultado páginas de Internet utilizando el buscador Google. No se hicieron restricciones respecto al tipo de estudio ni fecha de publicación. Fecha de la consulta: mayo-septiembre de 2017.

RESULTADOS: La búsqueda realizada evidencia la carencia de protocolos de actuación en gran parte de los servicios y de los centros remitentes, dejando evidencia que es necesario la creación de estos, para una intervención enfermera de calidad.

CONCLUSIÓN: El conocimiento de las actuaciones a seguir tras el cateterismo cardíaco por parte del personal de enfermería hace que exista una mejor calidad asistencial y evita posibles riesgos relacionados con la intervención. Debido a que es un procedimiento frecuente en las unidades de hospitalización debería existir un protocolo de actuación consensuado por los centros de referencia y las unidades de cateterismo para evitar errores y mejorar la calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE: CATETERISMO, CUIDADOS, PROTOCOLO, PACIENTE.

COMO ES LA ACTIVIDAD SEXUAL EN PACIENTES CON CARDIOPATÍAS ISQUÉMICAS

ALICIA MARTIN PEREZ, ALICIA RODRIGUEZ PEREZ, MARIA DEL MAR CASAS GARCIA

INTRODUCCIÓN: En estos pacientes la actividad sexual se ve alterada por una serie de factores; psicológicos, físicos, iatrogénicos, tras la aparición de una cardiopatía isquémica

OBJETIVOS: Analizar e identificar los distintos problemas sexuales que pueden presentar los enfermos con cardiopatía isquémica y darles las recomendaciones necesarias para mejorar su actividad sexual.

METODOLOGÍA: Revisión Bibliográfica: se ha buscado información en las siguientes bases de datos: GOOGLE ACADÉMICO, PUBMED, DIALNET, donde se han usado los siguientes Descriptores: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SEXUAL, IATROGÉNICOS.

RESULTADOS: La disfunción eréctil es un problema muy normal en los pacientes con cardiopatías, con una incidencia del 20-45%, aunque la gran mayoría no recibe la educación sexual necesaria para su enfermedad además de desconocer las modificaciones sexuales que presentan los fármacos más utilizados en esta enfermedad, padeciendo miedos por la posible reagudización de la cardiopatía durante el acto sexual. Estos pacientes deben de conocer que se les puede modificar su tratamiento médico, conocer los efectos secundarios de estos. El acto sexual requiere un esfuerzo físico que equivale a subir dos pisos por ello hay que realizar una rehabilitación cardiaca para obtener esa fuerza, dialogar con su pareja sexual de esa enfermedad, disponer de nitroglicerina sublingual conocer su uso y efectos, resolver dudas haciéndolo una visita a su médico, introducir fármacos estimulantes bajo prescripción médica.

CONCLUSIÓN: Tras el alta hospitalaria es necesario que a los pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica reciban una buena educación sanitaria con respecto a su sexualidad para mejorar su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: SEXUAL, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, IATROGÉNICOS, EDUCACIÓN SANITARIA.

DESCOMPENSACIÓN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

MIRIAM RONDÓN VEGA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 70 años, viudo desde hace 6 meses, vive solo, tiene 2 hijas que viven en el extranjero, antecedentes de HTA, Diabetes Mellitus tipo 2, ex fumador de un paquete de cigarrillos diarios, bebedor ocasional. Paciente con dos ingresos hospitalarios por mal cumplimiento del régimen terapéutico en los últimos 2 meses. Presenta desde hace 3 días un aumento de 4 kg.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Aumento de 4 kg en 3 días de evolución, edemas en MMII y zona abdominal, sensación de ahogo. No realiza bien la dieta recomendada desde el fallecimiento de su mujer. No realiza ejercicio físico regular ni toma adecuadamente la medicación ya que era su mujer quién se ocupaba de ello. Presenta bajo apoyo social. Se le realiza analítica, ECG, Rx de tórax, control de peso y glucemia.

JUICIO CLÍNICO: Descompensación de Insuficiencia cardíaca. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** IAM, neumonía, neumotórax, insuficiencia renal, exacerbación de una enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

PLAN DE CUIDADOS: Tras realizar las pruebas y tratamiento oportuno se cita para consulta de enfermería donde se realiza educación sanitaria en cuanto a dieta, ejercicio físico y medicación. A este tipo de pacientes normalmente se les explica que si en 2-3 días notan una subida de peso de 2kg o más deben iniciar tratamiento con furosemida, explicación que se le da tanto verbalmente como en papel. Se pone en conocimiento de trabajadora social y psicóloga con el fin de incluirlo en un grupo de rehabilitación cardíaca.

CONCLUSIONES: Tras acudir a varias citas de consulta de enfermería de IC y tras 2 meses de inicio de la rehabilitación, el paciente cumple con su régimen terapéutico y se encuentra más animado para seguir con sus obligaciones.

PALABRAS CLAVE: DESCOMPENSACIÓN, ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, REHABILITACIÓN, INSUFICIENCIA CARDÍACA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA POSTQUIRÚRGICOS DE PACIENTE INTERVENIDO DE UNA ABLACIÓN CARDÍACA POR VÍA ACCESORIA

ALFONSO JAVIER JIMÉNEZ MARTÍNEZ, PABLO REINALDOS LOPEZ, MARIA DE LOS ANGELES MAZON PEREZ, ERIKA MESONES BARDECIO, ANA BELÉN ROCA LOZOYA, BÁRBARA SATORRES RAMIS, MARTA VALERA BERNAL, MARIA GENOVEVA ALEMAN ZAPATA, GRETTEL CHIL PÉREZ, ROBERTO CÓRDOBA OTERO, ÁFRICA GARCÍA BALLESTER, ROCIO GARCIA CAPITAN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: BGA paciente de 23 años que ingresa en la unidad de reanimación tras ser intervenido por ablación cardíaca de una vía accesoria. Sin antecedentes quirúrgicos. No AMC. Antecedentes personales: Hipercolesterolemia en tratamiento con Simvastatina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 110/60mmHg, SatO₂: 99%, FC: 60lpm. Apósito compresivo de la zona de punción limpio. Realiza micción espontánea en recuperación. No Náuseas. ECG: normal. QRS estrecho sin apreciación de onda delta, PR de 120 ms, sin trastornos de la repolarización.

JUICIO CLÍNICO: (00004): Riesgo de infección r/c intervención quirúrgica. (00087): Riesgo de lesión perioperatoria r/c inmovilización. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Taquiarritmia ortodrómica no sostenida mediada por vía accesoria abierta medioseptal derecha.

CONCLUSIONES: Tras llegar a la unidad la enfermera monitoriza los signos vitales. Se descarta si hay hemorragia en el apósito, se le pregunta si tiene ganas de orinar y si mueve los miembros inferiores o siente. Posteriormente se le informa al paciente de los cuidados que debe tener para mejorar la recuperación y evitar complicaciones de sangrado e infección: - En las horas siguientes al procedimiento: no puede movilizar la pierna donde se ha realizado la punción durante 6 horas ya que la punción es venosa. Después se permitirá el movimiento en cama, evitando esfuerzos bruscos. Iniciará la deambulacion pasadas 12 horas, previa retirada del vendaje compresivo y examen de la zona de punción inguinal. - Si notara dolor intenso en la ingle o sensación de sangrado, deberá avisar a la enfermera para la revisión de la zona. - Deberá mantenerse en ayuna de 3 a 6 horas por la anestesia general utilizada. - Informar al paciente y familia sobre los signos y síntomas de la infección: enrojecimiento, calor y edema. Sistemáticamente la enfermera comprueba pulsos pedios del miembro donde ha sufrido la punción y comprueba el apósito para asegurarse que no haya sufrido sangrado. Previo al alta a planta le realiza un ECG.

PALABRAS CLAVE: ABLACIÓN, VÍA ACCESORIA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, TAQUICARDIA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA POSTCATETERISMO CARDÍACO

NOELIA GARCIA MEDINA, VERONICA GOMEZ ALVAREZ

INTRODUCCIÓN: Hoy día la enfermedad coronaria es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, lo que ha llevado al desarrollo de numerosas estrategias de diagnóstico y tratamiento, entre las que se encuentra el cateterismo cardíaco. La labor de enfermería es crucial en el manejo del paciente postcateterismo, tanto en los cuidados que debe llevar a cabo tras la prueba, como en la educación al paciente.

OBJETIVOS: Analizar los cuidados al paciente tras la realización de un cateterismo cardíaco por vía radial.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diversas bases de datos. Para ello se utilizaron los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS): cateterismo cardíaco, cuidados postcateterismo, actuación enfermera. Se han consultado también los protocolos realizados por la Unidad de Hemodinámica y cardiología de diversos hospitales.

RESULTADOS: Tras la realización del cateterismo cardíaco se debe: Vigilar la zona de punción, TA, FC y pulso distal cada hora, durante las 2 primeras horas; Vigilar la coloración, temperatura de la mano y movilidad de los dedos; Es importante que el paciente no flexione ni movilice la extremidad; Retirar el apósito radial después de 1h de la llegada a la unidad, colocando un apósito menos compresivo; Si no hay complicaciones y el paciente esta estable puede ser dado de alta al domicilio transcurrida 2h desde la prueba; Brazo en cabestrillo hasta el día siguiente; A las 24h se retirara el cabestrillo y el apósito colocando una tirita.

CONCLUSIÓN: Debido a que es una prueba que se realiza cada vez con mayor asiduidad es imprescindible que los profesionales de enfermería sepan cuáles son y como llevar a cabo los cuidados al paciente postcateterismo. Así mismo, realizar una labor docente con el paciente para que realice los cuidados correctamente una vez sea dado de alta al domicilio.

PALABRAS CLAVE: ACTUACIÓN ENFERMERÍA, APÓSITO COMPRESIVO, CUIDADOS POSTCATETERISMO, CATETERISMO CARDÍACO.

ACTUACIÓN ENFERMERA EN LA FIBRILACIÓN VENTRICULAR EN LA SALA DE HEMODINÁMICA

FRANCISCO JAVIER LANDERO GARCÍA , GINESA LÓPEZ TORRES, INMACULADA ALVAREZ RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 78a, HTA, DLP, DM, que acude a angioplastia primaria por SCACEST anterior de 1 hora de evolución. En el procedimiento presenta arteria descendente anterior ocluida. Al momento de la apertura de la arteria presenta parada cardiorespiratoria con episodio de fibrilación ventricular que se observa en los monitores por lo que se inicia maniobras de RCP y se da choque de desfibrilación a 200J desfibrilación eléctrica. Saliendo en ritmo sinusal a 50 lpm, SatO₂:86%, necesitando medidas de soporte respiratorio, con mascarilla de alto flujo; tras el cateterismo se traslada el paciente a la UCI.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 80/40 mmhg FC: 174 lpm. Paciente inestable, SatO₂:86%. NH y NP. AC: rítmica sin soplos. AP: MVC sin agregados. Abdomen: blando depresible no doloroso. Miembros: sin edemas, pulsos presentes. Analítica: Hb: 16,2 gr/dl Leuc: 8450 Pq: 123000 Creat: 0,91 Glu: 115 g/dl Urea: 42. ECG: RS a 70 l/m, QRS estrecho con elevación de ST de V2-4.

JUICIO CLÍNICO: SCACEST anterior. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** FV en el contexto de SCACEST anterior con desfibrilación exitosa.

CONCLUSIONES: La parada cardiorespiratoria con fibrilación ventricular es una complicación muy frecuente del infarto de miocardio agudo con elevación de ST, y además más frecuente durante el procedimiento de primaria. Enfermería debe estar preparada para identificar las distintas arritmias en un ECG y en caso necesario iniciar maniobras de reanimación avanzada durante el procedimiento, y posteriormente realizar cuidados específicos para incrementar la supervivencia y disminuir posibles efectos neurológicos.

PALABRAS CLAVE: FIBRILACIÓN VENTRICULAR, DESFIBRILACIÓN, PARADA CARDIORRESPIRATORIA, ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

PAPEL DEL PERSONAL SANITARIO EN LA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA

FRANCISCO JAVIER LANDERO GARCÍA , GINESA LÓPEZ TORRES, INMACULADA ALVAREZ RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 52 años, sin factores de riesgo cardiovascular. En estudio de disnea se realiza ecocardiografía transtorácica encontrándose insuficiencia mitral severa por lo que se decide hacer ecocardiografía transesofágica para completar estudio. Se monitoriza a la paciente con tensión arterial y saturación de oxígeno, y electrografía de 3 derivaciones. Se toma vía venosa periférica y se coloca decúbito lateral izquierdo. Se seda a la paciente con midazolam y propofol y el cardiólogo introduce la sonda de ecocardiografía transesofágica 20 cm por el esófago. Tras registrar las imágenes significativas retira la sonda. Se mantiene a la paciente en observación, con soporte ventilatorio y monitorización. Tras 2 horas sin incidencias y se da de alta.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 130/70 mmhg FC: 110 lpm. Paciente en buenas condiciones generales, SatO₂:97%. Normo hidratada y Normo Perfundida. AC: rítmica con soplo sistólico IV/VI. AP: MVC sin agregados. Abdomen: blando depresible no doloroso. Miembros: sin edemas pretibiales, pulsos presentes. Analítica: Hb: 12,2 gr/dl Leuc: 6470 Pq: 123000 Creat: 1,1 Glu: 95 g/dl Urea:62 ECG: RS a 110 l/m, QRS estrecho sin alteraciones de la repolarización.

JUICIO CLÍNICO: Ecocardiografía transesofágica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Insuficiencia mitral severa.

CONCLUSIONES: La ecocardiografía transesofágica es una técnica que se usa frecuentemente en cardiología para el diagnóstico de enfermedad valvular. Ya que es un proceso invasivo es importante el papel de enfermería en tanto a la aplicación de los fármacos, la vigilancia de la monitorización de constantes vitales y, la colocación del paciente en una posición adecuada.

PALABRAS CLAVE: EDEMA AGUDO DE PULMÓN, TRANSESOFÁGICO, ECOCARDIOGRAFÍA, INSUFICIENCIA CARDÍACA.

ATENCIÓN ENFERMERA A PACIENTE PEDIÁTRICO CON TROMBOCITOPENIA

MARIA DEL CARMEN MARTINEZ SABIO, EVA GARCÍA JIMÉNEZ, LAURA GALVEZ HERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente pediátrico varón, de 14 años de edad, que acude a Urgencias por presentar hematomas de grandes dimensiones y de aspecto muy oscuro en varias partes del cuerpo (concentrados en miembros inferiores), refiere que se dio varios golpes jugando al fútbol en la escuela. A nivel médico no figuran antecedentes significativos, mantiene correctamente calendario vacunal, padres sanos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se le toman las constantes, estando dentro de la normalidad, se realiza analítica de sangre en la cual se detecta importante descenso del nivel de plaquetas, estando éstas en 2000. Se realiza radiografía y resonancia magnética de las zonas afectadas para descartar lesiones internas, ambas pruebas de resultado negativo.

JUICIO CLÍNICO: Trombocitopenia adquirida por trastorno hipoproliferativo no neoplásico de células madre de etiología desconocida. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Es necesario diferenciar los síntomas observados en el paciente de otras patologías de similar manifestación como trombocitopenia por aumento del consumo o por destrucción de las plaquetas, trombocitopenia por secuestro de plaquetas o por hemodilución.

PLAN DE CUIDADOS: Riesgo de sangrado r/c trombocitopenia, NOC control del riesgo, NIC enseñanza del proceso de enfermedad y potenciación de la seguridad.

CONCLUSIONES: La trombocitopenia se presenta por falta de producción de las plaquetas o por aumento en la destrucción de las mismas; puede ser selectiva (no afectar a otras líneas hematopoyéticas) o formar parte de un contexto de depresión medular más generalizado. En cuanto a los trastornos cualitativos, éstos podrán adquirirse, la causa más común es la debida al uso de antiinflamatorios no esteroides (AINE) o ser hereditarios. El tratamiento consiste fundamentalmente en fomentar la maduración de los progenitores de las plaquetas, aunque es esencial conocer la etiología de esta afectación.

PALABRAS CLAVE: TROMBOCITOPENIA, PLAQUETAS, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

MARIA LOURDES VIDAL DE TORRES LINARES, LUZ MARINA CASTILLO BARBERO, ANTONIO PASCUAL RODRIGUEZ ALMORIN

INTRODUCCIÓN: La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a su cuerpo. Hipertensión es un término que se utiliza para describir la presión arterial alta.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo como enfermeros, es instruir a la población sobre el peligro de tensión arterial elevada. Sus riesgos y sus consecuencias. Debemos aconsejar que el consumo de alimentos saludables y ejercicio físico moderado ayudarán a equilibrar su tensión arterial.

METODOLOGÍA: Para recopilar los datos utilizaremos como método una encuesta, a través de un cuestionario con preguntas cerradas, como instrumento. Se repartirá entre diez usuarios de los distintos centros de salud de la zona. Elaboramos una lista de enfermedades provocadas por el aumento de la TA. Explicamos mediante viñetas e historietas qué le ocurre a una persona si no modera su alimentación, su consumo de sal y no realiza ejercicio físico moderadamente. Se instruyó a la población sobre cómo comer saludablemente, qué tipo de ejercicio podrían hacer y cuándo realizarse tomas de tensión. Se les volvió a citar a la semana en el centro de salud y se le volvió a pasar la encuesta.

RESULTADOS: Tras haber repartido las encuestas a los usuarios, e impartir el curso sobre cómo comer saludablemente y realizar ejercicio físico, se vio una mejora en los participantes, se volvieron a controlar sus tensiones arteriales y en 6 de 10, ésta había bajado por debajo de 140/90mm/hg. Vimos cómo los usuarios contestaron mejor a las preguntas y estaban más concienciados.

CONCLUSIÓN: La educación para la salud es fundamental para instruir al ciudadano. Concienciar a los usuarios sobre tener una vida cardiosaludable, alimentación sana y deporte moderado. Conocer al médico de atención primaria, y al enfermero de referencia junto con sus actuaciones es fundamental cualquier duda que pueda tener el paciente y así se controlará más su tensión arterial.

PALABRAS CLAVE: ALIMENTACIÓN, DEPORTE, ARTERIAS, NIVEL DE PRESIÓN.

CAÍDA ACCIDENTAL DE HOMBRE DE 80 AÑOS

JUAN JOSE MUÑOZ BERNAL, JESICA BERNAL CASTRO , VANESA GARCÍA RUIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 80 años que acude a urgencia de madrugada por caída accidental por mareos y disnea tras caída, con leve sudoración y sensación de calor interno anormal en el cuerpo (distérmina) con evolución de varios días. Paciente que presenta historia clínica de ictus isquémico hace varios años sin secuelas, cuadros ocasionales de mareos y vértigos, dislipemia, insomnio por fallecimiento de su mujer hace 5 meses. Paciente refiere que vive solo ya que es independiente para las AVD. Tratamiento de su MAP: AAS, simvastatina, omeprazol, sulpirida y lormetazepam.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente que es seguido por su MAP por cifras tensionales elevadas, pautando la toma de tensión diaria durante una semana (pendiente analítica y EKG). A su llegada se le toma TA de 139/87 mmHg, Tª 38ºC, Glucemia de 95, SatO2 de 85% bien tolerada (se le administra O2 a 2L y aumenta SatO2 93%). A la auscultación cardiorespiratoria se le detecta roncus finos en base derecha, sin soplos, abdomen y extremidades inferiores sin alteraciones. Analítica: hemograma con leucocitosis 18,3 /mm³ (neutrofilos 9500/mm³), hemoglobina: 13,5, htco 40,1, PCR 50, Troponinas 5,45 (curva seriada: 6,78 y 8,13). EKG: ritmo sinusal a 90 lpm, descenso del S-T. Rx de Tórax : enfermedad de dos vasos con dos lesiones extensas en arteria descendente anterior media y distal, una oclusión crónica en la coronaria derecha.

JUICIO CLÍNICO: SCASEST y Neumonía. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Enfermedad neurológica, vértigo paroxístico, hipogluceemia, sincope vasovagal, infecciones.

PLAN DE CUIDADOS: Derivación a Cardialgia para cateterismo para implantarle dos Stents farmacoactivos y antibioterapia IV y recomendamos asistencia diaria de profesional o residencia.

CONCLUSIONES: El amplio espectro de enfermedades que pueden cursar con mareos hace casi obligatoria una anamnesis mas amplia que ayuden al correcto diagnostico y no pasen desapercibidas las patologías con alto indice de mortalidad.

PALABRAS CLAVE: ADULTO, MAREOS, IAM, HIPERTENSIÓN.

PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASOS

AURORA ALGUACIL CABALLERO, ARANZAZU MARTIN VILLENA, MARIA ISABEL VILLODRES NAVAS

INTRODUCCIÓN: Un marcapasos es un sistema artificial de estimulación cardíaca, cuyo objetivo es lograr que el corazón vuelva a latir lo más parecido posible al de una persona sana.

OBJETIVOS: Determinar las recomendaciones y las precauciones que debe establecer un paciente con marcapasos.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática de guías de práctica clínica, artículos científicos, publicaciones relacionadas con el tema, y consultando en bases de datos como PubMed, Index, Cochrane; usando como descriptores: marcapasos, cuidados, recomendaciones y vida diaria.

RESULTADOS: En relación al paciente con marcapasos no hay problema para practicar deporte, evitando con movimientos bruscos del brazo. Evitar aquellos en los que se puedan recibir golpes. Puede Utilizar cualquier medio de transporte, tomar el sol, evitando exponer el marcapasos durante muchas horas, mantener relaciones sexuales, embarazo y parto. No afecta al tipo de dieta, ni a los medicamentos más habituales. Realizar casi todo tipo de pruebas hospitalarias, a excepción de la diatermia y el PET. La RMN está contraindicada, aunque hay modelos de marcapasos que la soportan. En las precauciones que debe establecer el paciente con marcapasos están llevar ropa apretada sobre el marcapasos (incluyendo las correas de mochilas), no manipular aparatos eléctricos conectados a la corriente general, distancia de seguridad de 30 cm en las cocinas de inducción, utilizar el móvil y llevarlo siempre en el lado contrario al que se tiene el marcapasos, no pararse ni apoyarse en los sistemas antirrobo de las tiendas.

CONCLUSIÓN: El marcapasos no impide al paciente realizar ninguna actividad. La actitud ideal del paciente portador de un marcapasos, es que se olvide de que lo lleva puesto, pero no de sus revisiones periódicas.

PALABRAS CLAVE: MARCAPASOS, CUIDADOS, RECOMENDACIONES, VIDA DIARIA.

ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA CARDIOVERSIÓN

NIEVES MARTINEZ BARRALES, ENCARNACIÓN MARÍA PEÑA HERNÁNDEZ, AMAYA CORDOBA ORTIZ

INTRODUCCIÓN: La cardioversión es un procedimiento mediante el cual se revierte un ritmo cardíaco anormal a un ritmo sinusal. La cardioversión puede llevarse a cabo mediante fármacos, o mediante una descarga eléctrica controlada que revierte el ritmo cardíaco.

OBJETIVOS: Comprobar la actuación que el profesional de enfermería debe seguir ante una situación de este tipo.

METODOLOGÍA: Realizamos una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicos (Dialnet, Medline Plus, Scielo). Buscamos textos en español con los descriptores: corazón, arritmia, desfibrilador, ritmo sinusal.

RESULTADOS: De los artículos encontramos nos centramos en 1 de Dialnet, 1 de Medline Plus. Como tratamiento de cardioversión inicial se elegirá el farmacológico. En este punto la enfermera se encarga de la correcta administración o de la enseñanza al paciente de cómo debe tomarlos. Cuando esta primera actuación no consigue nuestro objetivo, se debe proceder a realizar una cardioversión eléctrica, consiste en aplicar una pequeña descarga sincronizada, durante la sístole. Durante esta actuación la enfermera debe: Explicar al paciente la técnica y proporcionar apoyo emocional. Verificar ayunas (si es posible), alergias medicamentosas, antecedentes personales. Retirar objetos metálicos y dentadura postiza. Ponemos al paciente en decúbito supino sin almohada, coger vía periférica, monitorizar al paciente y realizar electrocardiograma para comprobar la arritmia. Durante el procedimiento vigilaremos las constantes vitales y administramos la medicación indicada para la sedación. Tras el procedimiento debemos de seguir vigilando las constantes y el nivel de consciencia. Realizar electrocardiograma para confirmar el ritmo sinusal. Valorar la piel por si aparecen quemaduras.

CONCLUSIÓN: Pensamos que es importante conocer el papel que tiene la enfermera en este tipo de técnica, ya que se trata de algo que se realiza de forma bastante asidua. Destacar que creemos que lo más importante es dar apoyo emocional y la escucha activa del paciente.

PALABRAS CLAVE: CORAZÓN, ARRITMIA, DESFIBRILADOR, RITMO SINUSAL.

CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON EDEMA AGUDO DE PULMÓN

ALICIA BALTASAR SOLER, JOSE LUIS RODRIGUEZ FUENTES, MARÍA TERESA MENDOZA SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: El edema pulmonar es una acumulación de líquido en el pulmón que impide la normal oxigenación de la sangre ocasionando hipoxia. Se produce cuando el líquido es filtrado más rápido de lo que puede ser removido produciendo una alteración importante del intercambio gaseoso por acumulación del mismo en el espacio extravascular del pulmón. Se manifiesta de forma súbita, es una emergencia que requiere de atención inmediata. Aunque en ocasiones pueda ser mortal el pronóstico mejora al recibir un tratamiento inmediato.

OBJETIVOS: Determinar las actuaciones de enfermería más importantes ante un paciente con edema agudo de pulmón.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática en distintas bases de datos científicas, utilizándose diversos descriptores, aplicándose un filtro de idioma (castellano) y un periodo temporal de un total de 70/110 referencias encontradas, se escogieron 10/25 para un análisis en profundidad, siendo descartados aquellos trabajos que no se centraban en el tema de interés a tratar.

RESULTADOS: Después de la detección inmediata de los primeros síntomas el plan de cuidados de enfermería sería: colocar al paciente en posición Fowler para facilitar la entrada de aire, apoyo psicológico para mejorar la ansiedad, monitorización continua (FC, FR, ECG), oxigenoterapia según necesidad, canalizar vía periférica, inserción de sonda vesical para control estricto de diuresis, administrar tratamiento médico según prescripción.

CONCLUSIÓN: Los cuidados de enfermería precisan de la priorización ante un paciente con edema agudo pulmonar, mediante su inmediata identificación, tratamiento y estabilización al estar en una situación de riesgo vital.

PALABRAS CLAVE: EDEMA, PULMÓN, IDENTIFICAR, PLAN DE CUIDADOS.

PACIENTE GERIÁTRICO CON DOLOR TORÁCICO EN LA PUERTA DE URGENCIAS

CRISTINA MANZANO HERNÁNDEZ, MARIA JOSE FERNANDEZ GARCIA, ANTONIA ABELLAN ABELLAN, PILAR SOLER GOMEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 75 años, refiere, desde hace 15 días presentar mareo con embotamiento de cabeza sin estabilidad, ni giro de objetos, con disnea de mínimos- moderados esfuerzos. Hoy en Centro de Salud se le hace ECG donde presenta Bigeminismo ventricular. No náuseas ni vómitos. Molestias en precordial izquierdo que no es peso, ni pinchazo, ni opresión que dura segundos. No disminución de micción. HTA. DM-2. Hábitos tóxicos (exfumador). No AMCo. DLP. Obesidad. ICC. NYHA II. Ortpnea de dos almohadas. Anemia crónica no estudiada. Antecedentes quirúrgicos (Hernia inguinal izquierda. Adenomectomía prostática retropúbica 2009. Pericardiectomía 2002. Catarata AO).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Independiente para ABVD, deambulación asistida. Continente doble. Sin deterioro cognitivo. Glasgow 15. Buen estado general. AC: Arrítmico, sin soplo. AP: Crepitantes finos base derecha. ABD: B y D, no doloroso. MMII sin edemas ni signos de TVP. TA: 141/77. FC:64. Tª: 35.8 SAT. O2: 95. ECG: Rachas de trigeminismo ventricular y otras de RS a 64 lpm, eje 60°. Sin elevación de ST. Aplanamiento de T similar a ECG previo. RX: Tórax sin masas ni condensaciones parenquimatosas. Hemograma: Hematíes ($3.90 \times 10^6 \mu\text{l}$), Hemoglobina(11.80 G/dL), Hematocrito (37%), Volumen corpuscular medio(93.90 FL), Hemoglobina corpuscular media(31.70 G/dL), Ancho distribución eritrocitaria (CV):16.50%, Plaquetas ($180 \times 10^3 \mu\text{l}$), Leucocitos ($8.40 \times 10^3 \mu\text{l}$), Neutrófilos:66.40%, Linfocitos:19.60%, Eosinófilos:2.90%, Basófilos:1.00%, Monocitos: $0.80 \times 10^3/\text{uL}$. Coagulación: Actividad de protombina 100%, INR 1.06. Bioquímica: Glucosa 77, Urea107, Creatinina 1.58, Sodio (suero) 146, Potasio (suero) 4.40, Troponina I ultrasensible 0.02, Creatín Quinasa 207.00, Ecuación CKD-EPI 42.16.

JUICIO CLÍNICO: Mareo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Bigeminismo ventricular.

CONCLUSIONES: Paciente que presenta sensación de astenia y mareo sin llegar a síncope. No dolor torácico. No fiebre ni otra sintomatología. En domicilio FC: 38 l. P. M. En Urgencias presenta bigeminismo ventricular frecuente sin episodios de dupletes ni tripletes (permanece en observación con monitorización continua). Ingreso en Cardiología para estudio.

PALABRAS CLAVE: BIGEMINISMO, EMBOTAMIENTO, OPRESIÓN, MAREO.

ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE BRUGADA

JORGE GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ DE CASTILLO, FRANCISCO PERALES PEINADO, DIEGO JOSÉ MOLINA JIMÉNEZ

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Brugada fue descrito por primera vez en 1992, consistiendo en una afectación de la actividad eléctrica del corazón, incluida en el grupo de las enfermedades llamadas “canalopatías”. El síndrome de Brugada electrocardiográficamente se caracteriza por bloqueo de rama derecha y elevación del segmento ST descendente seguido de ondas T negativas en precordiales derechas. Suele estar asociado con un mayor riesgo de muerte súbita por taquicardia ventricular polimórfica y fibrilación ventricular en pacientes sin cardiopatía estructural evidente.

OBJETIVOS: Identificar la clínica del síndrome de Brugada. Conocer las variaciones electrocardiográficas que se dan en el Síndrome de Brugada en el electrocardiograma.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de guías y protocolos de sociedades científicas, unidades asistenciales, etc. Revisión de estudios observacionales (prospectivos y retrospectivos) y de revisiones bibliográficas sobre el tema a estudio. Los descriptores que se han utilizado han sido: síndrome de brugada, muerte súbita, arritmia y muerte súbita.

RESULTADOS: Afectación que suele darse en los varones de entre 30 y 40 años, que se caracteriza por la aparición de síncope que se repiten en el tiempo. Además de dicho síncope no suele dar otro tipo de manifestaciones clínicas siendo las palpitaciones u otros signos y síntomas producidos por arritmias ventriculares derivadas de este. El diagnóstico vendrá dado por: Elevación del segmento ST de tipo I en más de una derivación precordial derecha (V1-V3) en presencia o en ausencia de un bloqueador del canal del sodio. Acompañado de alguno de los siguientes eventos: Fibrilación ventricular documentada, taquicardia ventricular polimórfica (autolimitada). Antecedentes familiares de muerte súbita cardíaca.

CONCLUSIÓN: El síndrome de Brugada es enfermedad poco frecuente y de una elevada mortalidad. El diagnóstico del se hace complicado dado los inespecífico de sus síntomas y por no reflejarse siempre en el registro electrocardiográfico. El único tratamiento que se ha demostrado como eficaz consiste en la implantación de un desfibrilador automático interno (DAI).

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME DE BRUGADA, MUERTE SÚBITA, ARRITMIA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL PACIENTE CON DRENAJE PERICÁRDICO O PERICARDIOCENTESIS

NIEVES MARTINEZ BARRALES, AMAYA CORDOBA ORTIZ, ENCARNACIÓN MARÍA PEÑA HERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: El pericardio es el tejido que envuelve el corazón, es una membrana tipo serosa que presenta dos capas, una visceral y otra parietal. En el espacio pericárdico suele haber líquido, pero se considera derrame pericárdico cuando el volumen de ese líquido es mayor.

OBJETIVOS: Verificar y comprobar los cuidados necesarios al paciente que se le practica el drenaje pericárdico.

METODOLOGÍA: Realizamos una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas (Scielo, Dialnet). Nos centramos en publicaciones en español con los descriptores: pericardio, drenaje, corazón y derrame. De los textos que pensamos más acertados nos centramos en 1 de Scielo y 1 de Dialnet.

RESULTADOS: La técnica básicamente consiste en la introducción de una aguja en el pericardio, a través de ella se extrae el líquido e incluso se deja un catéter para que vaya drenando, si fuera necesario. Nosotros nos vamos a centrar en los cuidados enfermeros, por lo que debemos tener en cuenta lo siguiente: Identificar al paciente, presencia de alergias medicamentosas, antecedentes personales. Colocación del paciente, que normalmente va a ser en decúbito supino con elevación de la cabeza y tórax de unos 30 grados. Vía periférica, monitorización y asepsia de la zona de punción (ángulo de la séptima costilla y apéndice xifoides o en el quinto espacio intercostal izquierdo, unos dos centímetros fuera del borde del esternón) Preparar campo estéril. Tras la intervención vigilar signos vitales y líquido drenado. Limpiar la zona y aplicar apósito.

CONCLUSIÓN: Esta técnica conlleva sus riesgos, por eso la enfermera debe controlar el ritmo cardiaco y signos vitales con mucha precisión. Vigilar que no aparezcan complicaciones y si aparecieran tener todo preparado para tener una reacción positiva y que no ponga en riesgo la vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: PEICARDIO, DRENAJE, CORAZÓN, DERRAME.

EL BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRA-AÓRTICO Y SUS COMPLICACIONES

CRISTINA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARÍA GABRIELA ÁLVAREZ SÁNCHEZ, JESSICA MÉNDEZ MURIEL, RAQUEL PÉREZ ALONSO, MARÍA REYES CANCEDO CUERVO, MARIA REYES MARQUEZ DEL CAÑO, VERÓNICA SUÁREZ FERNÁNDEZ, PABLO TOYOS GRANDA

INTRODUCCIÓN: El concepto de contrapulsación fue ideado en 1962, mientras que el BCPIAo fue empleado por primera vez por en 1968. Hoy en día, se ha convertido en el dispositivo de asistencia circulatoria más utilizado llegando a ser un tratamiento rutinario en pacientes con enfermedades cardiovasculares graves. Aunque se han diseñado otros tipos de dispositivos de asistencia cardíaca, el BCPIAo sigue siendo el menos traumático.

OBJETIVOS: El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es analizar la evidencia científica relacionada con los cuidados de enfermería a pacientes portadores de BCPIAo.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos. Se identificaron en total 22 artículos de los cuales se escogieron los más apropiados. Finalmente, 13 de ellos se consideraron útiles para el estudio. Y en la revisión manual de la literatura: se obtuvieron 3 documentos, 2 manuales dirigidos a profesionales de enfermería y 1 manual de Intervencionismo Cardíaco.

RESULTADOS: El estudio Benchmark es el mayor registro sobre pacientes tratados con BCPIAo. En él se evaluaron un total de 16.909 Pacientes de 243 hospitales. La incidencia de complicaciones fue baja. El 2,6 % de los pacientes sufrieron al menos una complicación mayor. El 2,9% presentaron isquemia del miembro. En un estudio llevado a cabo en la India, fueron estudiados 911 pacientes. Se objetivaron complicaciones mayores en 54 pacientes (5,9%). Por lo que 25 de ellos (2,7%) presentaron isquemia del miembro, 7 necesitaron amputación del miembro y 2 de ellos murieron (disección y perforación de aorta).

CONCLUSIÓN: Los estudios que se exponen en este trabajo, muestran resultados similares y fácilmente comparables en cuanto a los factores de riesgo presentes en una mayoría importante de complicaciones. Estos resultados uniformes permiten a los equipos de enfermería prestar especial atención a los pacientes con mayor riesgo, realizando cuidados exhaustivos que prevengan las complicaciones.

PALABRAS CLAVE: CONTRAPULSACIÓN, ENFERMERÍA, COMPLICACIONES, RIESGOS.

ESTUDIO DEL RIESGO DE INFECCIÓN DEL MARCAPASOS PERMANENTE

BEATRIZ LERMO BAÑOS, EDUARDO HERRERA CHAMORRO, NEREA BAUTISTA RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: La implantación de un marcapasos permanente ha sido ampliamente aceptado e implantado en todo el mundo como el tratamiento de elección para las bradiarritmias. La infección en un marcapasos permanente es una complicación seria. Puede aparecer como una infección del sitio quirúrgico, que ocurre dentro de 1 año después de la implantación, o como una endocarditis de plomo de inicio tardío.

OBJETIVOS: El objetivo de esta revisión consiste en Analizar la complicación infecciosa en marcapasos permanentes como un alto riesgo.

METODOLOGÍA: La metodología empleada ha sido la realización de una revisión sistemática en bases de datos biosanitarios como Cuiden, Pubmed, Crochrane Plus, Medline y Dialnet. Se han elegido publicaciones menores de cinco años. El número de artículos seleccionados que se adecuaron al objetivo propuesto fue de 10.

RESULTADOS: La infección es una complicación grave de los sistemas de marcapasos permanentes. Aunque la tasa de infección ha sido debatida, en los estudios citados, las tasas de implantación de marcapasos están en aumento en todo el mundo, y la población de pacientes que viven con un marcapasos está creciendo. Como consecuencia, las infecciones por marcapasos permanentes también están aumentando.

CONCLUSIÓN: Se concluye en esta búsqueda que el riesgo de infección que el aumento de infecciones por marcapasos permanentes ha aumentado porque el numero de implantes está creciendo en todo el mundo. Sin embargo, no hay estudios grandes que respalden esta sugerencia, y las estadísticas generales para la infección por marcapasos permanentes permanecen en gran parte desconocidas.

PALABRAS CLAVE: MARCAPASOS, MARCAPASOS PERMANENTE, ALTO RIESGO, INFECCIÓN, IMPLANTACIÓN.

IMPORTANCIA DE LA TELEMETRÍA EN UNIDADES DE CARDIOLOGÍA

MARÍA DE LA PAZ FERNÁNDEZ MOLINA, ROCIO PAZ ORTIZ, ANA SÁNCHEZ MAESTRE

INTRODUCCIÓN: La telemetría es la medición o registro de procesos y eventos electrocardiográficos a distancia. Consiste en la monitorización cardíaca del paciente en una localización remota.

OBJETIVOS: Identificar en qué consiste y cómo se deben colocar los electrodos de los dispositivos de telemetría. Determinar para qué casos debe emplearse.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de publicaciones científicas, consultadas el día 14/11/2017 en las bases de datos de Dialnet y Scielo, bajo los descriptores “Servicio de Hospitalización”, “Servicio de Cardiología”, “Telemetría” y “Registros Electrocardiográficos”, siendo los criterios de inclusión: Estudios que analicen la telemetría en el ámbito cardiológico; Idioma Castellano; Fechados entre el año 2009 y 2017 y texto completo. Se seleccionan dos artículos.

RESULTADOS: ¿De qué consta el dispositivo de telemetría?: La telemetría consta de un monitor, donde se registra la actividad eléctrica del corazón, un teclado y un ratón. Una pequeña impresora conectada al monitor por si se desea imprimir el registro. Y un dispositivo para monitorizar al paciente del cual salen seis cables que monitorizan al paciente. ¿Cómo colocar los electrodos del dispositivo de telemetría?: Terminal rojo: zona subclavia derecha. Terminal amarillo: zona subclavia izquierda. Terminal negro: costilla flotante derecha. Terminal verde: costilla flotante izquierda. Terminal Ca (Va): cuarto espacio intercostal lado derecho del esternón. Terminal Cb (Vb): cuarto espacio intercostal lado izquierdo del esternón. ¿Para qué enfermedades esta diagnóstica?: Fases precoces del SCA, Dolor torácico o equivalentes anginosos, Síndrome Coronario subagudo, Enfermedad coronaria aguda, Edema agudo de pulmón, Control de arritmias: taquicardia-bradicardia, Síncope, Síntomas paroxísticos de origen no aclarado y Cardio-embolismo.

CONCLUSIÓN: La telemetría resulta un elemento innovador en el servicio de hospitalización de cardiología y resulta muy útil para el paciente. Enfermería es la encargada de su buena funcionalidad, siendo necesaria una buena preparación de los profesionales.

PALABRAS CLAVE: SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, TELEMETRÍA, REGISTROS ELECTROCARDIOGRÁFICOS.

EL CELADOR CONDUCTOR ANTE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA

MARIA DESIREE GARCIA SEGOVIA, JOSE DAVID BARRERA ARIAS, JOSÉ ALBERTO LÓPEZ SALMERÓN

INTRODUCCIÓN: La parada cardiorespiratoria (PCR), es la pérdida de las funciones del corazón y pulmón. Las maniobras de reanimación cardiopulmonar son el conjunto de actuaciones orientadas a suplir temporalmente y restaurar las funciones de estos órganos mediante las ventilaciones intermitentes alternando 2 ventilaciones con 30 compresiones torácicas.

OBJETIVOS: Analizar la evolución de las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión sistemática sobre estudios observacionales y artículos de revisión en las bases de datos PubMed, Scielo, Clinicalkey sobre la combinación de las técnicas de masaje cardíaco que los celadores conductores realizarían en las víctimas con parada cardíaca.

RESULTADOS: Desde Enero 2016/Junio 2016, siguiendo las Recomendaciones del European Resuscitation Council se han realizado los siguientes pasos en las paradas cardiorespiratorias en las que los celadores conductores han intervenido, con un total del 70% en los casos presentados: Evaluación de la víctima: 15%. Colocar a la víctima boca arriba, inclinando la cabeza hacia atrás, elevando el mentón para abrir la vía aérea: 23%. Respiración: con duda de respiración normal se ha procedido a la RCP y el aviso al 112: 18%. Procedimiento: el talón de una mano, la otra mano encima de esta, colocadas en el centro del pecho de la víctima. Los brazos rectos realizando compresiones sin que las manos pierdan el contacto con el esternón (si se está preparado serán 30:2): 14%.

CONCLUSIÓN: La ventilación mediante insuflaciones como medida de reanimación básica. Compresiones torácicas externas como bomba impulsora de sangre para mantener vivos los órganos. Las maniobras de RCP han demostrado ser eficaces para reanimar a las víctimas de una parada cardiorespiratoria, descendiendo la mortalidad. En la reanimación cardiopulmonar es nuestro deber seguir tratando de innovar y mejorar en este campo las maniobras, realizando estudios y ampliando nuestros conocimientos.

PALABRAS CLAVE: URGENCIA, PACIENTES, TIPO DE TRANSPORTE, TECNOLOGÍA, MÉTODOS.

EQUIPO PARA PRUEBAS DE ESFUERZO CARDIORESPIRATORIO

MARIA DEL AMPARO ARGÜELLES MEANA, DOLORES ARGÜELLES MEANA, IRENE ALVAREZ ARNALDO, LAURA RODRIGUEZ REDONDO, NURIA CEINOS GIL, MARIA GONZALEZ RODRIGUEZ, MARIA DEL CARMEN VALLES SUAREZ, MARIA FATIMA FERNANDEZ ANTUÑA, MARTA DIEZ SOJO, ALMUDENA CASTRILLON VICENTE

INTRODUCCIÓN: La prueba de esfuerzo es una técnica que se utiliza para diagnosticar la angina de pecho en pacientes con dolor torácico y para valorar la respuesta del corazón ante el ejercicio. Además, sirve para realizar una estimación del pronóstico de la capacidad del ejercicio físico, así como la valoración del efecto del tratamiento en pacientes con enfermedades como: hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca avanzada, alteraciones del ritmo, cardiopatías congénitas, etc. También la realizan los deportistas. Esta prueba se hace mediante equipos para pruebas de esfuerzo cardiaco puede ser como ejemplo, la CUSTO MED EC3000E.

OBJETIVOS: Analizar el funcionamiento del equipo para realizar la prueba con éxito. Conocer el manejo del equipo CUSTO MED EC3000E. Identificar el procedimiento a seguir con cada paciente antes, durante y después de la realización de la prueba, así como las precauciones y contraindicaciones de la misma.

METODOLOGÍA: Se ha hecho una revisión sistemática de artículos científicos y de diversos estudios sobre el equipo para prueba de esfuerzo.

RESULTADOS: En cuidados de enfermería, vigilamos el proceso a cada paciente antes de la prueba: altura, peso corporal, hacer dos electrocardiogramas uno de pie, otro tumbado y durante la prueba con esto se previenen aquellos problemas que puedan surgir. Dándonos información en todo momento del estado del corazón. Por último, se realiza la limpieza y desinfección del equipo según instrucciones del fabricante.

CONCLUSIÓN: Los equipos para pruebas de esfuerzo en la actualidad son de gran utilidad en la evaluación de la situación funcional y condición física del paciente. La integración de los múltiples datos aportados por la prueba con la historia clínica del paciente nos permite detectar o ver la evolución de una enfermedad coronaria para planificar de forma segura su tratamiento con fármacos y con dietas cardio-saludables.

PALABRAS CLAVE: CARDIOPULMONAR, CARDIOVASCULAR, EJERCICIO, FISIOLÓGÍA RESPIRATORIA.

CAMBIO EN EL PATRÓN RESPIRATORIO DEBIDO A INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

CELESTE JIMÉNEZ MÁRQUEZ, LAURA SÁNCHEZ PONCE, ALEJANDRO CAMACHO GONZÁLEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 76 años de edad, acude a servicio de urgencias porque desde hace días ha aumentado su disnea y ortopnea. Consciente y orientado, muy angustiado, con ligera alteración de la conciencia. Palidez de piel y mucosas, aleteo nasal, diaforesis y frialdad (patrón «frío-húmedo»). Temperatura corporal 35,5 °C. No presenta lesiones cutáneas. Edemas en miembros inferiores.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: HTA, diagnosticado de cardiopatía isquémica en el año 2010, exfumador y sin alergias medicamentosas. Deterioro de la movilidad, sin fuerzas para sostenerse ni para completar por sí mismo las actividades de la vida diaria. Su tratamiento habitual es AAS 100 mg/día, ramipril 5 mg/día, budesonida inhalada, simvastatina 40 mg/día y atenolol 50 mg/día.

JUICIO CLÍNICO: (00032) Patrón respiratorio ineficaz. (00030) Deterioro del intercambio de gases. (00092) Intolerancia a la actividad. (00126) Ansiedad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga de los músculos respiratorios manifestado por palidez de piel y mucosas, aleteo nasal, diaforesis y frialdad.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: (0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. (0403) Estado respiratorio: ventilación. NIC: (3140) Manejo de la vía aérea: Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. (5820) Disminución de la ansiedad: Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. (3320) Oxigenoterapia: Mantener la permeabilidad de la vía aérea.

CONCLUSIONES: La IC por su prevalencia, cronicidad, morbimortalidad y consumo de recursos constituye un problema prioritario desde el punto de vista sociosanitario, debido al envejecimiento de la población, a la falta de adherencia y la complejidad en los tratamientos. Está justificado establecer un plan de cuidados individualizado para resolver las necesidades de salud reales y potenciales en un paciente diagnosticado de insuficiencia cardíaca.

PALABRAS CLAVE: RESPIRATORIO, ANSIEDAD, DISNEA, INSUFICIENCIA CARDÍACA.

MODELOS E INDICACIONES DE MARCAPASOS TRANSITORIOS

YESSICA VEGA SÁNCHEZ, MARGARITA MANZANO MARTIN, ANA NIETO CUADRA

INTRODUCCIÓN: Los marcapasos son dispositivos eléctricos que suministran impulsos de forma intermitente con una frecuencia y potencial determinados para producir, mediante despolarización, la contracción ventricular cuando nuestro corazón no es capaz. Se utiliza en situaciones urgentes ante bradiarritmias y taquiarritmias refractarias a tratamientos conservadores o cuando presenta inestabilidad hemodinámica. Hay diferentes modalidades: transcutáneos, epicárdicos y transvenosos, siendo los últimos los más empleados.

OBJETIVOS: Conocer las indicaciones y complicaciones de la implantación de un marcapasos temporal, las distintas modalidades que existen y los componentes del generador del marcapasos.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de revistas científicas en español como Scielo, Medicina Intensiva, Sociedad Española de Cardiología y Enfermería en Cardiología entre 2004-2014. Descriptores: marcapasos, marcapasos temporal, estimulación cardíaca y estimulación transcutánea.

RESULTADOS: Las indicaciones para implantar un marcapasos son: Asistolia, Bradicardias sintomáticas, Taquiarritmias sintomáticas. Las posibles complicaciones se han de tener siempre presentes como son: perforación, infección, tromboembolia, disfunción, arritmias... Existen 3 modalidades de marcapasos externos: Transcutáneos o externos: se suministra la energía a través de electrodos colocados en el tórax. Indicado para situaciones urgentes. Epicárdicos: se realiza durante la cirugía cardíaca tratando las alteraciones de conducción postquirúrgicas. Se conecta un electrodo desde el epicardio hasta el generador insertado bajo la piel. Transvenosos: de elección para estimulación cardíaca temporal continua. Se insertará un electrocatéter a través de una vía central hasta aurícula o ventrículo derecho. Hay diferentes generadores pero la mayoría cuenta con: Rate/pm (frecuencia cardíaca), amplitud/salida, sensibilidad, batería, on/off y electrocatéteres.

CONCLUSIÓN: Es un dispositivo muy recurrido ante urgencias vitales y de fácil utilización, en el caso de los marcapasos transcutáneos, que permiten salvar la vida de los pacientes. A pesar de los avances experimentados, se ha de delimitar su uso y mejorar la formación en la técnica y el conocimiento de las arritmias para evitar las complicaciones asociadas, causantes de muerte.

PALABRAS CLAVE: MARCAPASOS, MARCAPASOS TEMPORAL, ESTIMULACIÓN CARDÍACA, ESTIMULACIÓN TRANSCUTÁNEA.

ARRITMIAS VENTRICULARES EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE WOLFF PARKINSON WHITE

PATRICIA FERNÁNDEZ GARCÍA, ENRIQUE SANCHEZ RELINQUE, VIRGINIA DELGADO GIL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 22 años de edad con diagnóstico de Wolff Parkinson White que comienza con sensación de palpitaciones durante la práctica deportiva. A su llegada se diagnóstica de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida preexcitada. Durante su estancia en Área de Observación el paciente presenta pérdida de conciencia por fibrilación ventricular, desfibrilándose de manera exitosa. Posteriormente se inicia tratamiento con propafenona oral 150 miligramos cada 12 horas sin más recurrencias arritmológicas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Auscultación cardiopulmonar: tonos arrítmicos, taquicárdicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Miembros inferiores sin edemas. Electrocardiograma durante la taquicardia (EKG): ritmo irregular a 180 latidos por minuto (lpm), con QRS ancho y aberrado compatible con fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida preexcitada. Electrocardiograma basal: ritmo sinusal, a 70 lpm, PR corto 0.80Mseg, onda delta positiva en DI y negativa en VI. QT corregido normal. Ecocardiografía transtorácica: sin cardiopatía estructural.

JUICIO CLÍNICO: Fibrilación Ventricular Secundaria a Fibrilación Auricular Preexcitada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Taquicardia Ventricular.

PLAN DE CUIDADOS: Se programa al paciente para estudio electrofisiológico (EEF) donde se objetiva la existencia de dos vías accesorias, anterolateral y posterolateral derechas, ablacionándose con radiofrecuencia. Durante el seguimiento, asintomático y sin complicaciones secundarias al procedimiento con desaparición en el EKG de la preexcitación.

CONCLUSIONES: La FA en presencia de vías accesorias anterógradas puede generar frecuencias ventriculares altas con riesgo de fibrilación ventricular y muerte súbita. Esta arritmia debe interpretarse como una urgencia y ser tratada rápidamente. No existiendo inestabilidad hemodinámica el fármaco de elección es la procainamida; si la hubiera, lo indicado es la cardioversión eléctrica. Es importante recordar que en una FA conducida por vía accesaria (preexcitación) no se deben administrar frenadores del nodo tampoco está indicada la Amiodarona. El tratamiento de ablación por radiofrecuencia es el indicado con una tasa general de éxitos del 91-95%.

PALABRAS CLAVE: FIBRILACIÓN AURICULAR, PREEXCITACIÓN, VÍA ACCESORIA, WOLFF PARKINSON WHITE.

PACIENTE GERIÁTRICO CON METÁSTASIS CEREBRAL Y BLOQUEO AUROVENTRICULAR COMPLETO

MARÍA DE LA PAZ BLANCO LARA, AMPARO FERNÁNDEZ GÓMEZ, PATRICIA FAJARDO VELASCO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de unos 77 años, profesor de profesión, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de vértigo periférico, AIT en 2012, ca. Colon intervenido en 2008 que recidiva en 2013 y se trata con QT, neoformación renal derecha pendiente de nefrectomía el próximo mes. No fumador ni otros hábitos tóxicos conocidos. En tratamiento habitual con: haloperidol, lorazepam, tromalyt, ensure plus, ranitidina, metamizol, tramadol/paracetamol. Acude a Urgencias refiriendo dolor muy intenso a nivel de fosa ilíaca derecha y flanco derecho que se acompaña de malestar general de unos días de evolución. No náuseas, ni vómitos. No cambios en hábito intestinal. Además, refiere cierto mareo en días previos pero sin pérdida de conciencia ni otros síntomas acompañantes. Nos cuenta que en la próxima semana está pendiente de ingreso para nefrectomía programada por neoformación renal, incluido en lista de espera quirúrgica hace aprox un mes, cuando el estudio preanestésico estuvo totalmente sin alteraciones.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración física: BEG, COC, Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Palidez de piel y mucosas. TA 119/58 mmHg. FC 41 lpm (en consulta). Afebril. Sat O₂: 95%. ACR: tonos rítmicos, bradicárdicos, sin soplos ni ruidos añadidos. MV conservado sin ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación en FID y flanco derecho. No signos de defensa ni de irritación peritoneal. Blumberg y Murphy negativos. No globo vesical. RHA conservados. MMII: no edemas ni signos de TVP. Dada la exploración, solicitamos ECG de forma urgente donde se observa FC a unos 39 lpm con bloqueo auriculoventricular completo y ritmo de escape entre 39-41 lpm.

JUICIO CLÍNICO: Bloqueo AV completo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Metástasis cerebrales, bloqueo av segundo grado, bloqueo av completo.

PLAN DE CUIDADOS: Se realiza interconsulta con UCI, donde ingresa el paciente para implantación de marcapasos.

PALABRAS CLAVE: BLOQUEO AV, BLOQUEO AV COMPLETO, CÁNCER DE COLON, CÁNCER RENAL.

PACIENTE ADULTO DIAGNOSTICADO DE UN SÍNCOPE

MONICA FUNES ALBERTO, BRENDA VILLAR MORÓN, FRANCISCO JAVIER GUMERSINDO LEIVA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 49 años de edad, fumador activo, que llega a urgencias con mareo y pérdida de conciencia de pocos segundos. Con una sensación de disnea, junto a náuseas y sudoración, que el paciente relaciona con la limpieza de productos Químicos. Sin dolor torácico aparente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración Física: TA 102/68mmHg. FC 92lpm. SatO₂ 98%. Refiere dolor y tumefacción en pierna derecha, desde hace 2 semanas. Pruebas complementarias: ECG Que presenta FA a 144 lpm no conocida, sin palpitaciones. Analítica de sangre: Alterada Gasometría arterial basal: muestra acidosis. Rx de tórax normal. AngioTAC torácico, se observan tromboembolos flotantes en las arterias pulmonares principales que se extienden. Venografía de MMII, se ve como el TEP se extiende hasta la vena poplítea. Ecocardiografía transtorácica donde no se ven dilataciones de las cavidades cardíacas ni derrame pericardio.

JUICIO CLÍNICO: Enfermedad tromboembólica venosa (tep bilateral + tvp mmid). Fa paroxística. Síncope. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síncope.

CONCLUSIONES: Se le da tto fibrinolítico hasta pasar a ritmo sinusal. El TEP es una patología infradiagnosticada en los servicios de Urgencias con múltiples presentaciones clínicas y alta morbi-mortalidad asociada, de ahí la importancia de plantearnos el TEP como diagnóstico diferencial en la práctica diaria.

PALABRAS CLAVE: CASO, TROMBOEMBOLISMOS, CLÍNICO, SÍNCOPE, FA PAROXÍSTICA.

PACIENTE ADULTO CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

ANA BELEN INVERNON SANCHEZ, MARIA JOSE MASEGOSA MARTINEZ, MARÍA DE LA CRUZ SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón 46 años que tras realizar esfuerzo físico(levantar peso en el trabajo) comienza con cuadro de sudoración, palidez, mareo y dolor precordial que irradia a cuello y brazo izquierdo. Antecedentes personales: Fumador de 2 paquetes día, hipercolesterolemia no medicada, namc, sin historial familiar de enfermedad cardíaca, trabaja de albañil. No toma ningún tratamiento farmacológico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física: EVA 6/10, TA 125/56 mmHg, FC 50 lat/min, Temp 36.5&Ordm;C. En el EKG se observa ascenso de ST en cara inferior y bloqueo aurículo-ventricular completo. Procedimiento: Administración de AAS 300 mg, clopidogrel 300 mg, clexane 40 mg iv y posterior fibrinólisis con TNK (8000ui). Ingreso en UCI. Tras presentar dos episodios más de dolor precordial se decide realización de cateterismo cardíaco para angioplastia.

JUICIO CLÍNICO: SCASSET-IAM Inferior. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La sospecha diagnóstica inicial fue de dolor precordial.

CONCLUSIONES: El IAM es la primera causa de mortalidad en varones mayores de 45 años. Los factores principales de riesgo son fumar, hipercolesterolemia, HTA, obesidad, vida sedentaria y consumo de drogas. Su síntoma más característico es el dolor en el pecho con irradiaciones a cuello, abdomen, brazo izquierdo o espalda. Debido al elevado índice de mortalidad y la relación de esta con el tiempo de actuación es de vital importancia disminuir el tiempo de respuesta.

PALABRAS CLAVE: IAM, TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO.

PRIMEROS AUXILIOS Y RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR POR CELADORES CONDUCTORES

JOSE DAVID BARRERA ARIAS, MARIA DESIREE GARCIA SEGOVIA, JOSÉ ALBERTO LÓPEZ SALMERÓN

INTRODUCCIÓN: La RCP como procedimiento que se pone en marcha con el objetivo de salvar la vida de un individuo que dejó de respirar súbitamente. Su técnica pretende conseguir recuperar la actividad cardíaca y restablecer la capacidad respiratoria. Los procesos son: suministrar respiración boca a boca y compresiones en la zona del pecho para intentar recuperar las funciones del corazón.

OBJETIVOS: Identificar el nivel de satisfacción, en este caso celadores conductores, después de realizar este procedimiento en una Urgencia.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo observacional con la asistencia de este tipo de personal en 4 talleres y diferentes turnos, con una parte teórica y otra práctica. Teórica: Se basa en los siguientes conceptos: inicio de la RCP si la víctima no responde o no respira normalmente, serenidad y rapidez, observar el entorno, activar el sistema de emergencia, resolver función respiratoria-circulatoria y después el resto, no interrumpir la RCP salvo para desfibrilar o recuperación. Práctica: Comienza con compresiones (la víctima no respira, no tose, no se mueve) en el centro del pecho 30 veces, duras y rápidas al ritmo de 100 por minuto. Soplar aire con la cabeza hacia atrás y la barbilla levantada hasta que el pecho se levante.

RESULTADOS: 12 Paciente reanimados, 4 fueron mujeres, por enfermedades congénitas o adquiridas. No constaba orden de no reanimar. Tiempo transcurrido entre la detección y la llegada de los profesionales fue menor o igual a 4 minutos en un 72%. Técnica utilizada: compresión cardíaca con ventilación inicial.

CONCLUSIÓN: La implicación y motivación del personal es clave en el éxito en una RCP. La mejora del resultado se debe a las prácticas en formación continuada en talleres con un 40%. Seguir trabajando para mejorar la RCP porque es el primer eslabón de la cadena de supervivencia.

PALABRAS CLAVE: REANIMACIÓN, RESPIRACIÓN, PROCEDIMIENTO, RESULTADOS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

VERONICA GOMEZ ALVAREZ, MARIA JOSE FERNANDEZ FERNANDEZ, NOELIA GARCIA MEDINA

INTRODUCCIÓN: El IAM es una de las enfermedades que más muertes produce en los países desarrollados y su prevalencia está muy relacionada con los malos hábitos de vida y los factores de riesgo asociados. Para mejorar la calidad de vida de los pacientes que la padecen, es necesario tratar los factores de riesgo como son la HTA, diabetes mellitus, dislipemia y tabaquismo.

OBJETIVOS: Determinar intervenciones de enfermería dirigidas a la prevención. Determinar medidas para intentar disminuir nuevos episodios de IAM en pacientes que ya han sufrido un problema coronario.

METODOLOGÍA: Se ha realizado la búsqueda de bibliografía en Google Académico, libros de texto, revistas sanitarias y periódicos nacionales. Los descriptores que se han utilizado han sido: IAM, Prevención, Plan de cuidados enfermeros y factores de riesgo.

RESULTADOS: El proceso enfermero es fundamental para valorar las necesidades, establecer diagnósticos relacionados, planificar actividades, poner en marcha el plan de cuidados y evaluar el progreso mediante un seguimiento continuo. La educación sanitaria y la información del proceso es imprescindible para establecer una buena relación de confianza paciente y enfermera y lograr mejorar la calidad de vida y conseguir a largo plazo reducir los nuevos eventos coronarios al paciente que ya ha sufrido un IAM.

CONCLUSIÓN: El IAM es una patología que provoca un elevado número de muertes en la sociedad actual y es importante fomentar la educación sanitaria a la población sana, y especialmente a la población de riesgo para reducir el número de casos de infarto por malos hábitos de vida. Una atención de enfermería centrada y orientada al paciente que ha padecido un IAM sería imprescindible para evaluar el riesgo y reducirlo. Es importante potenciar la intervención de los profesionales sanitarios en prevención, para que puedan desarrollar con éxito una labor de prevención y control que haga disminuir los casos de IAM consiguiendo importantes resultados en la disminución de la mortalidad en esta patología cardíaca.

PALABRAS CLAVE: IAM, PREVENCIÓN, PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS, FACTORES DE RIESGO.

EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA EN EJERCICIO FÍSICO: ALIMENTACIÓN, PESO CORPORAL Y PERFIL LÍPIDO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA

JAVIER SALMERON PADILLA, MARIA DOLORES POYATOS GARCIA, ANA SALMERON GARCIA

INTRODUCCIÓN: Los programas de rehabilitación cardiaca(PRC), son el mejor tratamiento para controlar los factores de riesgo cardiovascular en personas con enfermedad coronaria. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Son la principal causa de defunción en todo el mundo, la practica de deporte sirve para atrasar el inicio y la progresión de estas enfermedades y también tiene aportes positivos sobre la salud psicosocial.

OBJETIVOS: Un objetivo es identificar los efectos de un PRC en el indice de masa corporal (IMC), en el perfil lípido y alimentación de éstos pacientes y otro objetivo analizar la relación en la realización de actividad física, calidad de vida y bienestar psicosocial de estos pacientes con enfermedad coronaria.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la biblioteca virtual de la salud en las bases de datos (Lilacs, Medline, IBECs, Scielo), con posibilidad de acceso gratuito a toda la información, se han usado varios artículos en el buscador Google académico recogiendo la información necesaria y válida para este estudio, se usaron como fórmulas de búsqueda: “programa rehabilitación cardiaca” AND “enfermedad coronaria” AND “actividad física”. Se ha hecho un estudio prospectivo. Al principio y al final del PRC se hicieron exámenes antropométricos, bioquímicos, de la capacidad funcional y dietéticas. El PRC consta de charlas educativas a los pacientes y familiares, visitas al psicólogo, sesiones nutricionales y práctica de ejercicio físico.

RESULTADOS: Participaron 61 pacientes, con una edad media de 53. Cuando tuvieron el evento coronario, el 60% suspendió el fumado, 19% era diabético, 59% hipertenso, 80% dislipidémico y 61% sedentario. Cuando finalizó el proceso se vieron mejoras en el IMC, relación cintura/cadera, Hdl-C, LDL-C, TG, Colesterol total y en la capacidad aeróbica.

CONCLUSIÓN: Los resultados delatan que los PRC son una variable viable para mejorar la calidad de vida de pacientes que han sufrido un infarto.

PALABRAS CLAVE: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA, ALIMENTACIÓN, ENFERMEDAD CORONARIA, ACTIVIDAD FÍSICA.

MANEJO DE ARRITMIA EN ANCIANA A TRAVÉS DE SOPORTE VITAL AVANZADO

SUSANA AYLLÓN BELTRÁN, SILVIA BARBERI GARCÍA, MARIA DEL CARMEN RUIZ-HENESTROSA NIÑO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 77 años de edad, es atendida por DCCU a las 23 horas de la noche en su domicilio. A nuestra llegada está acompañada por su hija, la cual nos describe que la paciente comenzó con disnea hace unas 5 horas y cada vez presenta más dificultad respiratoria. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas, HTA mal regulada, hipercolesterolemia, trastorno depresivo. Tratamiento actual: enalapril 20 mgr 1c/24 horas, simvastatina 20 mgr 1c/24 horas, fluoxetina 20 mgr 1c/24 horas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Realizamos la valoración mediante secuencia ABCDE. Vía aérea permeable. Respiración superficial. Taquipnéica (35 rpm), con respiración abdominal. A la auscultación: crepitantes generalizadas en campos inferiores y medios. Presenta acrocianosis, piel fría y pálida. Pulso radial rápido e irregular (110-150 lpm). TA: 145/100 mmHg. SatO₂:68%. Consciente y orientada (Escala Glasgow: 15). Realizamos ECG con resultados patológicos.

JUICIO CLÍNICO: FA paroxística. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras la primera exploración general pensamos que dada su disnea y acrocianosis podríamos estar ante un edema pulmonar, pero dados sus antecedentes personales de HTA, su edad avanzada y una vez realizado el ECG, vemos claramente que es una FA paroxística, que en personas ancianas cursan con esta sintomatología.

CONCLUSIONES: La fibrilación auricular está considerada la arritmia mantenida que aparece con mayor frecuencia en nuestra sociedad, de ella deriva una morbimortalidad muy acentuada. Este trastorno aparece en todas las franjas de edades, pero es muy común entre las personas mayores, y según diferentes estudios epidemiológicos, su prevalencia va aumentando desde más del 1% en adultos de menos de 60 años a más del 9% en ancianos más de 80 años.

PALABRAS CLAVE: DISNEA, ANCIANA, HIPERTENSIÓN, ARRITMIA, FA, PAROXÍSTICA.

INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

LAURA GALVEZ HERNANDEZ, CAROLINA RUIZ CASTRO, ALICIA SANCHEZ FERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 79 años que acude a urgencias por un aumento progresivo de su disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzo/reposo y leve aumento de ortopnea. Sin alteración del ritmo de diuresis ni dolor torácico. En urgencias se objetiva anemia grave por lo que se transfunden 4 concentrados de hemáties. Antecedentes de HTA, EPOC, HBP, IQ de cataratas, hernia inguinal bilateral.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física general aportó los siguientes datos: TA 110/60, FC 62, Diuresis 1.100, Taquipnea leve sin tiraje, buena coloración cutánea, subictericia conjuntival, normoperfundido e hidratado. MM edema con fóvea +++/+++ hasta raíz de miembros inferiores. Como pruebas complementarias se realiza: Analítica general, Frotis de sangre periférica y proteinograma.

JUICIO CLÍNICO: Cardiopatía hipertensiva, anemia microcítica, trombopenia moderada, fracaso renal agudo y fibrilación auricular anticoagulada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de las pruebas realizadas se puede asegurar que el paciente presenta IC descompensada.

PLAN DE CUIDADOS: El tratamiento para este caso concreto, requerirá: Apoyo diurético con perfusión de furosemida a 1ml/h, Analítica Urgente, Nueva colonoscopia, Hemocultivos si tuviese fiebre, Transfusión de 2 concentrados de hemáties según resultados obtenidos.

CONCLUSIONES: La insuficiencia cardiaca descompensada (ICD) se define como una situación de inicio súbito o progresión de los síntomas de fallo de la bomba que requiere tratamiento urgente. Es una de las causas de hospitalización más frecuentes y continúa conllevando dificultades para la elección del tratamiento para mejorar la evolución clínica del paciente. Según lo indicado por las guías internacionales, en cuanto los pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada llegan al servicio de urgencias, el enfoque terapéutico habitual tiene como objetivo la mejoría de los signos y síntomas, corregir la sobrecarga de volumen y mejorar la hemodinámica cardíaca aumentando la perfusión de los órganos vitales. El tratamiento inmediato de la ICD se caracteriza por el uso de diuréticos intravenosos, oxigenoterapia y administración de vasodilatadores.

PALABRAS CLAVE: ORTOPNEA, TROMBOPENIA, TIRAJE, SUBICTERICIA.

ESTUDIO DE LA TÉCNICA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

SILVIA BELÉN MOLINA ESTÉVEZ, LUCIA AMAT MOLINA, BEATRIZ FERNANDEZ JIMENEZ

INTRODUCCIÓN: El Masaje Cardíaco es la maniobra indicada en caso de parada cardíaca. Ejerciendo una compresión cardíaca externa. Debemos comprimir la superficie torácica con el talón de la mano, y ejercer una presión sobre la pared torácica. La sangre sale del corazón al quedar éste comprimido entre el esternón y la columna vertebral. Al terminar la presión se origina una fuerza de succión que hará que la sangre que se encontraba en las venas, vaya a las aurículas.

OBJETIVOS: Conocer el modo de realizar la reanimación cardíaca que nos ayude a mantener con vida al paciente y ganar tiempo.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica consultando diversas bases de datos.

RESULTADOS: Se realiza sobre un plano rígido. Situar al paciente sobre una superficie firme y rígida en decúbito supino. El talón de la mano se coloca a nivel del esternón (3-4 dedos por encima del apéndice xifoides). El ritmo del masaje debe ser igual a un ritmo de 100-120 compresiones por minuto en adulto y 120 niños. Se realizan 30 masajes cardíacos y 2 respiraciones/insuflaciones. Con las dos manos, una encima de la otra. La posición del celador perpendicular al paciente, y dejando caer el peso del cuerpo sobre el tórax del paciente manteniendo los brazos extendidos. Se produce con un hundimiento de 4 cm, aproximadamente. Dar y soltar repentinamente, conseguiremos que vaya la sangre del corazón al sistema arterial. Al soltar rápidamente el esternón realiza correctamente el llenado del corazón. Antes de iniciar el masaje habrá que dar un fuerte golpe sobre la caja torácica a la altura del corazón.

CONCLUSIÓN: Una correcta maniobra puede salvar vidas. Los resultados de dicha maniobra dependerán de varios factores, entre los que se encuentran: la patología que desencadena la parada cardíaca, el grado de la lesión, el tiempo transcurrido entre la parada y el inicio de la maniobra.

PALABRAS CLAVE: CORAZÓN, REANIMACIÓN, CARDIOPULMONAR, MASAJE CARDÍACO.

MANEJO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA TRAS UN CATETERISMO CARDÍACO

JAIME SALINAS LORENZO, ANA MARTA DA SILVA REBELO TAVARES DOS SANTOS, MARIA ISABEL BELLIDO MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: El cateterismo cardíaco se trata de una prueba que se realiza de forma invasiva mediante la que se pretende a través de unos catéteres ver la forma anatómica y fisiológica del corazón, con el fin de conocer cómo funcionan las válvulas cardíacas y las presiones que tiene el corazón.

OBJETIVOS: Analizar los cuidados que debe de realizar el personal de enfermería tras la realización de un cateterismo cardíaco.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática. Este trabajo fue realizado entre octubre y noviembre de 2017. Las bases de datos utilizadas, fueron: Cuiden, Scielo, Proquest. A través de estas bases, se recopilaron unos 10 artículos en su mayoría artículos de revista científicas. Todos los artículos fueron limitados en los últimos tres años, con el fin de poder garantizar la actualidad de este trabajo. Las fórmulas de búsqueda utilizadas, han sido: Enfermería AND Post cateterismo AND Cuidados; Post cateterismo AND Cardiología.

RESULTADOS: Tal y como muestran los diferentes resultados, tras la realización de un cateterismo cardíaco es muy importante la detección de las posibles complicaciones que se pueden producir tras dicha intervención. Entre los cuidados de enfermería que se deben de realizar mientras el paciente esté hospitalizado son: el dolor que presenta el paciente durante toda la estancia, se realizarán tomas de constantes vitales, se valorará el nivel de consciencia (mediante la escala de Glasgow), se vigilara la zona de inserción y la temperatura de la extremidad.

CONCLUSIÓN: El cateterismo es realizado por el facultativo en el quirófano y es imprescindible saber cómo cuidar al paciente que lo porta. Para ello el personal de enfermería debe de conocer cuáles son los cuidados que se debe de realizar tras la implantación del mismo.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, CUIDADOS, POST CATETERISMO, CARDIOLOGÍA.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL ELECTROCARDIOGRAMA

ISABEL MARIA ANDUJAR PLAZA, PILAR AMPARO POVEDA GONZALEZ, MARIA ANGUSTIAS FLORES CASTILLO

INTRODUCCIÓN: El electrocardiograma es un procedimiento diagnóstico mediante impulsos eléctricos y se registra en una gráfica. En este registro están representados las aurículas y los ventrículos. Se refleja el grado de polarización (activación) y repolarización (reposo) de las cuatro cavidades cardíacas.

OBJETIVOS: Determinar el uso correcto del electrocardiógrafo por parte de los técnicos auxiliares de enfermería.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: El electrocardiograma determinar la función del corazón a partir de las corrientes eléctricas producidas por su actividad. Por lo que el personal sanitario debe preparar el material, manteniendo el equipo preparado y enchufado durante el tiempo que permanezca guardado y comprobar que hay suficiente papel de impresión. Ayudar a colocar los electrodos, antes se colocaban con ventosas, actualmente se están sustituyendo por pinzas con terminaciones metálicas para los miembros o pegatinas conductoras para el tórax. Los electrodos tienen un código internacional de colocación que está relacionado con los electrodos de miembros: MSD: color rojo; MSI: Color amarillo; MID: Color negro; MII: Color verde. Los electrodos Precordiales que se colocan siguiendo la silueta cardíaca según un orden de numeración, a lo largo de los espacios intercostales. Después se deben retirar los cables, quitar los electrodos, recoger el material y lavarse las manos. Se puede realizar en diferentes servicios de hospitalización, en urgencias, en la unidad coronaria, UCI. Cuando el electrocardiógrafo no registra cada una de las derivaciones, éstas se deben marcar en la tira de papel, sin olvidar el nombre del paciente, la fecha y hora.

CONCLUSIÓN: Aunque el paciente no necesita ninguna preparación especial, el TCAE debe conocer y participar en la realización del electrocardiograma, acomodar al paciente y recoger el material empleado.

PALABRAS CLAVE: ELECTROCARDIOGRAMA, USO CORRECTO, RITMOS CARDÍACOS, FUNCIÓN DEL TCAE.

ATENCIÓN ENFERMERA A LOS PACIENTES CON CATETERISMO CARDÍACO PROGRAMADO

BELTRAN ANTONIO RAMOS NIEVES, JESSICA RIESTRA ADAMUZ, MACARENA IBARRA ROMERO

INTRODUCCIÓN: El síndrome coronario agudo (SCA) es sin duda una de las patologías cardíacas de mayor importancia en países desarrollados. Existe la gran necesidad de mejorar los cuidados a pacientes que sufren los procedimientos que diagnostican y curan el SCA a través del cateterismo cardíaco, buscando reducir las estancias hospitalarias y potenciar las técnicas menos invasivas.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados de pacientes sometidos a cateterismo cardíaco y las actuaciones enfermeras que mejoran el afrontamiento del paciente.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica sustentada en los principales fuentes secundarias de libre acceso encontradas en Internet como Google académico, Pubmed y Cuiden. Se han seleccionados los documentos de mayor interés entre 2010-2017.

RESULTADOS: El profesional enfermero recibirá al paciente realizando una breve anamnesis y comprobación que presenta muñecas y zonas femorales rasuradas, consentimiento informado firmado y documentación (analítica y electrocardiograma), necesidad de suspensión de anticoagulantes u otra medicación y aclaración de dudas del paciente para reducir nivel de ansiedad. Tras la acogida del paciente se canalizará una vía venosa de calibre nº20 o mayor en fosa antecubital con inicio de sueroterapia de mantenimiento. Finalizado el cateterismo el paciente pasará a zona de recuperación monitorizado y se iniciará tolerancia oral y posición incorporada en sillón a las 2 horas postprocedimiento en cateterismo radial. Se desinflará compresión neumática radial a las 4 horas tras el procedimiento, siempre valorando signos de isquemia, hemorragia y compresión neurovascular. En cateterismo cardiaco por vía femoral los pacientes mantendrán reposo en cama hasta el día siguiente y el resto de indicaciones igual.

CONCLUSIÓN: El cateterismo cardíaco como diagnóstico y tratamiento precoz del SCA va adquiriendo en el ámbito sanitario una mayor relevancia, eficacia y rapidez. Es esencial que enfermería comprenda el procedimiento para resolver las dudas e informar al paciente. Además debemos realizar educación sanitaria asegurando unos cuidados integrales de calidad.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN ENFERMERÍA, CATETERISMO, CATETERISMO CARDÍACO, ENFERMERÍA.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA: CAUSAS Y SÍNTOMAS DE LAS ANGINAS DE PECHO

MERCEDES MARTINEZ CASTRO, ANA MARÍA MARTINEZ CASTRO, MARIA LUISA JIMENEZ VERA

INTRODUCCIÓN: Las anginas de pecho es una enfermedad que se producen en las arterias coronarias, son originadas por la falta de oxígeno en la sangre y en el corazón. La angina de pecho se identifican por una sensación de opresión en el pecho o de asfixia. Esta opresión se produce cuando el corazón tiene un déficit de oxígeno y no le llega lo suficiente. Esto puede ser debido a una obstrucción o un espasmo de las arterias coronarias.

OBJETIVOS: Determina las causas y los síntomas de los pacientes que sufren las anginas de pecho.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas base de datos : Bekia Salud. Utilizando como descriptor principal: Anginas de pecho.

RESULTADOS: La causa principal de las anginas de pecho es la aterosclerosis. La aterosclerosis es la grasa acumulada en las arterias, produciendo las anginas de pecho. La grasa se deposita en las arterias fumando, bebiendo, o por enfermedades como la diabetes , la obesidad, el colesterol o la hipertensión. Otras de las causas comunes de una angina de pecho, es la realización de una gran esfuerzo, una comida abundante o las altas temperaturas. En cuanto a los síntomas, el principal es el dolor y la opresión que dura entre 2-5 minutos. El dolor cursa con ansiedad, una sudoración fría, náuseas a causa de la falta de oxígeno y, en algunos casos, hasta vómitos. Si este dolor dura más de 15 minutos, y no se alivia con reposo, deberá acudir al médico inmediatamente ya que puede que esté sufriendo un infarto.

CONCLUSIÓN: Es muy importante saber diferenciar entre una angina de pecho y un infarto de miocardio. Aunque ambas enfermedades cursen con dolor en el pecho, en el infarto hay una reducción total del flujo sanguíneo mientras que en las anginas de pecho esta reducción es parcial.

PALABRAS CLAVE: ANGINAS DE PECHO, CAUSAS, ATEROESCLEROSIS, SÍNTOMAS.

DESCRIPCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

PATRICIA PEREZ MENENDEZ, IRENE DIAZ SOLDADO, URSULA BENITO GONZALEZ, LAURA CABRERA OVIES, NURIA GARCIA MARTIN

INTRODUCCIÓN: La Tensión Arterial es la presión ejercida por la sangre, sobre las paredes de las arterias, a su paso en cada contracción cardíaca. Podemos encontrar una presión arterial sistólica, que corresponde al valor máximo de la tensión arterial en sístole y la presión arterial diastólica que corresponde al valor mínimo de la tensión arterial en diástole.

OBJETIVOS: Determinar la tensión arterial patológica, los factores de riesgo existentes para padecerla, sus tipos, manifestaciones clínicas y finalmente su tratamiento.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos consultando las bases de datos Pubmed, MedLine, Cochranre y Scielo, sin restricción de fecha, en español. Se revisaron los abstracts y en los casos necesarios los artículos completos, teniéndose en cuenta finalmente artículos que ofrecían información acerca del tema.

RESULTADOS: En la última década se han presentado diferentes Guías sobre la Hipertensión Arterial. Los más significativos son el Documento Estadounidense y la Guía de la Sociedad Europea de Hipertensión junto con la Sociedad Europea de Cardiología. El primer documento expone la necesidad de reducir los límites de la presión arterial por debajo de 140/90mmHg, así como de advertir de una posible hipertensión, a medio plazo, cuando los niveles se encuentran entre 120-139/ 80-89mmHg. Por otro lado La Guía Europea, plantea que el propósito del tratamiento debe ser la reducción de la morbimortalidad cardiovascular y de los factores de riesgo cardiovascular asociados.

CONCLUSIÓN: Es de vital importancia conocer los problemas de salud pública que afectan a nuestra sociedad, la hipertensión arterial representa un problema de salud social, pues esta afecta a gran parte de la población, particularmente mayores de 40 años y más a hombres que a mujeres. Es necesario conocer las bases de la enfermedad para reconocer su origen y posible tratamiento, además de conocer los factores de riesgo para así reducirlos y evitar contraer la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: HTA, SALUD, HIPERTENSIÓN, SISTÓLICA, DIASTÓLICA, CARDIOLOGÍA.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE CARDIOLOGÍA

MARIA DE LOS ANGELES CALVENTE LUQUE, FLORENCIA VILLAREJO AMOR, CARMEN CALVENTE LUQUE

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en la población y de enfermedad en los países de occidente. Todo ello a pesar de los avances en el conocimiento de los factores de riesgo que llevan a sufrir esas enfermedades y a los conocimientos que se tienen sobre los graves problemas que conlleva sufrir esas patologías.

OBJETIVOS: Determinar las principales actuaciones terapéuticas para prevenir las enfermedades cardíacas y circulatorias.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Se debe realizar una Medicina preventiva desde el área de Cardiología para educar a la población a que lleve unos correctos hábitos de vida saludable. Los principales objetivos de la cardiología preventiva son aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida del paciente. Para evitar sufrir enfermedades cardiovasculares se debería concienciar a la población sobre los riesgos que lleva tener determinadas costumbres como el hábito del tabaquismo, el consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, la vida sedentaria, la obesidad, etc.

CONCLUSIÓN: Un factor de riesgo cardiovascular es una conducta que aumenta la probabilidad de padecer o morir por una enfermedad cardiovascular en algunos individuos. A veces detalles pequeños como controlar el consumo de sal, realizar alguna actividad física, cuidarnos día a día son fundamentales para evitar padecer enfermedades cardiovasculares y cumplir años con salud.

PALABRAS CLAVE: ÁREA DE CARDIOLOGÍA, CUIDADOS PREVENTIVOS, FACTORES DE RIESGO, CUIDADOS DEL CORAZÓN.

LOS BENEFICIOS DE LA DIETA MEDITERRÁNEA CONTRA LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

CRISTINA FERNÁNDEZ ALAMEDA, LAURA FERNANDEZ ALAMEDA, MARIA NAZARET LOPEZ ZAMORA

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en el mundo, lo cual supone un gran problema de salud en la sociedad. Existen numerosos estudios que han demostrado el efecto saludable y cardioprotector de la dieta mediterránea. Esta dieta tiene como objetivo la disminución del consumo de grasas saturadas y de hidratos de carbono, y un consumo equilibrado de grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas.

OBJETIVOS: Conocer los beneficios de la dieta mediterránea sobre las enfermedades cardiovasculares.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática, en la que se han utilizado las siguientes bases de datos: Scielo, Pubmed, Medline Plus y Scholar Google. Los descriptores utilizados han sido: “Dieta mediterránea”, “enfermedades cardiovasculares”, “beneficios dietéticos” y “placas de aterosclerosis”. Del total de 30 artículos preseleccionados, finalmente se han seleccionado 8 para su estudio.

RESULTADOS: La evidencia ha demostrado, que ciertos hábitos dietéticos pueden tener efectos sobre los mecanismos de aterosclerosis. Desde hace décadas, la dieta mediterránea se ha difundido por su efecto protector contra las enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares. Esta dieta no trata solo de priorizar los grupos de alimentos, sino de conocer la forma de seleccionarlos y cocinarlos. Además, en esta dieta se incluye la realización de actividad física y un descanso adecuado.

CONCLUSIÓN: Las enfermedades cardiovasculares suponen un gran porcentaje de las muertes del mundo. Por ello, desde hace años, se hace hincapié en su prevención. La dieta mediterránea se ha considerado protectora de estas enfermedades, y las enfermeras debemos educar a la población sobre sus beneficios.

PALABRAS CLAVE: DIETA MEDITERRÁNEA, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, BENEFICIOS DIETÉTICOS, PLACAS DE ATEROMA.

ADMINISTRACIÓN DE FUROSEMIDA SUBCUTÁNEA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

MARÍA JOSE GÓMEZ DE LA TORRE, ALICIA GALLARDO SÁNCHEZ , MÓNICA MARTÍNEZ MOLINA

INTRODUCCIÓN: La furosemida se trata de un diurético potente, se usa en solitario o en combinación con otros fármacos para tratar la HTA y el edema, siendo un tratamiento de primera elección para el tratamiento de la IC. Sólo existe en dos formas farmacéuticas: comprimidos y ampolla. Puede administrarse IV, SBC e IM.

OBJETIVOS: Identificar cuál es el fármaco más utilizado para la insuficiencia cardíaca.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica. Los métodos de búsqueda fueron búsquedas independientes de artículos relacionados con la administración de furosemida SBC en la insuficiencia cardíaca publicados entre 2005 y 2017 realizadas en Web Of Science, PubMed, Scielo y CUIDEN. Los descriptores fueron “furosemida” y “insuficiencia cardíaca” y “vías de administración” y “subcutánea”. No se aplicó ninguna restricción de idioma. Fueron analizados 5 artículos, de los cuales fueron seleccionados 3.

RESULTADOS: El fármaco más utilizado es la furosemida, cuya acción se puede ver afectada cuando se toma vía oral por muchos factores y se hace necesario un ingreso hospitalario para su administración IV. Una alternativa para no ingresarlos la administración ambulatoria de furosemida SBC mediante elastómeros, que según numerosos estudios demuestran que es efectiva porque permite una atención ambulatoria sin tener que ser controlada a diario, buena tolerancia, efectividad reduciendo el coste de los posibles ingresos hospitalarios, y control de pacientes terminales o descompensados.

CONCLUSIÓN: Esta vía de administración alternativa podría solucionar muchas dificultades que presentan este tipo de pacientes, como la dificultad de venopunción, falta de adherencia al tratamiento, reingresos, descompensaciones... Se trata de una vía muy efectiva y con pocas complicaciones clínicas, y, de forma ambulatoria solo habría que programar revisiones periódicas.

PALABRAS CLAVE: FUROSEMIDA, SUBCUTÁNEA, INSUFICIENCIA CARDÍACA, VÍAS DE ADMINISTRACIÓN.

INDICACIONES PARA LA IMPLANTACIÓN DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

MARÍA JOSE GÓMEZ DE LA TORRE, ALICIA GALLARDO SÁNCHEZ , MÓNICA MARTÍNEZ
MOLINA

INTRODUCCIÓN: El desfibrilador automático implantable (DAI) es un dispositivo similar a un marcapasos que controla el ritmo cardíaco. Si detecta un problema no demasiado grave, libera impulsos eléctricos indoloros para corregir el ritmo. Si no da resultado o detecta un problema grave libera un choque eléctrico (cardioversión) que si no funciona, libera una carga más potente para desfibrilar.

OBJETIVOS: Revisar la bibliografía nacional e internacional de los antecedentes en la implantación de DAI. Explorar las dificultades, expectativas y beneficios de su uso, así como sus posibles complicaciones. Exponer las ventajas y desventajas de su uso, así como sus indicaciones y contraindicaciones.

METODOLOGÍA: Los métodos de búsqueda utilizados para identificar estudios relevantes fueron búsquedas independientes de artículos relacionados con DAI (Desfibriladores automáticos implantables) publicados entre 2005 y 2017, realizadas en Web of Science, PubMed, Scielo y CUIDEN. Las palabras clave que se utilizaron fueron “DAI” & “desfibrilador automático implantable” & “indicaciones” y sus equivalentes en inglés. No se aplicó ninguna restricción de idioma. Fueron analizados 5 artículos, de los cuales fueron seleccionados 3 de ellos.

RESULTADOS: En prevención primaria se implantan en: disfunción del ventrículo izquierdo tras infarto, síndrome de Brugada, síndrome del QT largo y miocardiopatía hipertrófica En prevención secundaria se implantan en muerte súbita resucitada, taquicardia ventricular documentada, fibrilación ventricular o taquiarritmias documentadas. En cualquier caso, es muy eficaz en personas susceptibles a sufrir PCR extrahospitalaria.

CONCLUSIÓN: El DAI es muy eficaz para reducir el riesgo de muertes súbitas en pacientes con patologías cardíacas de base, permite a la persona tener una independencia total en su vida diaria ya que no interfiere para nada en ella. Es un dispositivo costoso y no todos los pacientes cardiacos son candidatos de su implantación, además requeriría del diagnóstico precoz de muchos de ellos que aún no han sido diagnosticados y podrían padecer una muerte súbita o PCR.

PALABRAS CLAVE: DAI, DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE, INDICACIONES, DESFIBRILADOR INTERNO.

LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA EN PACIENTE GERIÁTRICO

ALBA MARIA RUIZ CASTILLO, ANA FERNÁNDEZ GIRÓN, ESTEFANIA SANTOS MUÑOZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 81 años, hipertenso desde hace 20 años y diagnosticado de DM tipo 2 hace 5 años. Acude al servicio de urgencias por un cuadro progresivo de intolerancia al esfuerzo y ortopnea ocasional, que evoluciona hasta hacerse de reposo esta última semana.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Valoración por sistemas: Sistema neurológico: consciente y orientado, angustiado. Sistema respiratorio: FR: 33 resp/min. Respiración estertorosa. Tiraje intercostal. Auscultación pulmonar: ruidos crepitantes en ambas bases pulmonares. SatO₂: 88%. Sistema cardiocirculatorio: FC: 115 lat/min, rítmica; TA: 145/95 mmHg; ingurgitación yugular. Sistema digestivo: distensión abdominal, se ausculta peristaltismo. Sistema urinario: oligoanuria, orina colúrica. Sistema cutáneo: palidez de piel y mucosas, diaforesis y frialdad. Temperatura corporal 35,5°C. Sistema músculo-esquelético: deterioro de la movilidad, incapacidad para completar por sí mismo las actividades de la vida diaria. Edemas en miembros inferiores. Pruebas complementarias: Análítica básica (bioquímica, hemograma, coagulación, troponinas y Dímeros). Gasometría arterial. Electrocardiograma de 12 derivaciones y monitorización electrocardiográfica. RX de tórax. Ecocardiograma.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia Cardíaca aguda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Existen tres grandes grupos de situaciones en las que debe plantearse el diagnóstico de insuficiencia cardíaca: Pacientes con disnea (patologías bronco-pulmonares). Pacientes con estados congestivos (que consultan por síndrome edematoso). Pacientes con estados hiperdinámicos (hipertiroidismo, anemia, estados febriles…).

CONCLUSIONES: A pesar de conocerse la IC desde hace más de 2 mil años, su prevalencia sigue aumentando y su mortalidad ha cambiado ligeramente en contraste con otras enfermedades cardiovasculares. La actualización de conocimientos acerca de la IC es vital, la labor de la enfermera es de extraordinario valor en el manejo de esta enfermedad y contribuye con sus cuidados a la disminución de la mortalidad, empezando por prevenir su aparición tratando adecuadamente aquellos individuos con factores de riesgo.

PALABRAS CLAVE: VALORACIÓN, PRUEBAS, CASOS CLÍNICOS, INSUFICIENCIA CARDÍACA, DIAGNÓSTICO.

TAQUICARDIA DE REPETICIÓN EN PACIENTE CON TRATAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANA MARIA SANCHEZ GARCIA, ISABEL MARIA GÓMEZ ZOTANO, YOLANDA PEÑA BECERRA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 66 años acude a consulta por taquicardia desde hace 2 años de inicio brusco y duración variable, suele ceder con tratamiento, pero que en las últimas semanas ha aumentado la frecuencia de los episodios y se añaden mareos a la clínica. Intolerancia a la codeína, HTA, no diabetes, no dislipemia, no hábitos tóxicos. Antecedentes cardiológicos: diagnosticada de taquicardia hace 20 años, con tratamiento habitual de Enalapril 5mg y emconcor 5mg c/24 horas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: TA: 160/90mmHg; FC 71 lpm. No ingurgitación yugular; AC: rítmico, soplo protosistólico mitral. MMII sin edemas ni signos de TVP. Pruebas complementarias: Electrocardiograma: Ritmo inusual a 71 lpm. PR, QRS y QT Dentro de la normalidad. EV aislada. Analítica de sangre dentro de los parámetros normales.

JUICIO CLÍNICO: TPSV (taquicardias paroxística supraventriculares). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Palpitaciones sobre corazón estructuralmente normal. Taquicardia paroxística supraventricular. La causa de una arritmia es casi siempre una extrasístole o debido a un aumento del automatismo, del mecanismo de reentrada o de postpotenciales como generadores de arritmias.

CONCLUSIONES: En relación al tratamiento de la paciente se aumenta bisoprolol a 5mg 1 comprimido en desayuno y medio en cena. Se plantea EEF y ablación (en la que se explican riesgos a la paciente) y se solicita Holter 24 horas y ETT y revisión anual para su control.

PALABRAS CLAVE: TAQUICARDIA, TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR, TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, ABLACIÓN POR CATÉTER.

PLAN EDUCATIVO PARA EL PACIENTE CON RIESGO CARDIOVASCULAR: HIPERTENSIÓN ARTERIAL

SUSANA GONZALEZ TORREMOCHA, MARIA DEL SOCORRO VILLAR VÁZQUEZ, MANUELA ROMERO DEL REAL, ZAIDA RAMOS ROMERO

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades cardiovasculares son aquellas que afectan al corazón y a las arterias. Son importantes por ser muy frecuentes y graves: constituyen la principal causa de muerte en los países desarrollados. Factores implicados en la enfermedad cardiovascular: HTA, edad, sexo, IMC, obesidad, tabaco, antecedentes, familiares, colesterol, sedentarismo, diabetes... La HTA es el motivo de consulta más frecuente entre las patologías coronarias. Su importancia viene determinada no solo por su alta frecuencia en la población, sino por ser un factor de riesgo cardiovascular claramente establecido.

OBJETIVOS: Determinar pautas para: Capacitar al paciente en la vigilancia del tratamiento y prevención de las complicaciones derivados de su enfermedad. Adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para favorecer la adaptación a la nueva situación de salud. Desarrollar la autoobservación y el autocuidado, hábitos de vida saludables. Que comprenda y controle el tratamiento farmacológico.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: El paciente conocerá las recomendaciones dietéticas y estrategias saludables, para su bienestar. El paciente conocerá el tratamiento farmacológico y la importancia del cumplimiento terapéutico. El paciente conocerá el significado de su enfermedad. El paciente conocerá la técnica correcta para medir la presión arterial. El paciente conocerá los factores de riesgo cardiovasculares: directo o indirectos. El paciente conocerá las posibles complicaciones de la HTA.

CONCLUSIÓN: Es importante: Evitar el sobrepeso. Reducir o evitar la ingesta de alcohol. Realizar actividad física regular, adaptada a cada paciente. Són medidas eficaces para reducir las cifras de la presión arterial.

PALABRAS CLAVE: SALUD, CUIDADOS, EDUCACIÓN, CONOCIMIENTO.

PROCEDIMIENTO Y MEDICIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN ENFERMERÍA

FRANCISCO JAVIER GUTIÉRREZ BARRERA, SANDRA GUERRERO GÓMEZ, ALBERTO GUERRERO MERCEDES

INTRODUCCIÓN: La Hipertensión Arterial es una de las patologías que con más facilidad se puede diagnosticar durante un examen periódico de salud. Sin embargo, frecuentemente se llevan a cabo errores en la medición de la misma, por no realizar una técnica correcta y usar aparatos que garanticen la fiabilidad de las cifras obtenidas.

OBJETIVOS: Identificar las principales recomendaciones a llevar a cabo para realizar una correcta técnica de medición de la tensión arterial.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Dialnet, centrando nuestro estudio en 5 artículos. Se empleó un filtro de idioma, reduciendo la búsqueda a artículos publicados en castellano y en un periodo de tiempo, limitándonos a artículos publicados entre los años 2007-2017.

RESULTADOS: El ambiente debe ser tranquilo y confortable. El paciente evitará el tabaco, el consumo de estimulantes y practicar ejercicio previamente a la determinación. El manguito estará a la altura del corazón del paciente, debiendo ser el brazalete al menos 2/3 superior al perímetro del brazo y su borde inferior estar entre 2 y 3 cm por encima de la flexura del codo. Emplearemos la primera fase de Korotkoff para la PA sistólica y la quinta fase para la PA diastólica. En aquellas circunstancias en las que esta fase no esté clara, se utilizará para la PA diastólica la amortiguación del pulso (cuarta fase de Korotkoff). Debemos realizar la medida en ambos brazos la primera vez, hacer como mínimo dos medidas y obtener la media entre ambas, así como evitar la medición en posición de pie y acostado.

CONCLUSIÓN: Es fundamental que los profesionales de enfermería realicen una adecuada medición de la presión arterial, ya que una mala técnica puede llevar a clasificar incorrectamente a los pacientes, con el consiguiente riesgo para su salud.

PALABRAS CLAVE: PROCEDIMIENTO, MEDICIÓN, TENSIÓN ARTERIAL, ENFERMERÍA.

ASCITIS Y EDEMAS REFRACTARIOS DE CAUSA CARDIOLÓGICA

PATRICIA FERNÁNDEZ GARCÍA, ENRIQUE SANCHEZ RELINQUE, VIRGINIA DELGADO GIL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente con antecedentes de pericarditis por Virus Coxsackie que cursó con derrame pericárdico severo precisando pericardiocentesis. Es remitido desde Consulta de Digestivo por ascitis refractaria y edemas en miembros inferiores sin causa digestiva. Con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca de predominio derecho se solicita resonancia cardíaca siendo los hallazgos compatibles con Pericarditis Constrictiva.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Regular estado general. Eupneico en reposo. Obeso. Auscultación cardio-pulmonar rítmica sin soplos con tonos apagados. Disminución del murmullo vesicular de manera global sin ruidos patológicos sobreañadidos. Exploración de miembros inferiores con pulsos periféricos simétricos, palpables y bilaterales. Edemas con fovea bilaterales hasta raíz de miembros inferiores. Ascitis sin ser a tensión. Electrocardiograma: ritmo sinusal, eje QRS normal. Ondas T negativas en I,II, III, AVF, y V4-V6. **RADIOGRAFÍA TÓRAX:** Cardiomegalia. Aumento de la trama broncovascular con redistribución hacia campos superiores. **RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR CARDÍACA:** engrosamiento patológico del pericardio anterior e inferior con mayor grosor a nivel de surco auriculoventricular (AV) derecho (7.4 Mm) sin derrame. Desplazamiento de septo hacia la izquierda en sístole y en inspiración. Derrame pleural derecho moderado, aumento de tamaño de cavas inferior y superior. Ascitis. Hallazgos compatibles con Pericarditis Constrictiva.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia cardíaca descompensada de predominio derecho. Pericarditis constrictiva.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Miocardiopatía restrictiva. Enfermedad tromboembólica crónica pulmonar.

PLAN DE CUIDADOS: Es derivado al Servicio de Cirugía Cardíaca interviniéndose de pericardiectomía anterior y ventana pleuroepicárdica bilateral por esternotomía media. Evolución favorable en el postoperatorio precoz y tardío con pérdida de 32 kg de peso desde su primera visita.

CONCLUSIONES: La pericarditis constrictiva crónica es una enfermedad poco frecuente que se desarrolla como resultado de un proceso inflamatorio crónico que ocasiona fibrosis y engrosamiento del pericardio, lo que causa una pérdida de elasticidad que limita el llenado diastólico ventricular. La pericardiectomía se ha establecido como el único tratamiento para mejorar la dinámica cardíaca.

PALABRAS CLAVE: ASCITIS, EDEMAS, PERICARDITIS, CONSTRICCIÓN.

A PROPÓSITO DE UN CASO: INSUFICIENCIA AÓRTICA SEVERA POR PRÓTESIS AÓRTICA BIOLÓGICA DEGENERADA Y DOBLE TUMORACIÓN PRIMARIA

PATRICIA FERNÁNDEZ GARCÍA, ENRIQUE SANCHEZ RELINQUE, VIRGINIA DELGADO GIL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 75 años que durante el seguimiento de su prótesis aórtica biológica se objetiva insuficiencia aórtica severa decidiéndose corrección de su valvulopatía de manera percutánea mediante la técnica “valve in valve” en AngioTAC de aorta torácica y arterias ilíacas de cara se objetiva tumoración a nivel de colon distal así como pólipo vesical. Se diagnostica finalmente de adenocarcinoma de colon distal estadio 2 sin afectación ganglionar y tumor vesical primario no infiltrante.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Auscultación cardiopulmonar: rítmico con soplo sistólico III/VI sugestivo de hiperaflujo y con extensión diastólica. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. No edemas en miembros inferiores. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 65 latidos por minutos. Intervalo PR normal. Signos de hipertrofia ventricular izquierda y de crecimiento auricular izquierdo. Ecocardiografía transtorácica: Ventrículo izquierdo ligeramente dilatado con función sistólica normal. Prótesis aórtica biológica con jet de insuficiencia aórtica severa central. Hipertensión pulmonar ligera. Cateterismo cardíaco: lesión severa en arteria descendente anterior proximal que se revasculariza mediante stent farmacoactivo.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia aórtica severa por prótesis degenerada. INSUFICIENCIA AÓRTICA SEVERA POR PROTÉSIS DEGENERADA. Valve in Valve. Adenocarcinoma de Colon Distal y Tumor vesical no infiltrante. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Endocarditis Protésica.

PLAN DE CUIDADOS: Se debate el manejo del paciente teniendo en cuenta la imposibilidad de retirar la doble antiagregación. Decidimos implantar válvula percutánea aórtica para optimizar situación cardiológica y posponer tres meses la cirugía. El paciente es intervenido de manera conjunta por Cirugía Digestiva y Urología, sin complicaciones en el postoperatorio inmediato ni a largo plazo siendo necesario tratamiento quimioterápico neoadyuvante.

CONCLUSIONES: El implante percutáneo de la válvula aórtica (TAVI) como tratamiento de una bioprótesis degenerada (valve-in-valve) es una alternativa terapéutica cada vez más empleada. En la actualidad, con el mayor implante de bioprótesis, mayor edad de los pacientes y aumento de comorbilidades, esta es una alternativa menos invasiva para el tratamiento de la disfunción protésica degenerativa.

PALABRAS CLAVE: TAVI, INSUFICIENCIA AÓRTICA, TUMOR VESICAL, CÁNCER DE COLON.

EXTRASÍSTOLIA FRECUENTE COMO CAUSA DE PÉRDIDA DE RESINCRONIZACIÓN

PATRICIA FERNÁNDEZ GARCÍA, ENRIQUE SANCHEZ RELINQUE, VIRGINIA DELGADO GIL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude al servicio de urgencias por empeoramiento de su clase funcional en el contexto de infección respiratoria no condensante así como hiperpotasemia en paciente renal. En el EKG a la llegada se objetiva bigeminismo ventricular monomorfo (eje positivo y morfología BRD) realizándose telemetría de DAI/TRC donde se objetiva normal funcionamiento pero una pérdida de estimulación ventricular al 62% (biventricular del 99%). Se programa a una frecuencia mínima de 65lpm, ya que con ésta se consigue la desaparición de la extrasístolia. Holter 24h con extrasístolia monomorfa de muy alta densidad (40% de registro).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, bien hidratado, bien perfundido, eupneico en reposo, normocoloreado. Auscultación cardiaca arrítmica a unos 50-55 lpm. Auscultación pulmonar normal con disminución del mv de forma global, crepitantes bibasales y ronus en ambos hemitórax. MMII: sin edemas.

JUICIO CLÍNICO: Cardiopatía isquémica crónica: iam inferior en 2007. Enfermedad de tci y tres vasos revascularizada de forma percutánea en 2007. Vi dilatado con fevi severamente deprimida. Portador de dai/trc con pérdida de respuesta. Extrasístolia ventricular monomorfa frecuente. Ablación del foco de extrasístole.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Fibrilación auricular.

PLAN DE CUIDADOS: Se contacta con Unidad de Arritmias para ablación de foco de extrasístolia procediéndose a estudio electrofisiológico y ablación con sistema Carto 3 aplicándose radiofrecuencia en el borde lateral de la cicatriz de infarto previo, a nivel medio-basal.

CONCLUSIONES: La documentación de porcentajes no óptimos de estimulación biventricular en pacientes con TRC es un problema muy frecuente y relevante que tiene una incidencia muy elevada, especialmente en los primeros meses tras el implante. Un seguimiento estrecho de los pacientes y evaluar y abordar adecuadamente las potenciales causas (sobre todo las arritmias auriculares y los problemas relacionados con el cable de VI) permiten restablecer la terapia de manera óptima en la mayoría de los casos sin detrimento de la supervivencia.

PALABRAS CLAVE: ESCARA, TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN, EXTRASÍSTOLES, ABLACIÓN FOCO.

CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

LARA GUTIERREZ GONZALEZ, LAURA SUÁREZ FERNÁNDEZ, GUILLERMO DIEZ GOMEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 73 años que acude a urgencias por disnea de unas 3 semanas de evolución que va en aumento hasta volverse de reposo y dolor torácico. Paciente hipertenso, exfumador, bebedor de 50 gr de etanol al día. Ca escamoso de pulmón lóbulo superior izquierdo a tratamiento concomitante con radioterapia y quimioterapia diagnosticado en abril 2017. Tuberculosis en la infancia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general salvo palidez cutánea, leve taquipnea en reposo. EEF: no edemas, no signos de IVC ni TVP. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias, peristalsis conservada. Tórax: murmullo ventricular conservado, no roncus ni soplos ni roce. EKG: taquicardia sinusal. Analítica y gasometría: cabe destacar el valor del dímero D por encima de 5000ng/ml. Con los resultados de los estudios realizados se pide al servicio de radiología un tac helicoidal pulmonar TAC helicoidal: informado por el radiólogo confirmando la sospecha clínica de tromboembolismo pulmonar agudo.

JUICIO CLÍNICO: Tenemos unos indicadores que nos hacen sospechar dicho diagnóstico que son: HTA, Paciente oncológico, FC mayor de 100 x, Disnea súbita en paciente con factores predisponentes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Infarto miocardio. Neumonía. Insuficiencia cardiaca congestiva izquierda. Pericarditis. Neumotórax.

PLAN DE CUIDADOS: Los diagnósticos enfermeros son: Ansiedad relacionada con el ingreso y el proceso de enfermedad. Alteración del patrón respiratorio relacionado con su proceso y dolor. Déficit de autocuidados: higiene, aseo, alimentación, eliminación relacionado con la inmovilidad. Riesgo de infección relacionado con la venoclisis. Riesgo de estreñimiento relacionado con la inmovilidad. Alteración del patrón del sueño relacionado con la hospitalización y proceso. Déficit de conocimientos respecto al manejo de los cuidados de salud requeridos por su enfermedad.

CONCLUSIONES: Patología confirmada con una prueba de imagen justificada con el resultado del dímero D en la coagulación.

PALABRAS CLAVE: DISNEA, COMPLICACIÓN TVP, COMPLICACIÓN TUMORAL, TAC HELICOIDAL, DOLOR PLEURÍTICO.

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

JAIME SALINAS LORENZO, ANA MARTA DA SILVA REBELO TAVARES DOS SANTOS, MARIA ISABEL BELLIDO MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: El accidente cerebrovascular se trata de una repentina pérdida de la función neurológica a consecuencia de una lesión vascular en el cerebro, se produce de forma rápida. Se destacan dos tipos de ACV el isquémico o el hemorrágico. El ACV puede producirse por numerosas causas, la gran mayoría son modificables.

OBJETIVOS: Analizar la importancia de la prevención del accidente cerebrovascular y sus factores de riesgo.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica. Este trabajo fue realizado entre noviembre y diciembre de 2017. Las bases de datos utilizadas, fueron: Cuiden plus, Proquest, Scielo. A través de estas bases, se recopilaron unos 18 artículos en su mayoría artículos de revista científicas. Todos los artículos fueron limitados en los últimos siete años, con el fin de poder garantizar la actualidad de este trabajo. Las fórmulas de búsqueda utilizadas, han sido: Accidente cerebrovascular AND Factores de riesgo AND Enfermería; [Accidente cerebrovascular OR ACV] AND prevención AND Enfermería.

RESULTADOS: Tal y como muestran los diferentes resultados, existe una serie de causas, de las cuales la mayoría son modificables, que producen el ACV, según los diferentes autores se destacan: la mala alimentación, la inactividad física, la hipertensión, la diabetes, el alcohol y el tabaco. Si se trata sobre estos factores de riesgo modificables se puede reducir la incidencia del ACV. Por otro lado, según los autores existen una serie de factores que no son modificables, estos son: la edad, el sexo, la raza, predisposición genética y bajo peso al nacer.

CONCLUSIÓN: Se ha demostrado que el control de los factores de riesgo y los hábitos de vida saludables, tales como: ejercicio físico de forma regular, una alimentación saludable, un control de la TA, peso, colesterol, frecuencia cardiaca; puede llegar a reducir en gran parte la incidencia de sufrir un ACV.

PALABRAS CLAVE: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, ACV, ENFERMERÍA, FACTORES DE RIESGO, PREVENCIÓN.

PREVENCIÓN DE LA MUERTE SÚBITA EN EL DEPORTE

FRANCISCA BELÉN TEJEIRA FERNÁNDEZ, MARIA DEL CARMEN GARCÍA PÉREZ, MARIA DEL CARMEN MONTES GARCÍA

INTRODUCCIÓN: La muerte súbita en el deporte es una muerte brusca e inesperada. Esta ocurre durante o a la hora posterior de realizar una actividad física.

OBJETIVOS: Conocer qué es la muerte súbita, qué puede hacer que lo sufran los deportistas y cómo prevenirla.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como Jano y Ser salud. Los descriptores que se han utilizado son: deporte, enfermedad cardiovascular, desfibrilador, RCP, muerte súbita.

RESULTADOS: En las muertes de este tipo la causa más frecuente es la enfermedad coronaria. Suele suceder en edades comprendidas entre los 35 a 65 años. Enfermedades como miocardiopatías hipertróficas o dilatadas, miocarditis, displasia arritmogénicas de ventrículo derecho y otras... Como causas no cardíacas pueden ser el consumo de drogas, aneurisma cerebral, un golpe de calor, asma, deshidratación. Existen otras de origen genético por alteraciones cromosómicas. Para la supervivencia el factor principal será el rápido inicio de una reanimación cardiopulmonar y el uso de desfibriladores. Si se previene y se diagnostica las enfermedades cardiovasculares precozmente, será muy importante para su supervivencia. Preparar al equipo médico, auxiliares y deportistas realizando cursos de reanimación cardiovascular básica.

CONCLUSIÓN: Es necesario dotar a los espacios deportivos de desfibriladores y de personas cualificadas para usarlos. Es de gran importancia para la reanimación en la supervivencia en una parada cardiorrespiratoria.

PALABRAS CLAVE: DEPORTE, ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, DESFIBRILADOR, RCP, MUERTE SÚBITA.

LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES COMO LA PRIMERA CAUSA DE MUERTE EN LOS PACIENTES

RUBEN GOMEZ CRESPO, ROSA MARIA LOPEZ CASTILLO, MARIA DOLORES CRESPO RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: Las ECV (enfermedades cardiovasculares) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo.

OBJETIVOS: Determinar las pautas de actuación que deben establecer los pacientes para disminuir los factores de riesgos relacionados con las enfermedades cardiovasculares.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Está demostrado que el cese del consumo de tabaco, la reducción de la sal de la dieta, el consumo de frutas y hortalizas, la actividad física regular y la evitación del consumo nocivo de alcohol reducen el riesgo de ECV. Puede ser necesario prescribir un tratamiento farmacológico para la diabetes, la hipertensión o la hiperlipidemia, con el fin de reducir el riesgo cardiovascular y prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. Además se debe actuar sobre los factores de riesgo en relación a la alimentación variada y reducción de sal, la actividad física, dejar los hábitos no saludables tales como el tabaco y alcohol y detección precoz y tratamiento temprano con administración de fármacos.

CONCLUSIÓN: En torno al 90% de las muertes súbitas se producen por problemas cardíacos conocidos. Un cuarto de estas muertes podrían ser prevenidas por medio de cambios simples en el estilo de vida, tales como mantener un peso saludable, hacer ejercicio y controlar su diabetes. Por lo que es necesario disminuir el porcentaje de pacientes afectados por ECV y muertes por ECV mediante la prevención para eso es importante concienciar al paciente con patología cardíaca de la importancia de llevar una vida más saludable y al personal sanitario de la importancia de realizar pruebas diagnósticas preventivas.

PALABRAS CLAVE: MUERTE, PREVENCIÓN, CARDÍACO, SALUD PÚBLICA.

LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA DISNEA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC)

ALICIA CRUZ HERNÁNDEZ, INMACULADA ÁLVAREZ JIMÉNEZ, LOURDES HERMOSÍN MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardíaca es hoy día una patología muy frecuente en los pacientes europeos. La gran mayoría de los pacientes con síntomas de (ICC), presentan afectación en el ventrículo derecho, generando así una función diastólica anómala. Este tipo de patología viene originada por malos hábitos de la salud de los pacientes, consumo excesivo de grasas animales y hábitos de vida sedentarios.

OBJETIVOS: El objetivo es el de conocer cómo ha de intervenir los TCAE ante un paciente que presenta (ICC), seguimiento de los protocolos a seguir.

METODOLOGÍA: Recogida de datos a través de: búsqueda en libros, bases de datos y artículos de investigación sobre la aplicación del trabajo de los TCAE dentro de las zonas hospitalarias. Los descriptores utilizados han sido: insuficiencia cardíaca, congestión y protocolos.

RESULTADOS: Según los resultados obtenidos dentro del equipo de los TCAE, el protocolo de actuación sería mantener en perfecto estado el carro de paradas, por lo que se debe encargarse de: Mantener en perfecto estado el carro, materiales y mecanismos de reanimación. Siempre el material sea repuesto y una limpieza necesaria, para estar preparado para otro paciente, siempre a disposición. Cuando se realiza la reposición de materiales, ha de comprobarse los materiales y medicamentos, revisando caducidad y organizando, nunca mantener materiales caducados, ya que en el momento de utilización no se podrán revisar. Los equipos del carro de parada deben funcionar correctamente y deben ser comprobados periódicamente.

CONCLUSIÓN: No todos los pacientes con (ICC) son iguales, por lo que el TCAE debe conocer las funciones requeridas por cada paciente, de forma individualizada. Cuando se produce un estado de emergencia debido a un paciente con (ICC), cobra vital importancia el manejo de los TCAE, como cuidadores del paciente, aunque no debemos olvidar el entorno, su familia, aquí se demuestra la educación sanitaria para garantizar la calidad de la salud.

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA CARDÍACA, CONGESTIÓN, PROTOCOLOS, INTERVENCIÓN, PREVENCIÓN.

DETECCIÓN POR PARTE DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE UNA SITUACIÓN DE ANAFILAXIA EN PLANTA HOSPITALARIA

LOURDES HERMOSÍN MARTÍNEZ, ALICIA CRUZ HERNÁNDEZ, INMACULADA ÁLVAREZ JIMÉNEZ

INTRODUCCIÓN: El cuidado de los auxiliares de enfermería en las distintas plantas de un hospital es algo rutinario, no sólo se centra en la higiene personal del paciente sino en una atención primaria ante cualquier síntoma aparente del paciente, como puede ser la anafilaxia, que es una reacción aguda potencialmente letal, causada por la liberación masiva de mediadores químicos de mastocitos, basófilos y otras células inflamatorias. Se manifiesta con síntomas cutáneos, respiratorios, cardiovasculares o gastrointestinales.

OBJETIVOS: Determinar un protocolo de actuación con la finalidad de unificar criterios en la valoración y seguimiento de un paciente con anafilaxia y garantizar al paciente la resolución de su problema de anafilaxia con la máxima calidad y seguridad asistencial.

METODOLOGÍA: Recogida de datos a través de una búsqueda bibliográfica en revistas, libros, bases de datos y artículos de investigación sobre la aplicación del trabajo de los auxiliares de enfermería dentro de las zonas hospitalarias. Los descriptores utilizados han sido: seguridad, anafilaxia, shock, intervención y protocolo.

RESULTADOS: Según los resultados obtenidos dentro del equipo de los auxiliares de enfermería, el protocolo de actuación sería: Reconocer las manifestaciones clínicas de la anafilaxia, permite una rápida intervención en la solución de la misma. Conocer los pasos a seguir permite ofrecer unos cuidados de calidad que ayuden eficientemente a resolver un cuadro de anafilaxia en el paciente. La coordinación entre los diferentes profesionales de la salud mejora la calidad y seguridad asistencial al usuario.

CONCLUSIÓN: La labor de los auxiliares de enfermería requiere una disciplina, ellos deben tratar de reconocer las manifestaciones clínicas de la anafilaxia, permite una rápida intervención en la solución de la misma y ofrecer unos cuidados de calidad que ayuden eficientemente a resolver un cuadro de anafilaxia en el paciente.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD, ANAFILAXIA, SHOCK, PROTOCOLO, INTERVENCIÓN.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN CÓDIGO ICTUS

LOURDES HERMOSÍN MARTÍNEZ, ALICIA CRUZ HERNÁNDEZ, INMACULADA ÁLVAREZ JIMÉNEZ

INTRODUCCIÓN: El Ictus cerebral, es un proceso frecuente, hoy día cada vez es más frecuente en persona joven. Se origina por una alteración circulatoria cerebral que da lugar a un trastorno transitorio de la función de alguna parte del encéfalo. Según la naturaleza de la lesión se clasifican en isquemia cerebral y hemorragia cerebral.

OBJETIVOS: Conocer cómo y cuándo se iniciaron los síntomas para el abordaje del ictus isquémico con tratamiento y tratar de controlar al paciente durante las primeras 48 horas, ya que se podría volver a repetir.

METODOLOGÍA: Recogida de datos a través de una búsqueda bibliográfica en revistas, libros, bases de datos y artículos de investigación sobre la aplicación del trabajo de los auxiliares de enfermería dentro de las zonas hospitalarias. Los descriptores utilizados han sido: ictus, abordaje, controlar, cerebral agudo, circulación y hemorragia cerebral.

RESULTADOS: Según los resultados obtenidos dentro del equipo de los auxiliares de enfermería, el protocolo de actuación sería: Contactar con la familia para proporcionarle sus pertenencias. Retirar la ropa, prótesis dentales. Solicitar la historia clínica del paciente. Avisar a laboratorio de la llegada de un código ictus. Tomar la temperatura.

CONCLUSIÓN: El aumento de la incidencia del ictus se debe a los cambios de hábitos de la sociedad, tenemos una sociedad cada vez más envejecida y unos hábitos alimentarios poco saludables, los excesos pueden producir un episodio de ictus. El aumento de la incidencia de ictus se debe al envejecimiento de la población que, junto con la reducción de su mortalidad explica el aumento de su prevalencia. El ictus es una urgencia neurológica que precisa una intervención diagnóstica y terapéutica inmediata. La isquemia requiere horas en su desarrollo y este tiempo, denominado ventana terapéutica, ofrece la posibilidad de prevenir o minimizar el infarto cerebral.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, CIRCULACIÓN, HEMORRAGIA CEREBRAL, CONTROLAR.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROGRAMADA PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS

ARACELI ARIAS ASENJO, NOELIA TORAL MORENO, EVELIN CORONADO SÁNCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 56 años ingresado en la Unidad Coronaria para implante de marcapasos. No alergias medicamentosas conocidas, no hábitos tóxicos y con antecedentes de dislipemia. Cardiopatía congénita tipo tetralogía de Fallot. Intervención de Blalock-Taussing. Insuficiencia aórtica severa+ VI dilatado+ FEVI deprimida. Lobectomía pulmonar izquierda y endoprótesis en arteria subclavia. Apendicitis+Peritonitis que precisó intervención quirúrgica. Actualmente, el paciente se encuentra en tratamiento con Furosemida, Sintrom y Pravastatina. A los dos meses previos al ingreso, presenta disnea, ortopnea y edemas en extremidades inferiores, se objetiva bloqueo auriculoventricular completo, ingresándose posteriormente para implante de marcapasos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Eupneico en reposo, afebril. Soplo sistólico paraesternal izquierdo, 40 lpm. Pruebas complementarias: ECG: Bloqueo aurículo-ventricular completo a 40 lpm. Analítica: Leucocitos 7600, plaquetas 131000, INR 1.7, Glucosa 106. Na+ 142, K+ 4.5. Angiotac: Prótesis en arteria subclavia izquierda permeable; arterias carótidas permeables y arteria subclavia derecha. Venas subclavias, yugulares, tronco venoso y vena cava permeable. Ecocardiograma: Normal Prótesis aórtica metálica, con insuficiencia periprotésica anterior. Ecocardiograma transesofágico: Normofuncionante.

JUICIO CLÍNICO: Paciente candidato a implantación de marcapasos tras confirmar con electrocardiograma, bloqueo auriculoventricular completo. **PLAN DE CUIDADOS:** Evitar realizar esfuerzos físicos como miembro superior izquierdo durante tres después. Aplicar hielo local sobre herida quirúrgica. No se realizarán curas de la herida quirúrgica hasta la retirada de puntos. Explicar al paciente los consejos a la hora de llevar el marcapasos, y llevar siempre consigo la tarjeta de portador de marcapasos.

CONCLUSIONES: Las personas con un marcapasos implantado pueden llevar a cabo una vida normal, aunque deben tener en cuenta unas mínimas medidas de seguridad. Hay que tener en cuenta que existen interferencias electromagnéticas que pueden afectar al normal funcionamiento de un marcapasos. Tener una buena relación interprofesional para obtener un diagnóstico rápido, en el que la toma de frecuencia cardíaca y realizar EKG de manera urgente resultan primordiales para realizar un abordaje eficaz.

PALABRAS CLAVE: CORAZÓN, BLOQUEO ATRIOVENTRICULAR, BRADICARDIA, MARCAPASO ARTIFICIAL.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

PATRICIA HERMOSA SÁNCHEZ DE IBARGÜEN, VERÓNICA VEGA GÓMEZ, JESÚS MUÑOZ FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: La mayoría de los pacientes con insuficiencia cardíaca son crónicos, por ello, es necesario un adecuado control de signos y síntomas que anuncien un empeoramiento de la enfermedad. Durante la hospitalización, es imprescindible proporcionar los correspondientes cuidados de enfermería que regulen los signos y síntomas que presenta.

OBJETIVOS: Describir los cuidados de enfermería ante un paciente hospitalizado por insuficiencia cardíaca.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre las funciones que enfermería en revistas y bases de datos científicas (pubmed, medline, Cochrane, Elsevier), usando como descriptores: enfermería, insuficiencia cardíaca, cuidados, tratamiento.

RESULTADOS: Como norma general habría que administrar oxigenoterapia, vigilar que el paciente guarde reposo, pautar una dieta baja en grasa y sodio, administrar el correspondiente tratamiento médico (diuréticos, antiarrítmicos, antiHTA...). Además se tendrá que controlar en todo momento la función respiratoria (frecuencia y profundidad, tos, disnea, tiraje, esputos sonrosados...), la circulación periférica (edemas, color y temperatura de la piel, ascitis...), el nivel de conciencia y la función renal (cantidad y color de la orina). Todo ello con el objetivo de reducir el volumen de líquidos, mejorar el riego sanguíneo, disminuir la ansiedad, la fatiga y mejorar la tolerancia a la actividad física.

CONCLUSIÓN: Cuando un paciente requiere hospitalización, en un primer momento los cuidados de enfermería irían enfocados al control de síntomas que ponen en riesgo inminente su vida. Pero cuando esta situación está controlada, es de vital importancia la educación para la salud, ya que el paciente tendrá que convivir con esta enfermedad durante toda la vida, y tendrá que ser él quien se encargue del control de síntomas y de su cuidado para que estos no vayan a peor y tenga una calidad de vida lo más correcta posible.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, TRATAMIENTO, INSUFICIENCIA CARDÍACA, ENFERMERÍA.

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

VERONICA MORENO FERNANDEZ, MARIA DEL MAR MORENO SANTISTEBAN, MARIA LUZ RUBIO ROMERO

INTRODUCCIÓN: El Técnico Cuidados de enfermería desempeña un papel clave para responder a las necesidades de información que intervenciones complejas y relativamente novedosas plantean en el paciente.

OBJETIVOS: Conocer como actúa el técnico en cuidados de enfermería ante un paciente de cardiología, así como sus diferentes tipos y gravedad, causas, tratamientos y formas de prevención.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de artículos y webs de abril y mayo de 2013. Fuente de datos :búsqueda electrónica en Medline Plus, Dialnet y el buscador Google Académico. Criterios de inclusión: artículos que expongan el papel del Tce respecto a los pacientes encamados. Criterios de exclusión: publicaciones en lenguas extranjeras, que no se adecuan a la temática de inclusión y anteriores a 2011. Revisión de 5 artículos. Lectura crítica, elaboración de resultados y conclusiones.

RESULTADOS: El Técnico en cuidados de enfermería debe valorar la situación anímica del paciente y responder a las dudas que generan ansiedad, facilitando de esta manera un desarrollo menos traumático para el paciente en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Se deben controlar las constantes vitales, los pulsos distales, la diuresis, la aparición de dolor agudo en el punto de punción y mantener una hidratación adecuada al paciente. El Técnico en cuidados de enfermería ha de controlar la aparición de dolor torácico o de dolor anginoso después de la técnica.

CONCLUSIÓN: El cateterismo y la angioplastia cardiaca son técnicas de diagnóstico precoz y tratamiento rápido respectivamente, con un coste-efectividad de valor creciente. El Técnico en cuidados de enfermería ha de ser capaz de transmitir al paciente el valor que suponen estas técnicas para su salud y para un tratamiento rápido y eficaz para resolver su patología. Para ello, debe conocer los procedimientos y los cuidados que se derivan de ellos. La información y educación sanitaria son imprescindibles para asegurar unos cuidados integrales y un proceso asistencial de calidad.

PALABRAS CLAVE: TCE, PACIENTE, DOLOR, MIEDOS.

A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE QUE PRESENTA FIBRILACIÓN AURICULAR

FABIOLA PÉREZ TRUJILLANO, MARÍA JOSÉ CARRILLO UMBRÍA, ALMA MARIA DELGADO SANCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 58 años de edad que es trasladada por el DCCU tras comenzar en la madrugada con palpitaciones, disnea y dolor torácico opresivo irradiado al brazo izquierdo. Refiere pérdida de fuerza en dicho brazo. Durante el traslado le administran Amiodarona, volviendo a ritmo sinusal. Manteniendo elevado el segmento ST y descendido en AvF. Es alérgica a Penicilina, AAS, AINEs. Intolerante a Pantoprazol. Los diagnósticos: HTA, DMNID, miocardiopatía hipertrófica, taquicardia Ventricular, asma bronquial intrínseco (en seguimiento por Neumología), infartos lacunares, pinzamiento en L5-S1. En tratamiento actualmente con Atroaldo, Symbicort, Valsartán/Hidroclorotiazida, Mirtazapina, Saxagliptina, Tranxiliun, Condrosán, Rivaroxaban, Furosemida, Bisoprolol y Omeprazol.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada, colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Hipoventilación de base con crepitantes basales bilaterales. No edemas en miembros inferiores. Eupneica en reposo, tonos rítmicos y frecuencia cardíaca buena. Se solicita electrocardiograma y analítica con troponinas.

JUICIO CLÍNICO: Fibrilación auricular. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** IAM; FA; Extrasístoles auriculares; Taquicardia supraventricular o sinusal.

PLAN DE CUIDADOS: Tras realizar ECG y obtener los resultados de la analítica sanguínea, se puede concluir que se trata de una FA. Se encuentra arrítmica (FC: 120-130 lpm). Se procederá a ingreso en planta para continuar tratamiento y pruebas diagnósticas (Holter y ecocardiograma).

CONCLUSIONES: Una fibrilación auricular es una alteración de la conductividad normal de corazón (ritmo sinusal), las aurículas no se contraen adecuadamente y los ventrículos lo hacen de manera irregular y excesivamente rápida. Las causas más comunes son hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, trastornos hormonales o de etiología desconocida (fibrilación auricular idiopática). Puede ser asintomática o sintomática (palpitaciones, latidos anormales o rápidos, disnea, dificultad para realizar ejercicio, dolor torácico, mareos, síncope, cansancio, confusión). Supone un factor de mayor riesgo para sufrir ataques cerebrales, IAM o fallo cardíaco.

PALABRAS CLAVE: ELECTROCARDIOGRAMA DOLOR TORÁCICO, DISNEA, RITMO, FIBRILACIÓN AURICULAR.

FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA: PRIMERA APARICIÓN

EZEQUIEL MONTERO GARCÍA, ELOISA CIVICO VILCHEZ, JOSÉ ANTONIO GUERRERO MÍLLARA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 54 años, con antecedentes de Fibrilación Auricular desde 2011. En el horario laboral, de manera abrupta, inicia con palpitaciones en hemitórax izquierdo junto con un dolor opresivo de 5 minutos de duración aproximadamente no irradiado, acompañado de disnea agua que no ha remitido.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 105/66 mmHG. FC: 66 ppm. Tª: 36,3°C (timpánica). SatO₂: 95%. Consciente, orientado, reactivo, normocolorado, normoperfundido. Eupnéico, BEG y bien perfundido. Auscultación Cardíaca: precordio arrítmico a >100 lpm. Sin soplos. Auscultación Pulmonar: normoventilación bilateral sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: sin clínica ni hallazgos de interés. ECG: Trazado arrítmico compatible con FA ya conocida a 180 lpm. Eje desviada a la izquierda. No alteraciones en ST.

JUICIO CLÍNICO: Tras realizar valoración y exploración general y teniendo en cuenta los resultados de las pruebas complementarias así como los antecedentes de la persona, se determina como diagnóstico definitivo Fibrilación Auricular Paroxística. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se cursa hoja de interconsulta a Cardiología y tras ser valorado dicho caso con clara complicación de una Fibrilación auricular ya conocida, se observa no responde al tratamiento administrado en el servicio de urgencias para intentar revertir dicha situación. Tras esta situación se decide ingreso en Cardiología para su estudio y seguimiento.

PLAN DE CUIDADOS: El tratamiento administrado en el servicio de urgencias inicialmente farmacológico no obtiene resultado. Un segundo intento de revertir la situación con tratamiento de cardioversión controlada que nuevamente no se revierte situación.

CONCLUSIONES: La Fibrilación Auricular es una alteración del ritmo cardíaco caracterizado por latidos auriculares desorganizados y descoordinados, produciendo un ritmo cardíaco irregular y rápido. Existen dos tipos de fibrilación auricular: Paroxística: suelen darse por crisis que aparecen y desaparecen. De duración variable, de minutos a días. Esta puede evolucionar a permanente. Permanente o persistente: este tipo suele ser constante, en ningún caso vuelve a aparecer el ritmo cardíaco normal (sinusal).

PALABRAS CLAVE: FIBRILACIÓN AURICULAR, PALPITACIONES, PAROXÍSTICA, CARDIOVERSIÓN.

ANÁLISIS SOBRE LOS BENEFICIOS DEL CÁLCULO DEL RIESGO VASCULAR A LA POBLACIÓN

EVA PÉREZ ORTIZ, SUSANA JIMENEZ MANCERAS , MARÍA DEL MAR VEGA ARJONA

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades cardiovasculares (CV) presentan una alta morbi-mortalidad, debido a el carácter multifactorial de sus causas, la cronicidad que implican, la larga evolución, el mal control poblacional en nuestro medio y por la escasa sintomatología clínica en los primeros estadios de la enfermedad. Por eso se hace fundamental calcular el Riesgo Vascular (RV) para así poder actuar sobre los factores de riesgo.

OBJETIVOS: Determinar la técnica para la valoración del riesgo vascular en la población. Identificar los beneficios de calcular el riesgo vascular en la población.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda de la literatura de las bases de datos de la Biblioteca Cochrane, SCIELO, CUIDEN, PubMed y NHS Evidence. Los DeCS utilizados fueron: Factores de Riesgo, población en riesgo, enfermedades vasculares. Como criterios de inclusión, se admitieron los artículos que no publicados hace más de cinco años, idiomas inglés y español, raza humana, estudios en adultos.

RESULTADOS: Se encontró como medida más generalizada para el cálculo del RV el método SCORE, que mide las siguientes variables: edad, sexo, tabaquismo, cifras de CT o del cociente CT/Colesterol HDL y los valores de la presión arterial sistólica. Al valor obtenido se le aplican unos factores de corrección y ciertos pacientes obtienen un RV alto, sea cual sea su cálculo. Con un buen abordaje del cálculo del RV se puede identificar a aquellos pacientes más susceptibles de beneficiarse de las actividades preventivas, así como de la necesidad que puedan tener de instaurar un tratamiento farmacológico.

CONCLUSIÓN: Otro beneficio del cálculo del RV es poder motivar a los pacientes al cumplimiento de las medidas generales, así como del tratamiento farmacológico. Por ello un buen seguimiento poblacional del RV mejora la accesibilidad a los sistemas de salud, mejora la cooperación multidisciplinar y aumenta la eficiencia en la utilización de los recursos.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDADES VASCULARES, FACTORES DE RIESGO, POBLACIÓN EN RIESGO, PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.

FIBRILACIÓN AURICULAR PERSISTENTE EN PACIENTES GERIÁTRICOS

ANA GONZALEZ FERNANDEZ, MARIA JOSE TORRES GONZALEZ, JULIA CÁCERES SARMIENTO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 68 años que a las 4 de la mañana se despierta y al levantarse nota palpitaciones. Consulta en nuestro centro tras persistir después de 20 mg orales de bisoprolol. A su llegada fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida sin alteraciones de la repolarización, se administra bolo de amiodarona persistiendo fibrilación auricular. Como antecedentes tiene hipertensión y dislipemia, varias cardioversiones eléctricas previamente. Se le practicó una ablación de venas pulmonares hace 5 meses con recurrencia hace 2 meses, una semana después nueva recaída realizándose cardioversión eléctrica y quedando en ritmo sinusal. No tiene dolor torácico ni disnea.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Realizamos una analítica donde hemograma y coagulación son normales, función renal e iones normales. En el ecocardiograma el ventrículo izquierdo tiene una hipertrofia leve sin defectos segmentarios. Válvulas sin alteraciones. Aurícula izquierda moderadamente dilatada, cavidades derechas y raíz aórtica de dimensiones normales. No tiene derrame pericárdico.

JUICIO CLÍNICO: Fibrilación Auricular persistente en paciente anticoagulado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En pacientes mayores de 65 años, que presentan intolerancia al ejercicio, ansiedad, fatiga referida lo que nos confunde en nuestra consulta, pues generalmente estos casos tienen de base hipertensión o cardiopatía isquémica. Para llegar a un diagnóstico diferencial se impone un estudio completo a estos pacientes.

CONCLUSIONES: Se administra amiodarona sin llegar a lograr una cardioversión farmacológica, por lo tanto se procede a realizarle la cardioversión eléctrica bajo sedación sin ninguna incidencia.

PALABRAS CLAVE: AMIODARONA, CARDIOVERSIÓN, HIPERTENSIÓN, FIBRILACIÓN AURICULAR.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

MELANIA VARGAS LARA, ANA MARIA LOPEZ MUÑOZ, FRANCISCA CARBONELL DIAZ

INTRODUCCIÓN: La enfermedad coronaria es la causa principal de muerte cardiovascular la mitad de los fallecimientos de relacionan con el infarto agudo del miocardio. La mayor incidencia predomina en los varones y las edades con más casos son entre los 55 y los 65 años. La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo para padecer enfermedades coronarias.

OBJETIVOS: Identificar cómo influyen determinados factores de riesgo en la aparición de infarto agudo del miocardio en pacientes con hipertensión arterial.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio observacional analítico en pacientes que padecieron infarto agudo del miocardio con diagnóstico de hipertensión arterial, durante 2 años. El estudio quedó constituido por 120 pacientes escogidos al azar. Las variables estudiadas fueron: factores sociodemográficos, alcoholismo, sedentarismo, obesidad, hipercolesterolemia, hábito de fumar, hipertensión arterial y tiempo de evolución de la enfermedad.

RESULTADOS: El estudio demostró que la mayoría de los factores investigados contribuyen a la aparición del infarto de miocardio. Al estudiar los distintos factores de riesgo sobre los casos de la enfermedad se demostró que padecen un grado muy severo de hipertensión es el factor riesgo con más peso, por otro parte la hipercolesterolemia le siguió como factor de riesgo importante de la enfermedad. El tiempo de evolución de la enfermedad mayor o igual a 15 años tuvo un comportamiento parecido.

CONCLUSIÓN: Se concluye con este estudio que los pacientes que son hipertensos muestran la probabilidad de desarrollar la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO, ESTUDIO OBSERVACIONAL, HIPERCOLESTEROLEMIA, HIPERTENSIÓN, INFARTO AGUDO, MIOCARDIO.

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE ALUMNOS DE 4º DE LA ESO EN UN INSTITUTO DE LA REGIÓN DE MURCIA

MARÍA DEL ROSARIO JARA FERNÁNDEZ, MONICA RUIZ HERNANDEZ, REBECA VELASCO OSETE, SANDRA MANZANO PUJANTE, VERÓNICA VILA ZARAGOZA, MARÍA INMACULADA BARRIONUEVO GARCIA

INTRODUCCIÓN: La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la principal causa de muerte en los países industrializados y aproximadamente el 80% de las muertes por PCR se producen en el ámbito extra hospitalario. El tiempo de respuesta ante una PCR es fundamental, tanto para la supervivencia como por la gravedad de las secuelas; de ahí la importancia que la población general como primeros intervinientes, sepan cómo actuar.

OBJETIVOS: Conocer el nivel de conocimientos en RCP de los alumnos de 4º de ESO de un IES de la Región de Murcia, antes y después de una intervención educativa.

METODOLOGÍA: Estudio cuasi-experimental pretest-postest. Población diana: alumnos de 4º de la ESO (15 y 16 años), de un IES de la Región de Murcia. Se realiza intervención educativa que consta de clase teórica y práctica. Mediante muestreo aleatorio sin estratificar, se obtiene muestra final de 60 alumnos. Evaluación mediante cuestionario validado por la American Heart Association (AHA).

RESULTADOS: El número de preguntas contestadas de forma correcta antes de la formación fue significativamente inferior con respecto a las contestadas correctamente tras la intervención educativa. El sexo no influyó en la evolución del número de respuestas correctas y el porcentaje de aciertos en las preguntas fue el mismo entre alumnos que no tienen formación previa y aquellos que si la tienen.

CONCLUSIÓN: La intervención educativa en SVB mejora significativamente el nivel de conocimientos en maniobras de RCP; por tanto, su enseñanza debería incluirse en el diseño curricular de todas las Comunidades Autónomas, dentro de los centros de Educación Secundaria, ya que estos constituyen un marco ideal para iniciar a la población en el conocimiento y aprendizaje de la misma. Este proyecto es de fácil aplicación; ya que la formación, no requiere muchas horas y el coste del mismo no es elevado.

PALABRAS CLAVE: REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, SOPORTE VITAL BÁSICO, EDUCACIÓN, ENSEÑANZA, PARADA CARDIORRESPIRATORIA.

PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

CARIDAD DIAZ MICOL, ESTRELLA CULEBRAS PÉREZ, VIRGINIA CASAS RODRÍGUEZ, MARIA DOLORES ALCAZAR BELCHI, MARIA DOLORES PEREZ GARCIA, MARÍA SANCHEZ GARCÍA, JUANA ELVIRA FAURA COLLADOS, MARIA LUZ GARCÍA ROMERO, VIOLETA OLMOS GARRIDO, ILUMINADA RAMIREZ LORENZO, REMEDIOS LORCA MARCOS, MARÍA ASCENSIÓN ESPARZA HERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 58 años de edad que lleva un familiar al servicio de urgencias hospitalarias que tras llegar a casa después de haber salido a correr presenta dolor opresivo en tórax irradiado a brazo izquierdo. Antecedentes personales: Diabético tipo II, hipertenso, exfumador hace 5 años, alérgico a ibuprofeno. Se le realiza una angioplastia primaria y es ingresado en UCI. Como la evolución es favorable se traslada a planta para control de tratamiento y evolución.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 100/55mmhg, FC 116ppm, saturación oxígeno 91%, glucemia 80 mgr/dl; Frecuencia respiratoria 35 rpm. Consciente y orientado. Nauseoso y sudoroso, ingurgitación yugular. La auscultación presenta murmullo vesicular conservado y alteración de los ruidos cardíacos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. MMII: no edemas no signos de trombosis venosa profunda. Se realiza radiografía de tórax con resultado de ligera cardiomegalía, electrocardiograma que presenta elevación del ST y analítica de sangre con enzimas cardíacas y troponinas que resultan elevadas.

JUICIO CLÍNICO: Infarto agudo de miocardio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Infarto agudo de miocardio con elevación del ST.

CONCLUSIONES: Entre los síntomas que presenta un IAM son dolor torácico opresivo, dolor irradiado en el brazo izquierdo, cuello o mandíbula. El IAM es una de las enfermedades que más muertes producen nuestro país, sobre todo en varones con presencia de factores de riesgo como hipertensión arterial, dislipemia, obesidad y tabaquismo. Enfermería debe de reconocer estos síntomas para poder actuar rápidamente y poder evitar mayores complicaciones mejorando así la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, URGENCIAS, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

GESTANTE CON DISNEA QUE PRESENTA MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO

MARÍA DE LA CABEZA MOLINA CASTILLO, MARIA ELENA GARCÍA CHECA, LUISA MARIA RUS VALERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 29 años que ingresa por parto en curso en la semana 40 + 1 de gestación y da a luz a su segundo hijo. Presenta un parto eutócico. El bebé está sano. Al día siguiente del parto, la mujer presenta un episodio de disnea de inicio agudo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física encontramos que presenta, saturación de O₂ a 89% y en la auscultación encontramos crepitantes bibasales. Se realiza un EKG, RX de tórax, analítica sanguínea, AngioTAC, ecocardiografía transtorácica.

JUICIO CLÍNICO: Miocardiopatía periparto. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En un principio, y según las primeras pruebas que se realizaron, se sospecharon sobre dos patologías de las que se podía tratar. Según las imágenes obtenidas de la radiografía de tórax, en las que se observaba derrame pleural, se pensó que fuera una Insuficiencia Cardíaca Aguda y por los resultados de la analítica y los niveles del dímero D altos nos hacía sospechar de un Tromboembolismo Pulmonar. En el AngioTAC se pudo observar que las arterias pulmonares no están afectadas, así que descartamos el TEP y en la ecocardiografía se observan que los ventrículos están dilatados lo que se traduce en una disfunción sistólica que en este caso, nos indica que se trata de una miocardiopatía periparto.

CONCLUSIONES: La miocardiopatía periparto es una enfermedad poco frecuente, que se puede presentar entre el último mes de embarazo y los cinco primeros meses después del parto. Entre los factores de riesgo de la patología encontramos la obesidad, el tabaco, el consumo de alcohol, edad avanzada o embarazos múltiples. Normalmente el tratamiento se basa en el control de los síntomas.

PALABRAS CLAVE: MIOCARDIOPATÍA, EMBARAZO, DISNEA, PERIPARTO.

PACIENTE CON ARTERITIS DE TAKAYASU: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARÍA DE LA CABEZA MOLINA CASTILLO, MARIA ELENA GARCÍA CHECA, LUISA MARIA RUS VALERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 53 años que acude a urgencias porque lleva unos días que se encuentra muy cansado, le duele el brazo derecho cuando hace algún esfuerzo y en las últimas horas sufre mucho dolor en la pierna derecha, que además está edematizada y también dolor torácico. Antecedentes personales: Es fumador, sufrió un infarto hace un año. Tiene un soplo de estenosis aórtica. Es hipertenso, se está tomando su medicación y además sufre estrés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física encontramos que presenta pulso periférico en la pierna derecha débil. Se realiza EKG, analítica de sangre donde se mirarán enzimas cardíacas, BNP y dímero D. También se le hará RX de tórax, ecocardiograma y eco- Doppler de miembros inferiores. Posteriormente también fueron necesarias realizar una resonancia y una biopsia de la arteria y una angiografía.

JUICIO CLÍNICO: Arteritis de takayasu. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La primera sospecha es que se trataba de un infarto agudo de miocardio o de angina. Tras demostrar que no se trataba de ninguna de ellas, se sospechó sobre una trombosis venosa profunda que se confirmó con la eco-Doppler. Con el ecocardiograma se observó que presenta una miocardiopatía hipertrófica y que se trataba de una arteritis de Takayasu.

CONCLUSIONES: La arteritis de Takayasu es una inflamación de la aorta y sus ramas. Se desconocen las causas aunque se piensa que podría ser autoinmunitaria. Sin tratamiento podría ser una enfermedad mortal, pero ha mejorado mucho la supervivencia debido al tratamiento combinado de diferentes fármacos como corticoides, anticoagulantes orales y heparina para el trombo que presenta este paciente. Además se recomienda dieta baja en sal y en colesterol.

PALABRAS CLAVE: ARTERITIS, TROMBOSIS, MIOCARDIOPATÍA, AORTA.

PACIENTE REMITIDO A HOSPITAL POR SOSPECHA DE INFARTO AGUDO

MARIA ROCIO PRADOS CARMONA, OLGA AGUILERA MORENO, MARIA INMACULADA LOPEZ FERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 45 años de edad, con antecedentes personales de tabaquismo, hipertensión arterial (HTA) y dudosa hiperglucemia, con enolismo severo. El día del ingreso nota palpitaciones, cefalea, cansancio y disnea que le obliga a tener que hacer descansos. Es valorado en su centro de salud, existen alteraciones de ST-T en el ECG, su TA es de 180/110 remitiéndole al hospital.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su ingreso en urgencias se realiza: Constitución fuerte con sobrepeso, pulso de 96 lat/min y TA de 180/110. Auscultación cardiaca sin soplos. Auscultación pulmonar sin claros estertores húmedos y pulsos arteriales periféricos sin alteraciones significativas. Se realiza ECG al ingreso y radiografía de tórax. Se realiza una coronariografía, una analítica de sangre y un ecocardiograma.

JUICIO CLÍNICO: Miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica severa posible origen por enolismo y/o hipertensión. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza ECG al ingreso y radiografía de tórax. Se realiza una coronariografía, una analítica de sangre y un ecocardiograma.

PLAN DE CUIDADOS: No debe tomar alcohol ni fumar. Dieta sin sal. Vida normal pero tranquila, evitando esfuerzos. Su tratamiento médico habitual debe seguir tomándolo como hasta el momento.

CONCLUSIONES: Los hallazgos son compatibles con miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica severa posible origen por enolismo y/o hipertensión. Se le remite con cita a la consulta con el cardiólogo.

PALABRAS CLAVE: MIOCARDIOPATÍA, TABAQUISMO, ENOLISMO, INFARTO AGUDO, CORONARIOGRAFÍA, ELECTROCARDIOGRAMA.

ABORDAJE DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CATÉTER DE SWAN GANZ

LUCIA SALAZAR PANEQUE, AIDA GARCIA ORTA, MARIA FERNANDEZ GARCIA, ESTHER ALONSO MIGUEL, AIDE ARIAS SUAREZ, ANDREA NIETO SUAREZ

INTRODUCCIÓN: El cateterismo cardiaco derecho o también conocido como catéter Swan-Ganz, consiste en introducir una sonda hasta el lado derecho del corazón con el fin de monitorizar parámetros hemodinámicos. Este catéter se compone de varias luces para realizar distintas funciones, nos permite calcular el Gasto cardiaco, la saturación venosa mixta, medir la temperatura central, medir presiones de aurícula y ventrículo derecho, administrar fármacos y extraer muestras de sangre. El papel de la enfermera es fundamental en el manejo del swan ganz, tanto en la colocación como en el mantenimiento y retirada.

OBJETIVOS: Analizar cómo es el catéter, en que situaciones está indicado y cuales son los cuidados de enfermería.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una búsqueda de artículos en las bases de datos: Pubmed, Medline y cochrane. Seleccionando finalmente los artículos más relacionados con el tema del estudio.

RESULTADOS: El Swan-Ganz tiene una longitud entre 40 y 110 cm, es radiopaco y semirígido, compuesto por 4 luces (Distal: la punta del final del catéter, proximal, neumática: inflado del balón y termisor: sensor de temperatura). Este catéter está indicado en situaciones de shock cardiogénico, Hipotensión, edema de pulmón, Valvulopatías, disfunción ventricular, hipertensión pulmonar y sospechas de IAM. Los cuidados de enfermería son: Vigilar la forma de las curvas de presión, la posición del catéter, mantenerlo permeable, prevenir lesiones relacionadas con el inflado del balón y asepsia en la manipulación.

CONCLUSIÓN: El catéter Swan-Ganz requiere una técnica y unos cuidados específicos por parte del personal de enfermería. Una correcta colocación y un buen mantenimiento garantizan que cumpla su función de forma eficaz. Es considerado un instrumento muy válido en casos de inestabilidad hemodinámica.

PALABRAS CLAVE: ACCESO VASCULAR CENTRAL, PRESIONES PULMONARES, CATÉTER, SWAN GANZ, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

COLESTEROL: DETERMINACIÓN DE LOS MÉTODOS DE DETERMINACIÓN

LOURDES SANTAELLA JIMENEZ, MARIA BELEN RICO GALERA, ROSARIO MARÍA MAESTRE RUIZ

INTRODUCCIÓN: El colesterol es un esteroide que se encuentra en los tejidos corporales y en la sangre. Tiene doble origen: Exógeno proviene de los alimentos y se encuentra sin esterificar (libre) y Endógeno que se forma principalmente a nivel hepático e intestinal. Circula en la sangre unido a lipoproteínas como la LDL la HDL la VLDL y quilomicrones. Hay varios métodos de determinación: Métodos Químicos y Enzimáticos. Hay dos objetivos principalmente: Ser el componente estructural fundamental de las membranas celulares. Participar en la síntesis de hormonas y ácidos biliares.

OBJETIVOS: Analizar los distintos tipos de métodos de determinación.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Es difícil elaborar unos valores normales universales ya que estos dependen de la muestra poblacional que se tenga en cuenta para estudios epidemiológicos, pero podemos considerar que a partir de 200 mg/dl en adultos hay riesgo de enfermedad cardiovascular. Hay dos métodos de determinación: Químicos: se basa en la reacción de LIEBERMAN-BURCHARD, donde el colesterol libre es oxidado en una mezcla de ácido acético y ácido sulfúrico formándose un compuesto que absorbe a 410 nm (colestireno). Enzimáticos: parten de la hidrólisis inicial de los ésteres del colesterol seguida de una conversión enzimática del colesterol libre resultante siendo oxidado en presencia de O₂ y mediante la enzima colesterol oxidasa formándose colest-4-en-3-ona y H₂O₂, la cual es directamente proporcional a la cantidad de colesterol. Este método es conocido como método CHOD-PAP.

CONCLUSIÓN: Un aumento de la concentración plasmática de colesterol viene relacionado con enfermedades aterogénicas. Su regulación en la población tiene alto interés epidemiológico por lo que es considerado cada vez más un punto importante a tener en cuenta dentro de las acciones preventivas a llevar a cabo en las poblaciones mundiales más desarrolladas. Esto repercute en una demanda creciente de las peticiones analíticas relacionadas con el perfil lipídico.

PALABRAS CLAVE: ESTERES, LIBRE, COLESTEROL, MÉTODO.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAAÓRTICO

SANDRA SUAREZ ALVAREZ, ELENA TELLEZ FERNANDEZ, MARCO ANTONIO LOPEZ CHACON, LAURA PITA CASTRO, LUCIA LOPEZ SAMA, LUCIA MARTINEZ LOPEZ

INTRODUCCIÓN: El balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA) es un dispositivo de asistencia ventricular de corta duración. El principal objetivo del BCIA es mejorar el balance entre el consumo miocárdico de oxígeno y el suministro del mismo. Se utiliza en pacientes críticos por lo que los cuidados de enfermería a pie de cama son fundamentales para evitar complicaciones.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados de enfermería que debemos de realizar en un paciente con un BCIA. Identificar las complicaciones que pueden surgir ante un paciente con un BCIA.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica y principales bases de datos (Dialnet, Pubmed, Medline) así como protocolos de diferentes hospitales.

RESULTADOS: El control hemodinámico para controlar las constantes vitales TA, FC, FR, SatO₂, PVC, PAP, GC. Asegurarse de que los electrodos del ECG están correctamente colocados y la sincronización latido-consola. El control de la consola debe mantenerse en estado operativo, con su batería cargada, conectada a una fuente de energía y con el tanque de gas lleno. Comprobar la presencia de pulsos distales, coloración, temperatura, movilidad y sensibilidad de las extremidades especialmente de la que se encuentra colocado el catéter. La vigilancia del punto de punción: se realizarán las curas según el protocolo del servicio. Vigilar la presencia de hematoma o sangrado. La vigilancia del catéter para asegurarse de que esta correctamente fijado a la piel y que la sutura esta estable. Debe realizarse una radiografía de tórax diaria para comprobar su localización. Informar al paciente en todo momento de los cuidados así como de los signos de alarma que avisara a enfermería como dolor en el pecho, pierna afectada o punto de punción y vigilar el nivel de conciencia.

CONCLUSIÓN: El personal de enfermería debe de tener unos conocimientos amplios en el manejo del BCIA así como de los cuidados para evitar las posibles complicaciones.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAAÓRTICO, PACIENTE CRÍTICO, ENFERMERÍA, CUIDADOS CRÍTICOS.

ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE QUE INGRESA PARA ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO

FRANCISCO PLATA SOLIS, ROSA MARIA MANCEBO SANCHEZ, ANTONIA ALVAREZ AVILES

INTRODUCCIÓN: El estudio electro-fisiológico es una prueba que sirve para el diagnóstico de pacientes que tienen o pueden tener alteraciones del ritmo cardíaco (arritmias).

OBJETIVOS: Conocer el tipo y gravedad de las arritmias, el lugar del corazón donde se originan y los trastornos que produce. Identificar los tratamientos más adecuados.

METODOLOGÍA: Se realiza un estudio sobre el tema para dar a conocer la técnica y el papel del auxiliar de enfermería ante esta prueba.

RESULTADOS: El auxiliar de enfermería deberá: Preparar la habitación y dar camisón o pijama y presentarse al paciente. El día previo a la prueba: verificar que el paciente está rasurado, pesar y tallar al paciente y anotarlo en gráfica. Mantener en ayunas 24 horas antes de la realización de la prueba. Día de la prueba: Verificar que el paciente acude aseado a la prueba. Facilitar lo necesario para la eliminación (botella, cuña, pañal). Mantener la pierna donde se ha realizado la prueba inmovilizada con compresión. El paciente se mantendrá en cama hasta el día siguiente de la prueba. Podrá comer a las 2 horas de su llegada sino presenta náuseas ni otra complicación.

CONCLUSIÓN: Al alta se le entregan al paciente una serie de recomendaciones: no fumar. Hacer una dieta equilibrada con abundantes cereales, frutas, verduras, legumbres. Evitar el sobrepeso. Controlar la tensión arterial con regularidad. Realizar ejercicio físico con regularidad. Reanudar la actividad sexual si no existe contraindicación del médico. Vigilar la zona de punción, si observa signos como sangrado, inflamación o dolor consulte con su médico.

PALABRAS CLAVE: ESTUDIO, RECOMENDACIONES, ELECTROCARDIOFISIOLÓGICO, CARDIOLOGÍA, AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE DIABÉTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ALBERTO RUEDA ROMERO, CARMEN MARTÍN MORALES, MARC SALCEDO SÁNCHEZ, MILAGROS BERJA NAVARRO, ALBA MARTÍNEZ LINDE, LAURA MUÑOZ HOMS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 46 años que acude al Centro de urgencias de atención primaria por malestar epigástrico y mesogástrico, acompañado de diaforesis y náuseas en domicilio hace 2 horas. No se asocia diarreas ni fiebre ni refiere haber comido nada fuera de lo habitual. En el centro el paciente tiene un dolor de escala Eva 6/10 y refiere no estar tan nauseoso. Antecedentes personales del paciente: HTA, DM II, obesidad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Determinamos constantes (TA: 140/67; FC 92; Sat O₂ 97%; glicemia capilar: 153; T°C 36,1). Realizamos EKG en el que se valora una elevación del segmento ST en V₂, V₃ y AVF. Posteriormente realizamos EKG con derivaciones derechas para poder valorar si la afectación es de ventrículo derecho o izquierdo dándonos una alteración únicamente en el primer EKG con afectación en ventrículo izquierdo.

JUICIO CLÍNICO: Infarto agudo de miocardio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Infarto agudo miocárdico de cara inferior con afectación en ventrículo izquierdo. Se activa código IAM e iniciamos protocolo de código, administrando AAS 250 mg Vo, clopidrogel 300 mg Vo, y SLN 0,6 SL. Monitorizamos al paciente a la espera de llegada de ambulancia de soporte vital avanzado medicalizada para derivación a centro de referencia para realización de angioplastia coronaria.

CONCLUSIONES: La patología de Infarto agudo miocárdico es una patología que se enmascara con diferente sintomatología a la habitual en pacientes DBT, debido a estas alteraciones hay que sospechar y tener más cuidado ante este tipo de paciente por tal de poder realizar un diagnóstico y atención precoz de la patología. Ante la sospecha de Infarto inferior es importante determinar la afectación ventricular para poder tratar la patología de la manera más adecuada.

PALABRAS CLAVE: INFARTO AGUDO MIOCARDIO, CÓDIGO IAM, EKG, DIABÉTICO.

EDEMA AGUDO DE PULMÓN E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ALBERTO RUEDA ROMERO, CARMEN MARTÍN MORALES, MARC SALCEDO SÁNCHEZ, MILAGROS BERJA NAVARRO, ALBA MARTÍNEZ LINDE, LAURA MUÑOZ HOMS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 62 años que acude al centro de urgencias de atención primaria, refiere sensación disneica, acompañado con dolor torácico de 24 horas de evolución, que mejora con la toma de 2 cafinitrinas SL en domicilio. Antecedentes personales; CI, ICC, HTA y obesidad. A su llegada presenta disnea progresiva de esfuerzo con trabajo respiratorio; palidez facial y diaforesis.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Realizamos auscultación respiratoria en la que se detecta disminución de murmullo vesicular, estertores bilaterales extensos, sin sibilancias. Realizamos toma de constantes (TA: 164/89 mmHg; FC: 110x'; Sat O₂:89%; FR: 26x'; T°C: 35,3 °C). Se le realiza electrocardiograma en el que se valora ritmo sinusal y descenso del segmento ST en V2, V3 y V4. Se inicia monitorización cardíaca continua y se canalizan dos vías venosas periféricas para control del paciente.

JUICIO CLÍNICO: Edema agudo de pulmón e infarto agudo de miocardio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Posible edema agudo de pulmón s/a Infarto Agudo de Miocardio. Administramos oxigenoterapia con VMK para control de saturación de O₂ en valores de >95%; activamos código IAM e iniciamos protocolo de código, administrando AAS 250 mg vo, clopidrogel 300 mg vo y 2cc de cl. Mórfico ev para el control del dolor y la disnea. Se decide activar ambulancia de soporte vital avanzado medicalizada para derivación a centro de referencia para tratar el edema agudo de pulmón y el infarto agudo de miocardio.

CONCLUSIONES: El edema agudo de pulmón es una urgencia que se puede llegar a convertir en emergencia vital y que exige un precoz reconocimiento de los signos y síntomas por parte del personal sanitario. Al no tratarse de una enfermedad propiamente dicha, sino de una complicación de un problema subyacente, éste deberá disponer de un diagnóstico y tratado posteriormente para evitar posibles nuevas complicaciones.

PALABRAS CLAVE: EAP, IAM, EKG, AUSCULTACIÓN RESPIRATORIA.

A PROPÓSITO DE UN CASO: DOLOR PRECORDIAL

ESTER DELGADO DELGADO, FRANCISCO JAVIER GALVÁN JURADO, ANA MARÍA GAMEZ CAMPOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 63 años, que acude a urgencias con dolor torácico de unas 3 semanas de evolución, localizado en hemitórax izquierdo, y otra veces en dorso. Dolor intermitente, que duele más cuando camina y hace esfuerzos físicos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientada, bien hidratada y hemodinámicamente estable. AC: Rítmica R1 R2 NF SS 1/6 en punta y mesocardio. AP: Buena ventilación. Abdomen: Blando depresible, no masas, no megalias, no signos de peristaltismo. EKG: Ritmo sinusal, 57lmp Bloq av de 1º grado probable secuela anterospital e inferior con trastornos mixtos de rep ventricular. Hemograma: normal. Bioquímica: Urea 146, creat 2.67, AST 92, Amilasa 163, CK 830. Trop t 1º determinación: 1,66. Trop t 2º determinación: 2.4 Y Ck 756.

JUICIO CLÍNICO: Cardiopatía isquémica tipo Iamsest evolucionando HTA, DLP, DBT2.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Angina de pecho, infarto de miocardio, arterosclerosis, derrame cerebral.

PLAN DE CUIDADOS: El tratamiento implica hacer cambios de estilo de vida. Deje de fumar. Coma una dieta saludable. Ejercicio, manteniendo un peso saludable. Disminuir el estrés. Revisiones periódicas.

CONCLUSIONES: La cardiopatía isquémica es la enfermedad cardíaca más común. Se produce cuando se reduce el flujo sanguíneo al corazón por un bloqueo parcial o completo de las arterias de que suministran sangre al corazón. Una obstrucción súbita y severa de una arteria coronaria puede provocar un infarto.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, CORAZÓN, ESFUERZO, TORÁX, ISQUEMIA.

LA TÉCNICA DEL ELECTROCARDIOGRAMA POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

ELISA ISABEL SEGURA MARTINEZ, ESTHER LOPEZ FERNANDEZ, CARMEN ROSA PUERTAS NUÑEZ

INTRODUCCIÓN: Procedimiento diagnóstico mediante impulsos eléctricos. Se registra en una gráfica. En éste registro están representados las aurículas y los ventrículos. Se refleja el grado de polarización (activación) y repolarización (reposo) de las cuatro cavidades cardíacas.

OBJETIVOS: Estudiar la función del corazón a partir de las corrientes eléctricas producidas por su actividad. Conocer la técnica y saber ejecutarla a la perfección.

METODOLOGÍA: Realizamos un estudio sobre el electrocardiograma, para que sirve y como se ha de realizar por parte del tcae.

RESULTADOS: Preparar el material, manteniendo el equipo preparado y enchufado durante el tiempo que permanezca guardado. Comprobar que hay suficiente papel de impresión. Ayudar a colocar los electrodos, antes se colocaban con ventosas, actualmente se están sustituyendo por pinzas con terminaciones metálicas para los miembros o pegatinas conductoras para el tórax. Los electrodos tienen un código internacional de colocación que es: Electrodo de miembros: MSD: color rojo MSI: Color amarillo. MID: Color negro. MII: Color verde. Electrodo Precordiales que se colocan siguiendo la silueta cardíaca según un orden de numeración, a lo largo de los espacios intercostales. Retirar los cables, quitar los electrodos. Recoger el material y lavarse las manos. Se puede realizar en diferentes servicios de hospitalización, en urgencias, en la unidad coronaria, UCI, Cuando el electrocardiógrafo no registra cada una de las derivaciones, éstas se deben marcar en la tira de papel, sin olvidar el nombre del paciente, la fecha y hora.

CONCLUSIÓN: Aunque el paciente no necesita ninguna preparación especial, el TCAE debe conocer y participar en la realización del electrocardiograma, acomodar al paciente y recoger el material empleado.

PALABRAS CLAVE: ELECTROCARDIOGRAMA, ELECTROCARDIÓGRAFO, TÉCNICA A REALIZAR, AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

TAMARA BELLOSO CUESTA, ALBA GONZÁLEZ DÍAZ, MARTA GONZÁLEZ CASTAÑO, ANA SUAREZ ALONSO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 63 años, diagnosticado de un carcinoma de pulmón en estadio IV, ingresa de urgencia por un aumento de su disnea habitual hasta hacerse de reposo, ortopnea. Aumento importante de edema en miembros inferiores, dolor precordial no opresivo, no palpitaciones, ni tos o expectoración. Además presenta dolor abdominal y deposiciones diarreicas, no vómitos pero sí náuseas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: Tª 36°, F. C 67, F. R16, T. A 170/60, Sat.89%. Mal estado general, consciente con tendencia al sueño, orientada en lugar y persona pero no en tiempo, colaborador. Bien hidratado y perfundido, afebril, taquipneica pupilas isocóricas y normoreactivas. No se auscultan soplos crepitantes hasta campos medios, abdomen distendido aunque depresible, timpánico sin dolor a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni visceromegalias pulsos pedidos positivos, importante edemas con fóvea en miembros inferiores hasta rodilla y en declive hasta raíz de miembros. TC abdominal: signos de hepatopatía crónica e hipertensión portal con circulación colateral y ascitis. Analítica: Na+, K+, creatinina, glucemia, hemograma (recuento y fórmula) y gasometría arterial basal. Rx tórax y abdomen.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia cardíaca descompensada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** IAM, disección aórtica, EPOC, derrame pericárdico y neumotórax.

CONCLUSIONES: Se realiza monitorización de signos vitales y monitorización de la diuresis (sondaje urinario y control de diuresis). Para la tensión arterial debe tomarse con frecuencia hasta estabilización de dosis de vasodilatadores, diuréticos o inotrópicos.

PALABRAS CLAVE: SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, INSUFICIENCIA CARDÍACA, DIAGNÓSTICO.

CATÉTER SWAN-GANZ EN PACIENTES CRÍTICOS

VERONICA ALONSO PONTON, SILVIA HUERGO DE DIOS, LUCIA FIDALGO MIGOYA, NOELIA BLANCO MARTINEZ, CLAUDIA BLANCO MARTINEZ, SUSANA DEL CORRO FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: El catéter de Swan-Ganz es un dispositivo radiopaco, flotante y flexible, de 110 cm de longitud, que se introduce por medio invasivo al corazón y atraviesa las cámaras cardíacas hasta llegar a la arteria pulmonar. Está indicado en los cuadros graves de inestabilidad cardiocirculatoria, como la insuficiencia cardíaca congestiva, el edema de pulmón y el infarto agudo de miocardio complicado. Se utiliza para monitorizar la función cardiovascular en pacientes en estado crítico y valorar la respuesta al tratamiento médico.

OBJETIVOS: Conocer el procedimiento de colocación del catéter Swan-Ganz, así como las posibles complicaciones y cuidados por parte de enfermería.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de diferentes bases de datos: Pubmed, Biblioteca Cochrane, Medline, Cuiden. Descriptores: catheter, critical patient, nurse, cardiac output, corazón, cirugía cardíaca, monitorización.

RESULTADOS: Este catéter debe colocarse siempre en el entorno de la unidad de cuidados intensivos con monitorización continua. Se realiza por vía percutánea alcanzando una vena central, con la ayuda de un dilatador y con la técnica de Seldinger. Para su colocación son necesarios como mínimo un médico, una enfermera y un auxiliar. Las principales complicaciones suelen ocurrir durante la inserción (punción arterial, neumotórax, hemotórax, lesión nerviosa, embolismo aéreo), durante el avance (arritmias, bloqueos, acodamiento del catéter, perforación arteria pulmonar), o durante la retirada (sepsis, arritmias, trombosis, infarto pulmonar). Es tarea de enfermería mantener la permeabilidad del catéter para evitar obstrucciones y embolismos, vigilar la morfología de las curvas de presión y prevenir la infección del catéter.

CONCLUSIÓN: Aunque existe todavía gran controversia acerca de la verdadera utilidad de la utilización del catéter Swan-Ganz y de la fiabilidad de los datos obtenidos a través de él, forma parte de la monitorización casi rutinaria de muchas Unidades de Críticos; por lo que su conocimiento es básico quien desarrolle su actividad en ese ámbito.

PALABRAS CLAVE: CORAZÓN, MONITORIZACIÓN, CATÉTER, PACIENTE CRÍTICO, ENFERMERÍA, CIRUGÍA CARDÍACA.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA CATETERISMO CARDÍACO

ELENA QUESADA HERNANDEZ, ANDREA CRISTINA CHIAPPE PIÑEIRO, CARMEN MARTIN PASCUAL, CRISTINA HERNÁNDEZ CABRERA, LLIBERTAT ALTOZANO MARTÍN, LAURA ALFRANCA I HONTORIA, CARMEN GRANADOS PIEDRA, ROSA MARIA SANTIN GARCIA, MARTA GALINDO TUTUSAUS, MELANIA MARTINEZ ILLANA, DOLORES MIRALLES GARCIA, CRISTINA MUÑOZ MARTIN

INTRODUCCIÓN: Este procedimiento está indicado para los enfermos programados para un cateterismo cardíaco. Es muy importante el conocimiento del equipo de enfermería para llevar a cabo el cateterismo cardíaco al paciente y tener en cuenta los cuidados que este tiene que seguir una vez dado de alta.

OBJETIVOS: Como objetivo de este caso, pretendemos garantizar la correcta preparación del paciente. Evitar el riesgo de infección durante la intervención, y por lo siguiente cualquier tipo de complicaciones. Disminuir la agonía.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas.

RESULTADOS: Paciente correctamente preparado para dicho procedimiento diagnóstico. Ausencia de infección y complicaciones en el postcateterismo. Se detecta las pautas del protocolo: Higiene del paciente. Preparación del material. Pesar y medir. Curas del cateterismo. Educación Sanitaria.

CONCLUSIÓN: Como conclusión, Prevención de posibles factores de riesgo que puedan aparecer durante la intervención del paciente. Protocolo de mantenimiento de catéter periférico. Una adecuada información para el paciente, a la hora de darle el alta, y unos pasos sobre sus cuidados que deba de llevar en casa, una vez dado de alta.

PALABRAS CLAVE: SALUD, SANIDAD, PACIENTE, PROTOCOLO, CARDIOLOGÍA.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA REAGUDIZADA Y FIBRILACIÓN AURICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANA BELÉN JURADO VÁZQUEZ, ANGELA MARIA ACOSTA QUINTERO, JUAN JESÚS PÉREZ PÉREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 63 años de edad que acude al servicio de urgencias portada por su hija por referir nueva crisis de disnea. Presenta tos pero no fiebre ni expectoración. Niega dolor torácico ni palpitaciones. Antecedentes personales de EPOC exacerbadora, síndrome ansioso-depresivo tras muerte de su hija. Actualmente niega hábito tabáquico. Hace dos días se derivó al hospital del Puerto de Santa María por sospecha de FA de cronología incierta que cedió tras administración de atenolol y diltiazem. Se pauta de forma domiciliaria el clexane y el diltiazem, estando pendiente en consulta externa de cardiología. En tratamiento actual con Eklira 322, Seretide, Atrovent, Ventolin y oxígeno domiciliario.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: No fiebre. No RAM. Disnea con leve uso de musculatura accesoria, no taquicárdica ni taquipneica. Acp rítmica sin soplos mvc con roncus bilaterales. Sat O₂ 89 %. FC: 95%. No edemas. ECG: FA con RVR a 140 LPM (tras la administración de alprazolam). Realizada RX y se administra en el servicio de urgencias urbason 40 mg im, nebulización de atrovent y pulmicor.

JUICIO CLÍNICO: EPOC; FA con RVR. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Disnea.

PLAN DE CUIDADOS: Se comenta con internista y se decide su paso al servicio de cuidados intensivos para administración de amiodarona para intentar revertir la FA y ver cómo evoluciona la paciente.

CONCLUSIONES: Se informa a los familiares del estado de salud de la paciente y los cuidados que se van a llevar a cabo.

PALABRAS CLAVE: EPOC, FIBRILACIÓN AURICULAR, DISNEA, OXÍGENO.

CUIDADOS PALIATIVOS EN UNA INSUFICIENCIA CARDÍACA

ROCIO SANCHEZ NAVARRETE, ANA TRIANO PALOMO, MARINA RICO SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: El paciente sometido a cateterismo cardiaco puede experimentar temor y ansiedad periprocedimiento. La coordinación, entre el personal de hemodinámica y el de la unidad de Hospitalización, es necesaria para ofrecer una atención integral a este paciente.

OBJETIVOS: Conocer la realidad asistencial de la prestación de cuidados paliativos en IC. Evaluar la eficacia de los cuidados de enfermería respecto al control de síntomas en el paciente terminal con IC. Identificar áreas débiles y de mejora en el cuidado al paciente con IC terminal.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se recogen datos de historias clínicas, planes de cuidados y evolutivos de enfermería de pacientes fallecidos con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, durante los años 2013-2014.

RESULTADOS: Cuantificación de NIC en patrones alterados: NIC 2080 Manejo de líquidos, electrolitos 70,9%. NIC 6680 Monitorización signos vitales 100%. NIC 1400 Manejo del dolor 90.9%. NIC 5290 Facilitar el duelo 5.5%. NIC 5420 Apoyo espiritual 38.2%. Comparación de NOC mediante la prueba de McNemar-Bowker. NOC 0400 Efectividad bomba cardíaca, $p < 0.001$. NOC 1302 Afrontamiento problemas $p = 0.317$. NOC 1307 Muerte digna $p = 0.135$. NOC 2001 Salud espiritual $p = 0.368$.

CONCLUSIÓN: La atención hospitalaria al paciente con IC terminal se centra en la resolución del cuadro agudo y en el alivio de síntomas físicos, relegando las necesidades psicosociales y espirituales y la atención al duelo y a las familias. No se tiene una percepción holística del paciente como un todo. Es necesaria la coordinación entre profesionales de los diferentes niveles de atención sanitaria, para reducir la fragmentación en la atención, mejorar el apoyo y la continuidad de cuidados.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, ENFERMERÍA PALIATIVA, INSUFICIENCIA CARDÍACA, PACIENTES CARDÍACOS.

MANEJO DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA

SANDRA CHAVES MUROS, SILVIA ROSALES BELMONTE, ELENA GARCIA MARTIN

INTRODUCCIÓN: En la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) el corazón no es capaz de bombear suficiente sangre para cubrir las necesidades de oxígeno que tienen los tejidos. Puede estar causada por cualquier alteración del rendimiento del miocardio, como cardiopatía isquémica, infarto de miocardio, hipertensión, etc. Esto puede llevar a un paciente a ingresar en la UCI, ya sea para tratamiento intensivo o monitorización especial. Su incidencia en adultos mayores de 40 años es alrededor del 1%, doblándose con cada década de edad y situándose en torno al 10% en mayores de 70 años. En España se producen cerca de 80.000 Ingresos hospitalarios por ICC. Es importante conocer esta patología por parte de los sanitarios para poder realizar un buen abordaje de cuidados que se llevarán a cabo con estos pacientes.

OBJETIVOS: Determinar el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca congestiva en la unidad de cuidados intensivos.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica de artículos de insuficiencia cardíaca congestiva, centrándonos en cuidados enfermeros que se llevan a cabo en la unidad de cuidados intensivos. Buscamos en Dialnet, Enfuro, Cochrane y Scielo. Se utilizaron descriptores de la web de los descriptores de salud (DESC): "insuficiencia cardíaca", "congestión", "enfermera" y "cuidado". Incluye artículos en español y inglés con acceso al texto de menos de 10 años de antigüedad.

RESULTADOS: El manejo de este tipo de pacientes en UCI implica la realización de una serie de técnicas específicas de estas unidades y en ellas aparecen algunos diagnósticos de enfermería frecuentes.

CONCLUSIÓN: La insuficiencia cardíaca congestiva afecta al 1% de la población adulta y en muchos casos requiere de ingreso en la unidad de cuidados intensivos, por lo tanto es de suma importancia que esta patología sea conocida por los profesionales sanitarios, y más concretamente por el personal de enfermería, ya que los cuidados que se llevan a cabo durante esta situación clínica son de vital importancia.

PALABRAS CLAVE: CONGESTIÓN, ENFERMERA, CUIDADOS CRÍTICOS, INSUFICIENCIA CARDÍACA.

ANÁLISIS SOBRE LA FUNCIÓN DE LA HEMODINÁMICA Y LA CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

MARIA JOSEFA NAJERA MOLINA, ANA MARIA BOTIA PORTERO, MARIA DEL CARMEN BELTRAN GALAN

INTRODUCCIÓN: La hemodinámica es aquella parte de la biofísica que se encarga del estudio de la dinámica de la sangre en el interior de las estructuras sanguíneas como arterias, venas, vénulas, arteriolas y capilares así como también la mecánica del corazón propiamente dicha mediante la introducción de catéteres finos a través de las arterias de la ingle o del brazo.

OBJETIVOS: Determinar las funciones de la hemodinámica y la cardiología intervencionista en el ámbito sanitario.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Los métodos que para valorar la situación hemodinámica, serían datos clínicos, que ofrecen baja, especificidad y sensibilidad, como hidratación de piel y mucosas, sed, perfusión periférica, relleno capilar, nivel de conciencia, y métodos de medición, basados en las presiones de llenado cardíaco, volumen telediastólico o gasto cardíaco.

CONCLUSIÓN: La reanimación hemodinámica debería pasar por la consecución rápida de valores de presión de perfusión del tejido adecuados (PAM), y seguir el proceso de reanimación según variables fisiológicas y metabólicas útiles en la detección de disoxia tisular global. En el momento actual, las variables más valiosas en cuanto a detección de hipoxia tisular son el lactato en sangre y las saturaciones venosas de oxígeno (SvO₂ y SvcO₂). Así pues, la reanimación hemodinámica deberá estar dirigida a la restauración de valores fisiológicos de SvO₂/SvcO₂, así como a la resolución de la acidosis láctica y/o hiperlactatemia.

PALABRAS CLAVE: INTERVENCIONISTA, HEMODINÁMICA, CARDIOLOGÍA, FUNCIÓN.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST SÍNDROME CORONARIO AGUDO

MARIA HEVIA NAVA, MÓNICA CUETO PÉREZ

INTRODUCCIÓN: El Síndrome Coronario Agudo (SCA) hace referencia al conjunto de síntomas atribuidos a la obstrucción de las arterias coronarias. El síntoma más común que indica su diagnóstico es el dolor u opresión en pecho, brazo, espalda, cuello o mandíbula, asociado a náuseas y sudoración.

OBJETIVOS: Describir los cuidados de enfermería post SCA.

METODOLOGÍA: Se realizó un búsqueda sistemática en las principales bases de datos (Pubmed, Cuiden y Biblioteca Cochrane), utilizando como palabras clave síndrome coronario agudo, unidades de cuidados coronarios, atención de enfermería, educación en salud. Se elaboró la estrategia de búsqueda utilizando los booleanos and, or, not.

RESULTADOS: El papel de enfermería es muy importante para el restablecimiento de la salud del paciente, modificando factores extrínsecos como tabaquismo, hipertensión, dislipemia y obesidad, además de aclarar las dudas que les puedan surgir durante su ingreso y en la vida diaria. La educación sanitaria es un conjunto de actividades educativas continuas que fortalecen y mejoran estilos de vida ayudando al paciente a disminuir las posibles complicaciones mejorando así su calidad de vida, promoviendo y favoreciendo estilos de vida saludables a partir de las necesidades específicas de cada individuo.

CONCLUSIÓN: Enfermería juega un papel primordial en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes, gracias a la promoción de hábitos saludables, prevención de factores de riesgo y cambio en los estilos de vida (nutricionales, fomentando actividad física, hábitos tóxicos).

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, POST, ENFERMERÍA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

ENFERMERÍA Y LA IMPLICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN EL FÚTBOL

JUAN ANTONIO RODRIGUEZ SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: Presenciar un partido de fútbol en directo implica desencadenar factores emocionales estresantes que pueden incidir negativamente en el desarrollo de alguna enfermedad cardiovascular. Las implicaciones emocionales aumentan cuando el equipo del aficionado juega un partido importante.

OBJETIVOS: Analizar cómo afecta el fútbol y la exposición a situaciones estresantes durante el mismo en la salud.

METODOLOGÍA: Revisión en Pubmed con descriptores “stress factors, heart disease football” obteniendo 14 resultados. 4 Hacen referencia a la existencia de cierta influencia en el desarrollo de enfermedad cardiovascular. Realización de determinaciones aleatorias cifras de TA y FC durante un partido.

RESULTADOS: Exponerse a situaciones estresantes como una jugada polémica o la celebración de un gol, revelan aumentos importantes de la frecuencia cardíaca, respiratoria y tensión arterial. Por sí, esto no implica el desarrollo de una enfermedad coronaria pero si se adhieren a otros factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial, hipercolesterolemia, sobrepeso, obesidad, diabetes o el consumo de tabaco y alcohol entre otros, y la elevada cantidad de personas y partidos disputados, hacen que el riesgo aumente.

CONCLUSIÓN: Enfermería en promoción de hábitos saludables y prevención de la enfermedad debe hacer énfasis en la detección de pacientes de riesgo, aconsejando medidas de control emocional en situaciones de estrés intenso e instruir en una actuación precoz ante signos y síntomas de alteración cardiovascular.

PALABRAS CLAVE: ESTRÉS, ENFERMEDAD CORONARIA, ENFERMERÍA, FÚTBOL.

CONTROL DEL PACIENTE TRAS CATETERISMO CARDÍACO

ALEJANDRO RUBIO ALVAREZ, ANA BELÉN BERNAL TORRES, ANTONIO BERNAL TORRES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude a urgencias con infarto agudo de miocardio, es trasladado al Hospital General de referencia, donde se le realiza un cateterismo cardíaco con acceso por arteria femoral y colocación de un Estent.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica sanguínea, ECG, Rx de tórax y ecocardiografía. Toma de constantes.

JUICIO CLÍNICO: Infarto Agudo de Miocardio con colocación de Estent. **PLAN DE CUIDADOS:** Tras la realización del cateterismo, toma de constantes cada 15 minutos las dos primeras horas. Control de sangrado por el punto de punción. Reposo absoluto del paciente las primeras 6 horas. Retirada de la compresión al día siguiente.

CONCLUSIONES: Hemos conseguido que el paciente esté hemodinámicamente estable mediante el control de constantes, reposo y vigilancia del sangrado. El paciente es dado de alta al segundo día de la intervención.

PALABRAS CLAVE: CATETERISMO, RECOMENDACIONES, EDUCACIÓN, RADIAL, FEMORAL.

NUEVOS HORIZONTES EN EL MANEJO DE LA VALVULOPATÍA AÓRTICA EN PACIENTES JÓVENES

MARIA ESPUCHE JIMENEZ, MAGDALENA LOPEZ COSTAS, RUBÉN TABOADA MARTIN

INTRODUCCIÓN: La estenosis aórtica severa constituye la causa más frecuente de recambio valvular en nuestro medio. Las prótesis mecánicas ofrecen una mayor durabilidad frente a las biológicas, por lo que se han considerado de elección en pacientes con alta expectativa de vida, pero precisan anticoagulación de manera indefinida, con el riesgo inherente de hemorragia mayor que puede amenazar la vida del paciente. El implante de la prótesis Inspiris tratada con tejido Resilia puede suponer una alternativa eficaz en el tratamiento de la estenosis aórtica severa en el paciente joven frente a la prótesis mecánica que evite la anticoagulación y presentando una mayor durabilidad que el resto de las bioprótesis.

OBJETIVOS: Analizar los casos de Valvulopatía Aórtica en pacientes jóvenes.

METODOLOGÍA: Desde julio de 2017 hasta la fecha se han implantado 3 válvulas Inspiris en nuestro centro sobre 3 pacientes, 2 mujeres, 1 hombre, media de edad de 38 años (29-47), intervenidos de recambio valvular aórtico por estenosis aórtica severa, se procede al implante de una prótesis Inspiris, biológica tratada con tejido Resilia que emplea una tecnología que evita la calcificación de los velos, con lo que aumenta su durabilidad y evitándose así la pauta de anticoagulación oral.

RESULTADOS: El éxito inicial ha sido del 100%, sin complicaciones significativas.

CONCLUSIÓN: El nuevo tejido Resilia surge ante la necesidad de aumentar la durabilidad de las bioprótesis ideal para pacientes en los que el empleo de anticoagulación esté contraindicado, desaconsejado o en ocasiones a petición del paciente. Se necesitan más estudios de seguimiento para ofrecerlo como terapia definitiva, duradera y alternativa a la prótesis mecánica.

PALABRAS CLAVE: BIOPRÓTESIS, INSPIRIS, ANTICOAGULANTE, VÁLVULA, AÓRTICA.

ANTICOAGULACIÓN E ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA: EMBOLIA VENTRICULAR TRATADA CON APIXABAN

LAURA ESPUCHE JIMENEZ, MAGDALENA LOPEZ COSTAS, RUBÉN TABOADA MARTIN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Presentamos el caso de un varón de 72 años que acude a urgencias por dolor en miembro inferior izquierdo, cianosis, frialdad, ausencia de pulsos e impotencia funcional de varios días de evolución secundarios a trombosis intracavitario en ventrículo izquierdo planteándose el tratamiento con un anticoagulante nuevo frente a los clásicos antivitamina K por rango inadecuado de anticoagulación. Destacan antecedentes de cardiopatía isquémica con disfunción ventricular severa (FEVI: 27% con trombo intraventricular izquierdo, ver fig.1 TAC), trombosis venosa superficial de repetición con episodios de tromboembolismo pulmonar, motivos que condujeron a la prescripción de anticoagulantes antivitamina K. En el ingreso se constata un rango inadecuado de anticoagulación, se inicia terapia con heparina sódica y se monitoriza durante varios días.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración destaca frialdad en miembro superior izquierdo, con cianosis y frialdad, ausencia de pulsos distales a la palpación ecocardiografía: disfunción ventricular severa (27%). AngioTAC: presencia de material trombótico adherido a la pared libre del ventrículo izquierdo.

JUICIO CLÍNICO: Isquemia arterial aguda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trombosis arterial. Embolia arterial. Fibrilación auricular. Vasculitis. Ingesta de tóxicos o fármacos. Infecciones.

PLAN DE CUIDADOS: Se inicia anticoagulación con heparina sódica hasta lograr un adecuado rango y mejora de la clínica. Se plantea tratamiento con apixaban ante la ineficacia de los anticoagulantes tradicionales (no se alcanza adecuado rango de anticoagulación).

CONCLUSIONES: Así pues, en casos en los que se necesite un adecuado rango de anticoagulación oral de origen no valvular, el empleo de los nuevos inhibidores directos de la trombina y del factor X activado deben tenerse en cuenta como primer escalón de tratamiento, dado que han demostrado menor tasa de eventos isquémicos y sangrado y pueden administrarse a dosis fijas, sin precisar monitorización ni ajuste de dosis para asegurar su eficacia y su seguridad.

PALABRAS CLAVE: EMBOLIA, NACO, ANTICOAGULANTE, TROMBO, INTRACAVITARIO.

REGRESIÓN DE LA MASA VENTRICULAR TRAS MIECTOMÍA SEPTAL EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA: PARÁMETROS ELÉCTRICOS Y ECOCARDIOGRÁFICOS

RUTH GUIRAO CASES, MAGDALENA LOPEZ COSTAS, RUBÉN TABOADA MARTIN

INTRODUCCIÓN: La miocardiopatía hipertrófica es una entidad compleja y cuyo curso es fácil es controlable con tratamiento médico en la mayoría de los casos. En un porcentaje pequeño de los mismos (5-10%) tanto el gradiente como los síntomas son progresivos y rebeldes a la terapia convencional y precisan de medidas más agresivas, como la ablación septal o la miectomía con/sin recambio valvular mitral.

OBJETIVOS: Analizar los resultados de una serie de 7 pacientes intervenidos de miectomía septal sobre los que no se aplicó terapia de ablación ni resincronización por la severidad de la hipertrofia (gradiente y masa ventricular) y su repercusión expresada en términos ecocardiográficos y ECG.

METODOLOGÍA: Entre marzo de 2013 y diciembre de 2017 se han intervenido 7 pacientes de de miectomía septal por miocardiopatía hipertrófica y se analizan retrospectivamente criterios de masa ventricular por ecocardiografía y eléctricos. Se comparan los resultados obtenidos al año de seguimiento.

RESULTADOS: 4 Hombres, 3 mujeres, edad media 52 años. Los parámetros preoperatorios medios fueron: 24mm de septo interventricular y 196.7 G/m² de masa indexada. 39 Mv para Sokolow, 3900 mv. Mseg para Producto Duración Voltaje (PDV) Sokolow, 54 mv para Cornell, 4320 mv. Seg para PDV Cornell. Al año de seguimiento los parámetros de masa se reducen hasta un tamaño medio de septo interventricular de 13mm y una masa ventricular media de 122.5 G/m². Los índices eléctricos muestran una reducción de hasta 17mv para Sokolow, 19 mv para Cornell, 2040 mm. Mseg para PDV Sokolow y 2280 mm. Mseg para PDV Cornell. 1 Paciente falleció en el seguimiento.

CONCLUSIÓN: El beneficio del tratamiento de las terapias alternativas a la cirugía convencional en la miocardiopatía hipertófica obstructiva continúa siendo controvertido. La cirugía convencional, aunque no exenta de riesgo, muestra unos resultados muy favorables en cuanto a reducción de masa ventricular expresada en términos ecocardiográficos y eléctricos.

PALABRAS CLAVE: MIOCARDIOPATÍA, HIPERTRÓFICA, MIECTOMÍA, SEPTAL.

ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

CRISTINA YEBRA ANDÚJAR, MARIA DEL MAR ALCOLEA MAÑAS, ANGELA MARIA DOMINGO RUBIO

INTRODUCCIÓN: El Índice tobillo- brazo (ITB) es una forma sencilla y fiable de detectar la enfermedad arterial periférica (EAP).

OBJETIVOS: Determinar las características de la enfermedad arterial periférica y cómo realizar la prueba diagnóstica de índice tobillo-brazo.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática relacionada con el tema en estas fuentes de datos de carácter científico: Cuiden, Scielo, Cochrane plus y Lilacs, utilizando los siguientes descriptores: “Índice tobillo brazo”, “enfermedad cardiovascular” ,“prevención”, “enfermedad arterial periférica”. Se aplicó un filtro de período temporal (2013-2018) seleccionando las tres referencias más relevantes.

RESULTADOS: El índice tobillo/brazo (ITB) es ampliamente usado por diversos profesionales de la asistencia sanitaria para el diagnóstico de la EAP. La fórmula consiste en dividir la presión arterial en tobillo (mmHg) entre presión arterial en brazo (mmHg). Para calcularlo necesitaremos un manguito del esfigmomanómetro y un equipo doppler. El paciente debe estar en reposo durante unos 10 minutos, luego se tomará la presión sistólica en la arteria braquial de ambos brazos y a continuación, tomaremos la presiones sistólicas pedias y tibial posterior de cada pierna, debiendo elegir el valor más alto de cada medida. Se puede clasificar en diferentes grados: Calcificaciones (mayor 1.30), Normal (0.91-1.30), Leve o moderada (0.41-0.90) Y grave (inferior 0.4).

CONCLUSIÓN: La enfermedad arterial periférica (EAP) es el conjunto de cuadros clínicos agudos o crónicos de carácter degenerativo, progresivo y multifocal. Se caracteriza por la presencia de placas de ateroma en las paredes de las arterias que disminuye el flujo de éstas. La más frecuente es la del miembro inferior, donde el síntoma inicial más común es el dolor muscular al realizar ejercicio, que es aliviado con descanso. Por tanto, se suele usar el ITB por ser una prueba no invasiva, sencilla y de bajo coste para prevenir las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares o la progresión adicional de la EAP.

PALABRAS CLAVE: ÍNDICE TOBILLO-BRAZO, ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, PREVENCIÓN, ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA.

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

MARIA DEL MAR BURGOS MORAL, MARÍA LUISA QUIROS OLMO, SUSANA LOPEZ EXPOSITO

INTRODUCCIÓN: El IAM es el cambio necrótico agudo del miocardio debido a la falta repentina del aporte sanguíneo coronario durante un periodo de tiempo suficiente. Se manifiesta con dolor torácico intenso, opresivo que se localiza en la zona retroesternal, se irradia a veces a los hombros, mandíbula y escápulas y el paciente lo refiere como sensación de muerte inminente.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el paciente con IAM.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Los objetivos inmediatos de los cuidados de emergencias sanitarias son detectar precozmente las complicaciones, administrar el tratamiento prescrito y atención integral del paciente. La eficacia del tratamiento depende del factor tiempo. Ante la presencia de dolor sugerente de isquemia, tenemos que hacer un diagnóstico diferencial con procesos cardiovasculares (angina inestable, embolismo pulmonar agudo y aneurisma disecante de la aorta), procesos respiratorios (neumotórax espontáneo) procesos digestivos (úlcera péptica perforada, rotura esofágica y pancreatitis aguda). El riesgo de padecer una cardiopatía isquémica aumenta con la edad, la máxima incidencia se observa alrededor de los 55 años en los varones, a partir de los 60, la proporción es similar en ambos sexos. La causa más importante de la patología isquémica es la aterosclerosis, es una enfermedad que evoluciona lentamente, puede empezar en la infancia y progresar a lo largo de la vida. Los principales, además de la edad y sexo son: tabaquismo, hipertensión arterial e hiperlipemia.

CONCLUSIÓN: No fumar, practicar ejercicio físico moderado y mantener una dieta sana son medidas de prevención muy sencillas, que reducirán entre un 30-40% la incidencia de cardiopatías. Es muy importante el traslado rápido del paciente al Hospital que ha sufrido un IAM, el tratamiento depende del factor tiempo. El beneficio es máximo si se administra durante la primera hora y sigue siendo eficaz durante las primeras 6 horas, a partir de las 12 horas, se considera ineficaz.

PALABRAS CLAVE: INFARTO, MIOCARDIO, DOLOR, ENFERMEDAD, TORÁCICO.

PACIENTE CON MARCAPASOS PERMANENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

CARMEN MEDINA JIMENEZ, JOSEFA RAMOS MESA, MARIA EUGENIA FERNANDEZ ERDOZAIN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que de repente presenta un cuadro de mareo con palidez y caída al suelo a donde acude rápidamente su médico de atención primaria y el 112 detecta bradicardia importante de 20 latidos por minuto de QRS estrecho por lo que colocan dosis de atropina con recuperación del ritmo sinusal y mejoría clínica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Asintomático cardiovascular. TA:149/65; FC:64 l/m; Gcap:147 mg/dl. Abdomen normal. Se le coge una segunda vía periférica en MSD y se realiza un ECG. Analítica de hemograma, bioquímica, coagulación y orina.

JUICIO CLÍNICO: Síncope cardiogénico y bloqueo A-V avanzado intermitente. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síncope vasovagal, síncope ortostático, taquiarritmias, bradiarritmias, enfermedades orgánicas cardíacas, enfermedad coronaria, taponamiento cardíaco, disección aórtica y enfermedades neurológicas.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnóstico NANDA: 00029 Deterioro del gasto cardíaco. Resultado (NOC): 0400 Efectividad de la bomba cardíaca; 0802 Signos vitales. Intervenciones (NIC): 4040 Cuidados cardíacos; 4130 Monitorización de líquidos; 4064 Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico. Ingresa en la unidad de cuidados intensivos de cardiología.

CONCLUSIONES: Paciente que durante el primer día de ingreso se encuentra inestable el segundo y tercer día se encuentra mejor pero bastante cansado y fatigado, con dolor controlado con medicación. Al tercer día se le practica la intervención de un marcapasos permanente. El paciente sale de la intervención consciente, orientado. El paciente se traslada a la planta de Cardiología ya que mejora en cuanto al cansancio y fatiga, se aconseja que deambule por la habitación y se siente en sillón. La herida está en buen estado sin contenido purulento, se cura. Al segundo día de la intervención se le da el alta, se le da las recomendaciones para la cura de la herida y se le cita dentro de ocho días para retirarle los puntos y dentro de un mes para la consulta de cardiología.

PALABRAS CLAVE: MAREO REPENTINO, 112, MARCAPASOS PERMANENTE, SÍNDROME CARDIOGÉNICO, ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR.

CASO DE PACIENTE GERIÁTRICO CON MIOCARDITIS EN VARÓN

LAURA MARTINEZ ROLDAN, PABLO MARTÍN HERNÁNDEZ, PABLO MIGUEL TORRES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 71 años que acude a su centro de Atención Primaria debido a fiebre y dolores de cabeza que perduran durante una semana. El hombre se encuentra un poco pálido y sin ganas de hablar. Su hija nos comenta que desde ayer tiene, además, síntomas gastrointestinales y que piensa que puede ser un virus, pero que hoy se han asustado mucho porque le han dado “punzadas” en la zona torácica. Nos indican que han venido a consulta porque en la farmacia le han dicho que tenía las pulsaciones elevadas y vaya a ser que fuera un infarto. AP: DM tipo II.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se toman constantes vitales (TA 150/95; FC 130; T° 38,7; SpO2% 94), se realiza un electrocardiograma. Comprobamos que el paciente padece de taquicardia sinusal y alteraciones inespecíficas de la repolarización, además de una elevación del segmento ST no muy pronunciada. Debido al resultado de las pruebas complementarias sospechamos de una enfermedad coronaria por eso derivamos al servicio de Urgencias. Allí se realizarán las siguientes pruebas: analítica sanguínea completa además de gases arteriales para comprobar la elevación de marcadores de daño miocárdico, ecocardiograma para valorar función ventricular o resonancia magnética cardiaca para evaluar la presencia de inflamación miocárdica aguda.

JUICIO CLÍNICO: Miocarditis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Como diagnóstico diferencial debemos descartar el síndrome coronario agudo, ya que pueden observarse modificaciones en el electrocardiograma y enzimáticas similares, así como variaciones de la contractilidad segmentaria.

CONCLUSIONES: La miocarditis es una enfermedad inflamatoria del miocardio producida por un proceso infeccioso o una respuesta inmune. Los virus son la causa más frecuente (enterovirus y adenovirus). Como tratamiento debemos monitorizar al paciente y tratar la fiebre y el dolor con antipiréticos. Se ingresara en observación durante 24h para vigilar que permanezca en reposo en esta fase aguda. Dependiendo de cómo avance los síntomas se ingresara al paciente en una Unidad Coronaria.

PALABRAS CLAVE: URGENCIAS, SALUD, CARDIOLOGÍA, SÍNDROME CORONARIO.

PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR PERMANENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

FRANCISCO JAVIER GALVÁN JURADO, ESTER DELGADO DELGADO, ANA MARÍA GAMEZ CAMPOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 75 años de edad, remitido desde la consulta de anestesia por FA con RV 110 LPM. Antecedentes personales de hipertensión arterial. Tratamiento crónico de Sintron, furasemida, hidroxil y dilutol.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Asintomático CV y estable, no síncope ni palpaciones, ni edemas, ni sintomatología de IC. Sobrepeso. Color/perfusión normal. Tonos arrítmicos, no soplos. Ventilación normal. E. C. G. FA a 110 lpm eje eléctrico a 0°, intervalos PR y QT normales. Repolarización normal. RX tórax. ITC límite, no HVC. Analítica. HB 16,5, plaquetas 200.000, Coagulación normal, creatinina 0,96.

JUICIO CLÍNICO: Fibrilación auricular permanente. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hipertensión, enfermedad coronaria, estenosis mitral, hipertiroidismo, envenenamiento por monóxido de carbono.

PLAN DE CUIDADOS: Dieta con poca sal, exenta de grasas animales, no fumar, nada de alcohol y hacer ejercicio moderado. Añadir bisoprolol 2.5 Mg en desayuno y suspender dilutol.

CONCLUSIONES: No existe contraindicación para cirugía, previo retirada de sintrom, revisiones de ecocardiografía y controlar la tensión arterial. La FA es una de las principales causas de morbimortalidad, y aumenta el riesgo de muerte, insuficiencia cardíaca congestiva y fenómenos embólicos, incluido el accidente cerebrovascular.

PALABRAS CLAVE: FIBRILACIÓN, CORAZÓN, CARDIOLOGÍA, PULSOS, AURÍCULA.

ACTUACIÓN ENFERMERA FRENTE A UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

JUAN JESÚS LÓPEZ MOYA, SILVIA ROSILLO SANJUAN, EUGENIO OCAÑA MADERO

INTRODUCCIÓN: En España, la segunda causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares. Dentro de ellas, la que cobra mayor relevancia es el infarto agudo de miocardio (IAM). La actuación enfermera es primordial en la prevención de los factores de riesgo, cambiando las actuaciones y orientando hacia estilos de vida saludables.

OBJETIVOS: Determinar el manejo de enfermería ante un paciente con un infarto agudo de miocardio.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática mediante las bases de datos: MedLine, PubMed y Elsevier. Se seleccionaron 7 artículos para un análisis.

RESULTADOS: Los enfermeros deben realizar las técnicas correctas, observar y valorar el estado y los síntomas, así como el dolor en un paciente al que se le ha diagnosticado de IAM. Es importante saber el grado de dolor, localización y duración. Con la colaboración médica, administrar el tratamiento farmacológico pautado. Es fundamental la actuación de enfermería en la educación sanitaria para prevenir el IAM.

CONCLUSIÓN: Los profesionales enfermeros están preparados para el abordaje de los distintos problemas que se presentan en pacientes con IAM, por lo que poseen los conocimientos y actitudes adecuadas para educar a la población en hábitos y estilos de vida saludables.

PALABRAS CLAVE: INFARTO AGUDO MIOCARDIO, ACTUACIONES, ENFERMERÍA, HÁBITOS SALUDABLES.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: SUS CAUSAS Y PREVENCIÓN

MARÍA DEL MAR GALISTEO SÁNCHEZ, SANDRA RAMÓN GERVILLA, MARIA JOSE RAMON GERVILLA

INTRODUCCIÓN: La tensión arterial (TA) es la presión que ejerce la sangre en el interior de las arterias. El valor máximo que alcanza se denomina TA sistólica y el mínimo TA diastólica. Cuando esta presión que ejerce el corazón a las arterias es más alta de lo recomendable (TA diastólica > 90 mmHg y TA sistólica >140 mmHg) se habla de hipertensión arterial (HTA).

OBJETIVOS: Conocer las causas, tratamiento y prevención de esta enfermedad.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda mediante consulta directa y acceso vía internet en bases de datos relacionados con la hipertensión arterial. Los descriptores usados han sido: prevención, hipertensión arterial, guías de actuación, control de la hipertensión arterial, causas, tratamiento.

RESULTADOS: La hipertensión arterial es una enfermedad crónica conocida como “el asesino silencioso”, porque en la mayoría de casos no presenta síntomas, por lo que se pueden llegar a desarrollar problemas cardiacos, cerebrales o renales sin ser conscientes de padecer esta patología. Las causas que se relacionan con esta enfermedad son: causas no modificables: herencia genética, el sexo, la edad y la raza; causas modificables: un estilo de vida muy sedentario, el sobrepeso, el consumo excesivo de alcohol, la sensibilidad al sodio y el uso de anticonceptivos orales.

CONCLUSIÓN: Para prevenir la aparición de la HTA es conveniente seguir una serie de hábitos de vida saludable y, sobre todo, evitar el sobrepeso y la obesidad. Se recomienda llevar una dieta sana, disminuyendo el consumo de azúcares, grasas y sal, practicar ejercicio, no fumar y disminuir el consumo de alcohol. Si esto no funciona existen tratamientos farmacológicos que ayudan a controlar la presión arterial.

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, HTA, PRESIÓN ARTERIAL, PREVENCIÓN HIPERTENSIÓN.

USO DE BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAAÓRTICO

ANTONIO GODINO MARTIN, ESTEFANIA GUTIERREZ ARANDA, RITA BELÉN GODINO MARTÍN

INTRODUCCIÓN: El balón de contrapulsación intraaórtico es un dispositivo mecánico que se aloja en aorta descendente con el objetivo de apoyar la eyección en el contexto del shock cardiogénico, frecuentemente secundario a infarto de miocardio.

OBJETIVOS: Valorar la eficacia de BCIA, así como su seguridad y mortalidad frente a su no utilización en pacientes con shock cardiogénico.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en los principales portales de información médicos: Pubmed, Medline.

RESULTADOS: Los estudios incluidos en la revisión mostraron la eficacia del BCIA, aunque con reservas ya que no diferenciaban entre otros aspectos como DVI o el origen del shock cardiogénico, por lo que los resultados son muy heterogéneos.

CONCLUSIÓN: Si se realizó ICP primaria no hay datos actualmente que apoyen el uso de BCIA, (excepto si a ésta se le sumó fibrinolisis) así como tampoco si existen riesgos adicionales como la existencia de riesgo de daño vascular. Aun así, sigue siendo práctica habitual la colocación de BCIA por la evidencia de apoyo hemodinámico, ya que el inflado sincrónico en sístole diástole aumento el flujo en el corazón así como la presión arterial, y disminuye claramente el gasto cardiaco. Aún así, no se recomienda mantener el dispositivo desde unas pocas horas a más de 72 horas.

PALABRAS CLAVE: INTRAAÓRTICO, SHOCK CARDIOGÉNICO, BALÓN, CONTRAPULSACIÓN.

REVISIÓN PROGRAMADA DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN EL ADULTO

NOELIA SANCHEZ QUIROS, LAURA DE LA SIERRA RODRIGUEZ, MARIA DE LA OLIVA PIÑERO MARCHANTE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude a consulta programada de cardiopatía congénitas del adulto. Se encuentra asintomático desde el punto de vista cardiológico. Aunque a la consulta acude muy nervioso con TA elevadas. La exploración aparentemente es normal y se pauta el mismo tratamiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ECG en ritmo sinusal a 98 lpm. Ecocardiografía normal. Saturación de oxígeno 100%. TA 174/96.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de Williams. Estenosis supravalvular aórtica operada. HTA en tratamiento farmacológico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cardiopatía congénita en el adulto. HTA.

PLAN DE CUIDADOS: Dieta hiposódica. Enalapril 10mg un comprimido al día. Controles periódicos de TA.

CONCLUSIONES: Paciente bien controlado aunque se recomienda bajar los valores de la TA con dieta hiposódica y tratamiento médico. Revisión en dos años.

PALABRAS CLAVE: CONGÉNITA, TENSIÓN ARTERIAL, CATETERISMO, CARDIOPATÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO

CARLOS ARANDA SEGADOR, ROCIO RUIZ CABELLO, ANA BELEN RUIZ MERINO

INTRODUCCIÓN: El dolor torácico se define como cualquier sensación o molestia en la región del tórax, entre el diafragma y la base del cuello y de rápida implantación. Es una de las causas más frecuentes de consulta a un servicio de urgencias. El problema más importante a la hora de clasificar un dolor torácico reside en diferenciar patología potencialmente mortal de molestias torácicas que no comprometen la vida del enfermo.

OBJETIVOS: Divulgar información y proponer procesos para mejorar el manejo de la persona que cree tener un dolor torácico.

METODOLOGÍA: Realizar una estadística de los pacientes que acuden al servicio médico refiriendo dolores torácicos, identificar los problemas por los cuales los ciudadanos no saben manejar un dolor diferente al del dolor específico torácico y búsqueda bibliográfica y evidencia científica.

RESULTADOS: El personal de enfermería suele ser la primera persona en atender al paciente que viene con síntomas relacionados con el dolor torácico, como sudoración, mareo, vómitos, etc. El dolor torácico es considerado una verdadera urgencia médica y enfermera si después de realizar el examen correspondiente se determina que el dolor es real. Los cuidados de Enfermería seguirían un itinerario tal como monitorizar al paciente, teniendo preparado el desfibrilador, vigilar el estado general del paciente, realizar un electrocardiograma, medir las constantes vitales, administrar oxígeno, abordar una vía periférica para posible administración de medicación intravenosa, realizar una analítica, y si el dolor torácico es real, preparar el traslado al hospital más cercano, acompañando al paciente en todo momento por si hubiera alguna alteración del estado primario en el que se encontraba el paciente.

CONCLUSIÓN: El personal de enfermería debe saber actuar con la mayor brevedad posible para poder descartar rápidamente si el problema es grave y así poder clasificar al paciente acorde al problema con el que acude al servicio médico.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ENFERMERÍA, DOLOR, TORÁCICO.

BIBLIOGRAFÍA DE TRATAMIENTO DEL DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS

MANUELA LIÑAN GARCÍA, M. CUSTODIA CORTÉS FERNÁNDEZ, RAQUEL CORTÉS FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: El dolor torácico es uno de los síntomas que más inquieta a los profesionales sanitarios por el amplio abanico de posibilidades diagnósticas que conlleva. Es una de las causas más frecuentes de consulta en Urgencias.

OBJETIVOS: Analizar los distintos tipos de dolor torácico que pueden aparecer. En el área de Urgencias.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como Elsevier y Scielo. Se realizaron búsquedas como dolor torácico, infarto, vascular, electrocardiograma.

RESULTADOS: En Urgencias se investigará si este síntoma supone algún riesgo vital o no para el paciente. Se realiza mediante la anamnesis y exploración física apoyada con pruebas diagnósticas. La evaluación clínica: conocer el tipo de dolor, localización, factores que lo desencadenan, duración, factores que lo alivian, síntomas asociados. La etiología del dolor torácico se divide en: Cardiovascular: angina-infarto de miocardio, pericarditis-miocarditis. Vascular: disección de aorta, embolia pulmonar, hipertensión pulmonar. Respiratorio: pleuritis o neumonía, traqueobronquitis. Digestivo: reflujo esofágico, úlcera péptica, enfermedad de la vesícula biliar, pancreatitis. Osteomuscular: costochondritis, enfermedad discal cervical. Infeccioso: Herpes Zoster. Psicológico: trastorno de angustia. Se realizará una exploración física, pruebas complementarias (electrocardiograma, radiografía de tórax, enzimas, gasometría arterial, ecocardiografía, arteriografía pulmonar digital, manometría y pH-metría).

CONCLUSIÓN: El dolor torácico genera una gran preocupación en el paciente por lo que ha de valorarse inmediatamente por el médico que hará un diagnóstico diferencial. Si la probabilidad de enfermedad coronaria es alta y el riesgo es elevado, el paciente ha de hospitalizarse. Si es baja y riesgo bajo puede ser tratado ambulatoriamente.

PALABRAS CLAVE: DOLOR TORACICO, PREOCUPACIÓN, INFARTO, URGENCIAS.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA HEMOSTASIA POSTCATETERISMO RADIAL

JUAN RAMÓN GARCÍA VELASCO, MARIA GUADALUPE GARCIA MARTINEZ, ANDREA CAROLINA FELTON VALENCIA

INTRODUCCIÓN: La banda de compresión radial se trata de un dispositivo en forma circular que se coloca en la muñeca, su material es de plástico transparente. Este funciona a través de un botón, este se hinchara de aire por medio de una válvula en un punto clave para hacer hemostasia tras un cateterismo vía radial. Consiste en un kit que contiene la pulsera y una jeringa de 20 ml para insuflar o deshinchar aire. El dispositivo contiene un cierre de velcro para ajustarse a la muñeca.

OBJETIVOS: Establecer una priorización de las intervenciones enfermeras más efectivas durante la retirada de la banda de compresión radial postcateterismo en base a la relevancia dada que se ha encontrado en la literatura consultada.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica donde se incluyeron todos los artículos publicados en los últimos 10 años en castellano e inglés encontrados en las bases de datos: Cuiden plus, Cinahl, Lilacs y Scielo. Tras aplicar los criterios de inclusión nos quedamos con 22 estudios científicos.

RESULTADOS: Iniciar descompresión progresiva de la pulsera a las dos horas posteriores del cateterismo retirando 3cc de aire cada 30 minutos. Vigilar zona de punción, temperatura, color de la mano y los pulsos radial y cubital. Si durante el desinflado existe sangrado debe inflarse el globo a la presión anterior. Indicar al paciente que no mueva el brazo excesivamente hasta la retirada de la banda e informarle que debe avisar ante evidencia de sangrado, frialdad o parestesias de la mano. Una vez retirada la pulsera colocar un apósito. Informar al paciente que no debe realizar esfuerzos con el miembro afectado en 2-3 días.

CONCLUSIÓN: La enfermera, como el referente más próximo al paciente, debe responder a las necesidades de información y conocer los cuidados previos, durante y después del procedimiento, así como los aspectos relacionados con la calidad del proceso para asegurar una atención integral.

PALABRAS CLAVE: CARDIOLOGÍA, CATETERISMO RADIAL, HEMOSTASIA, INTERVENCIONES ENFERMERAS.

INTERVENCIÓN ENFERMERA: PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA

PATRICIA LARA MONTES, ROCÍO LÓPEZ LEGAZA, JOSE LUIS PAQUEZ BERRIO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 75 años, varón, acude al servicio de urgencias porque refiere encontrarse muy cansado, con dificultad respiratoria, edemas periféricos, ingurgitación yugular.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Constantes vitales: TA, FC, Frecuencia respiratoria. Determinar perfusión periférica: piel (fría/ sudorosa ó caliente/ seca), cianosis, vasoconstricción. Auscultación cardíaca. Determinar ritmicidad. Explorar presencia de soplos y extratonos. Explorar Signos de hipertensión venocapilar pulmonar. Explorar signos de hipertensión venosa sistémica. Edemas EE. II. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Analítica: Hemograma completo y formula. Bioquímica con glucemia, electrolitos séricos (Na, K, Ca, Mg). Enzimas musculares (CPK). Biomarcadores: BNP, Pro BNP.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia Cardíaca Congestiva. **PLAN DE CUIDADOS:** Se identificaron como diagnósticos de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz, 00092 - Intolerancia a la Actividad R/C Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno, Debilidad generalizada M/P Disnea de esfuerzo, Informes verbales de fatiga. 00148 Temor Separación del sistema de Informes de sentirse en una situación asustado potencialmente estresante (p. Ej. Hospitalización, procedimientos hospitalarios).

CONCLUSIONES: Como conclusión destacar la labor de enfermería en hospitalización en el manejo de pacientes con este tipo de patología. Es muy importante fomentar en los pacientes, un adecuado estilo de vida y por supuesto una buena educación sanitaria y dietética desde Atención Primaria. Para esto es muy importante la elaboración del Informe de Continuidad de cuidados al alta hospitalaria.

PALABRAS CLAVE: PLAN DE CUIDADOS, ENFERMERÍA, CUIDADOS, INSUFICIENCIA CARDÍACA.

INTERVENCIÓN ENFERMERA A UN PACIENTE EN LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS

PATRICIA LARA MONTES, ROCÍO LÓPEZ LEGAZA, JOSE LUIS PAQUEZ BERRIO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 65 años durante su estancia en la unidad de Cardiología tras haber sufrido un síncope por bradicardia. A su llegada la unidad la paciente es monitorizada con telemetría, con el fin de controlar en todo momento los cambios que pueda sufrir en su FC. Antecedentes personales: HTA, DM Tipo II, Hipercolesterolemia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 138/89 mm/Hg. FC: 42 latidos/min. Analítica completa. ECG. Rx de tórax.

JUICIO CLÍNICO: Bradicardia, implantación de Marcapasos definitivo. **PLAN DE CUIDADOS:** Se identifican como diagnósticos de enfermería Cuidados de enfermería al ingreso (7310); Informe de turnos (8148); 00146 ANSIEDAD relacionada con el procedimiento; Conocimientos deficientes en cuidados al alta.

CONCLUSIONES: La labor de enfermería es muy importante ya que deberá tener la correspondiente formación en el manejo de la telemetría. Es muy importante hablar con los pacientes e informarles por los procesos a los que se van a someter durante su estancia. Aquí es donde enfermería una labor fundamental.

PALABRAS CLAVE: PLAN DE CUIDADOS, MARCAPASOS, ENFERMERÍA, CARDIOLOGÍA.

SCACEST EN PACIENTE JOVEN POR CONSUMO DE COCAÍNA

JENNIFER JAEN MENACHO, MARÍA GONZÁLEZ ROMERO, SILVIA GÓMEZ RODRÍGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 38 años que avisa a 061 por cuadro de dolor centrotorácico opresivo de intensidad moderada-grave 7/10, irradiado a MMSS hasta muñecas acompañado de cortejo vegetativo que comienza mientras pasea de 40 minutos de duración. En días previos presentó cuadros de características similares que cedieron tras 30 minutos sin tomar medidas. Fumador de 30 cig/día, bebedor de un litro de cerveza diario y consumidor de cocaína.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientado y colaborador con regular estado general, afectado por el dolor. Afebril, Saturación O₂ 98%, TA 140/90 mmHg, ACP normal. Abdomen y MMII sin hallazgos. ECG: RS con BCRDHH con elevación de ST y amputación de onda R de V1-V3. CPK 260 y troponina cardíaca 1.480. Cateterismo: colocación de stent convencional en DA media.

JUICIO CLÍNICO: Scacest anteroseptal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los antecedentes y la edad del paciente, la sospecha diagnóstica inicial fue de ataque de ansiedad versus vasoespamo coronario, miocarditis y/o disección aórtica.

CONCLUSIONES: El consumo de cocaína provoca alteraciones cardiovasculares causadas por un aumento de la actividad catecolaminérgica. De todos los efectos cardiotóxicos, la isquemia con o sin IAM, es el más frecuente, seguido por las arritmias, miocarditis y miocardiopatías. Varios mecanismos son los responsables del IAM en consumidores de cocaína: trombosis coronaria, vasoespamo coronario y disfunción endotelial, vasoconstricción generalizada coronaria y aterosclerosis generalizada. El tratamiento dependerá del mecanismo de producción siendo fundamental el cese del consumo de la droga.

PALABRAS CLAVE: SCACEST, COCAÍNA, ANTEROSEPTAL, JOVEN.

FOMENTO DEL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

MARTA CAMPOS GIL, SONIA SANCHEZ CARRETERO, EDUARDO MARTIN TELLEZ, MARIA ISABEL NAVARRO ARROYO, ROSARIO FERNÁNDEZ CAMPOS, SILVIA JUAN LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: La Insuficiencia Cardíaca (IC) se define como la incapacidad del corazón para mantener el flujo sanguíneo adecuado a las necesidades metabólicas del organismo por disfunciones del ventrículo derecho (IC derecha), izquierdo (IC izquierda) o de ambos (IC congestiva). Las manifestaciones clínicas de la IC dependerán del ventrículo afectado pero todas ellas limitan la actividad cotidiana de estas personas. La IC es uno de los problemas de salud pública más importantes ya que principalmente afecta a personas mayores de 65 años y su prevalencia es elevada al aumentar con la edad. Además, es una causa frecuente de ingreso hospitalario y en este tipo de pacientes es habitual el reingreso.

OBJETIVOS: Identificar las intervenciones de enfermería a realizar a pacientes con IC para fomentar su autocuidado- Promover la adquisición de conocimientos y actitudes positivas del paciente con IC para fomentar la adherencia al tratamiento.

METODOLOGÍA: Se lleva a cabo una revisión sistemática en las bases de datos Medline, Cinalh y Cuiden mediante búsqueda de artículos relacionados con las palabras clave; además se unifican criterios con los conocimientos del equipo de enfermería.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos demuestran que el paciente con IC que realiza una participación activa en su autocuidado presenta progresos en el tratamiento farmacológico, presenta una mejoría en su calidad de vida y, además, se reducirán los reingresos hospitalarios.

CONCLUSIÓN: Enfermería debe realizar un seguimiento exhaustivo de los pacientes con IC para fomentar su autocuidado mediante la educación sanitaria ya que la calidad de vida de estos pacientes dependerá de los conocimientos que tenga de su enfermedad.

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA, CARDÍACA, CUIDADOS, ENFERMERÍA, EDUCACIÓN, AUTOCUIDADOS.

ACTUACIÓN ANTE EL CATETERISMO CARDÍACO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL

PATRICIA GALLARDO PÉREZ, JESSICA FERRE VARGAS, MARÍA GARCIA VACAS

INTRODUCCIÓN: El profesional de enfermería es el referente más cercano del paciente que va a ser sometido a un cateterismo cardíaco. Cuando el paciente al que se le va a realizar dicho cateterismo sufre insuficiencia renal, debemos seguir un protocolo específico en la preparación y los cuidados posteriores aportando calidad al proceso asistencial.

OBJETIVOS: Identificar en qué consiste el cateterismo cardíaco. Determinar el protocolo específico en el paciente con insuficiencia renal.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una revisión sistemática en el buscador Gerión de la Biblioteca Virtual del SAS. Palabras clave “cateterismo cardíaco” e “insuficiencia renal”. Obtuvimos 5227 resultados. Acotando la búsqueda a artículos de menos de 5 años, publicaciones académicas, idioma español, quedando 70 resultados, seleccionando finalmente los dos más fieles al tema y el protocolo de actuación del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor (HULAMM), Murcia.

RESULTADOS: El cateterismo cardíaco es un procedimiento con fines diagnósticos y terapéuticos en el manejo de la enfermedad coronaria, mediante el cual se accede por un catéter las arterias coronarias y corazón. Este procedimiento valora la anatomía coronaria, defectos congénitos, la función del corazón y cavidades cardíacas e, incluso, saber si hay alguna válvula alterada. Puede realizarse de urgencia o programado. Esta intervención precisa un protocolo previo y posterior que ha de ser conocido por todo el personal enfermero que se relacione con éste y en el caso de que el paciente sufra insuficiencia renal ha de ser más específico aún: hidratación, acetilcisteína y control analítico.

CONCLUSIÓN: Es fundamental conocer el protocolo específico en caso de que nuestro paciente sufra insuficiencia renal, ya que no seguirlo puede empeorar notablemente la función renal del paciente. El personal de enfermería responsable durante todo el proceso, es el mediador con el paciente y fuente de calma para sus dudas y ansiedades.

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA RENAL, ENFERMERÍA, PROTOCOLO, CATETERISMO CARDÍACO.

CALIDAD DEL TÉCNICO DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DE UNA UNIDAD DE ICTUS

JOSÉ ALCAIDE GARCIA, CARLOS ALBERTO PADILLA LÓPEZ, SUSANA MARTÍNEZ BORJA

INTRODUCCIÓN: En España el ictus es considerado una de las primeras causas de mortalidad y de invalidez. Es una enfermedad con mucha repercusión a nivel familiar y personal. Varios estudios concluyeron que las unidades de ictus y un diagnóstico adelantado disminuye tanto la discapacidad como la mortalidad. El número insuficiente de unidades de ictus en España hacen que el tratamiento no sea tan eficaz.

OBJETIVOS: Identificar precozmente el deterioro neurológico, determinar los posibles tratamientos para mejorar la calidad de vida de los pacientes con ictus, así como analizar la calidad de la asistencia a pacientes afectados por ictus.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio retrospectivo observacional donde mediante una hoja de registro propia se han analizado los datos del 100% de los pacientes ingresados en la unidad de ictus. En el periodo de NOVIEMBRE 2017- ENERO 2018. Las bases de datos consultados fueron: Pubmed, Dialnet, Scielo y Cuiden. Los descriptores utilizados fueron: “cuidados enfermería”, “tratamiento agudo”, “rehabilitación”, “ictus”.

RESULTADOS: La función de una unidad de ictus es proporcionar una vigilancia continuada de los pacientes, unos cuidados de enfermería especializados y una atención médica especializada. La asistencia a los pacientes que han sufrido un ictus en las unidades de ictus es una medida que ha demostrado ser muy eficaz en cuanto a mortalidad, recuperación funcional y dependencia. Es además una medida de coste-efectiva.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir que, el manejo terapéutico por parte del TCAE en las primeras 48-72h en la unidad de ictus es fundamental, ya que disminuye la mortalidad y mejora la calidad de los pacientes con ictus agudo.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, TRATAMIENTO AGUDO, ICTUS, REHABILITACIÓN.

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE UN EPISODIO CONVULSIVO

CARMEN DEL ROSARIO CARMONA MARTINEZ, VERÓNICA FERNÁNDEZ NÚÑEZ, VICTORINA LUZ CAMACHO

INTRODUCCIÓN: La expresión crisis convulsiva o "ataque convulsivo" se refiere a una disfunción cerebral súbita o repentina que hace que la persona se desplome, tenga convulsiones o presente otras anomalías de carácter temporal en el funcionamiento cerebral, que a menudo van acompañadas de cambios en el nivel de conciencia o de pérdidas de la conciencia.

OBJETIVOS: Determinar la actuación ante un episodio convulsivo.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica/sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: La mayoría de las crisis convulsivas están provocadas por descargas eléctricas anómalas que se producen en el cerebro o por desvanecimientos (reducción de la irrigación sanguínea cerebral). Los síntomas pueden variar en función de la parte del cerebro implicada, pero suelen incluir sensaciones fuera de lo común, espasmos musculares incontrolables y pérdida de la conciencia. Algunas de estas crisis o ataques pueden aparecer a consecuencia de otra afección médica, como una concentración baja de azúcar en sangre, una infección, un traumatismo craneal, una intoxicación accidental o una sobredosis farmacológica. Pruebas alternativas: También pueden estar provocadas por un tumor cerebral u otro problema que afecte al cerebro. Y cualquier factor que conlleve una falta súbita de oxígeno en el cerebro o una reducción del riego sanguíneo cerebral también puede provocar ataques convulsivos. En algunos casos, la causa la crisis convulsiva nunca se llega a averiguar. Si su hijo tiene una crisis convulsiva: Cuando un niño tiene una crisis convulsiva, se le debe colocar sobre el suelo en un área segura, preferentemente acostado sobre el lado derecho. Aleje de su hijo los objetos cercanos. Aflójela cualquier pieza de ropa que lleve alrededor del cuello o de la cabeza. No intente mantener abierta la boca del niño o colocarla un objeto entre los dientes, ni intente agarrar o retener al niño o impedir que se mueva.

CONCLUSIÓN: A que saber distinguir si es una crisis convulsiva de otras crisis o alteración nerviosa. Educación sanitaria para los familiares y amigos afectado en tal caso.

PALABRAS CLAVE: CONVULSIONES, URGENCIA, EMERGENCIA, ATAQUE.

LA ATENCIÓN EN URGENCIAS POR DISNEA

MARÍA CELIA MATEOS MARTINEZ, MARÍA RAQUEL CAMPOS SANCHEZ, ÁNGEL DEL VALLE ARANDA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 85 años intervenida de válvula aórtica en tratamiento con anticoagulantes. Marcapasos definitivo por síncope y bloqueo bifascicular. Con antecedentes personales de insuficiencia renal en tratamiento con furosemida. En tratamiento con antihipertensivos. Paciente diagnosticada de Alzheimer.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente consciente, orientada y colaboradora. Presenta disnea, auscultación normal a su patología de válvula aórtica. Hemodinámicamente estable, afébril y saturación sin oxígeno entre 88 y 90%. Ecg normal dentro de sus antecedentes cardíacos. Radiografía normal.

JUICIO CLÍNICO: Disnea de origen respiratorio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza hoja de interconsulta a cardiología por sospecha de disnea de origen cardíaco.

PLAN DE CUIDADOS: Se realizan cuidados de enfermería, toma de constantes vitales, canalizada vía venosa periférica en miembro superior izquierdo. Se extrae analítica venosa y gasometría arterial. Se realiza electrocardiograma. Se traslada al paciente para realización de radiografía. Se administran aerosoles y diuréticos para forzar diuresis. Se administra oxigenoterapia. Se mantiene en observación en espera de resultados y valoración por cardiología.

CONCLUSIONES: Tras valoración por cardiología, y revisando el resultado de las pruebas, se confirman que los síntomas son compatibles con su patología cardíaca y se confirma diagnóstico de disnea de origen respiratorio por bronquitis.

PALABRAS CLAVE: URGENCIAS, DISNEA, CORAZÓN, CUIDADOS.

SCACEST EN DOMICILIO: URGENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

EVA MARIA BARCO IMBERNON, ANA GÓMEZ PRADOS, ANTONIO MUÑOZ MARROCO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Antecedentes personales: Paciente mujer de 87 años de edad, sobrepeso. NAMC, Diabetes Mellitus tipo II insulino dependiente, no antecedentes quirúrgicos. No hábitos tóxicos. En tratamiento con lormetazepan 1mg, furosemida 40mg, insulina, atorvastatina 80mg, ramipril 5mg, omeprazol 20mg. Enfermedad actual: Un familiar llama al servicio de urgencias del centro de salud tras observar que presenta ansiedad y no presenta apetito. A la llegada del equipo medico observan a la señora sentada tranquila y refiere que siente pena tras fallecimiento de su hijo. Se realiza exploración de constantes encontrando todos los valores normales. Al día siguiente se recibe de nuevo aviso por presentar malestar no especificado de la anciana. El equipo realiza nueva toma de constantes, añadiendo esta vez un electrocardiograma.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: Consciente y orientada, buen estado general. Tensión arterial: 120/80 mmHg. Saturación de Oxígeno: 97%. Frecuencia cardiaca: 70 lpm. Rítmica. Glucemia: 306 mg/dl. Frecuencia respiratoria: 15 rpm. Auscultación: no crepitantes, no ruidos patológicos, no soplos. ECG: Ritmo sinusal con elevación en ST y en II y descenso en I.

JUICIO CLÍNICO: IAM anterior. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ansiedad. Vómitos. Crisis hiperglucémica.

PLAN DE CUIDADOS: Se deriva a hospital con equipo médico y en tratamiento con Acido Acetil Salicílico de 100mg y Oxígeno en gafas nasales a 2 litros por minuto. En este caso podemos observar que el dolor no se centra en tórax, si no en un malestar general que puede hacer despistar al facultativo del diagnostico acertado por presentar manifestaciones clínicas no relacionadas con un infarto agudo.

CONCLUSIONES: La edad avanzada, las complicaciones relacionadas con la diabetes mellitus son factores a tener en cuenta en la posible mala evolución de la paciente.

PALABRAS CLAVE: ATENCION PRIMARIA, ELECTROCARDIOGRAMA, SCACEST, URGENCIA.

EFFECTIVIDAD DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS EN PACIENTES ADULTOS MENORES DE 60 AÑOS CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

LAURA COBOS CUENCA, JOSÉ CARLOS COBOS CUENCA, ARACELI MARCOS MÁRQUEZ

INTRODUCCIÓN: La hipertensión arterial es una causa importante de riesgo en la incidencia de patologías coronarias como el infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardíaca, incluso el ACV y la insuficiencia renal. Hay evidencia científica de la efectividad de estos medicamentos en personas mayores de 60 años, pero no en personas menores de esta edad. Se pretende valorar la efectividad de estos medicamentos en personas hipertensas entre los 18 y 60 años de edad.

OBJETIVOS: Valorar la efectividad de los fármacos antihipertensivos en pacientes menores de 60 años con patología cardiovascular.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos más relevantes como: Medline, Embase, Central y la Biblioteca Cochrane plus. Los descriptores que se han utilizado: fármacos, antihipertensivos, adultos, patología y cardiovascular.

RESULTADOS: Tras evaluar los distintos estudios realizados se aprecia que los fármacos antihipertensivos pueden disminuir, aunque en un porcentaje bajo, la presión arterial alta y la incidencia de pacientes con patología cardíaca. También puede aminorar el riesgo de padecer un ACV (accidente cerebro vascular). En cambio, no hay certeza acerca de la efectividad de estos medicamentos en pacientes con aterosclerosis.

CONCLUSIÓN: Tras valorar los resultados principales obtenidos de los estudios analizados se considera que los fármacos antihipertensivos tienen un resultado favorable en la disminución de la tensión arterial elevada, aminoran la aparición de patología cardíaca, así como un descenso del riesgo de padecer ACV en pacientes menores de 60 años. Dado que los porcentajes obtenidos de los resultados son pequeños y la calidad de la evidencia es baja, se necesitan estudios de mayor calidad científica para establecer conclusiones definitivas.

PALABRAS CLAVE: FÁRMACOS, ANTIHIPERTENSIVOS, ADULTOS, PATOLOGÍA, CARDIOVASCULAR.

PACIENTE ADULTO DIAGNOSTICADO CON ARRITMIAS

MARÍA AUXILIADORA AGUAYO DOMINGUEZ, ANA MARÍA CASTILLO SÁNCHEZ, MARIA DEL CARMEN PÉREZ ARAGÓN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 30 años de edad, que consultó al servicio de urgencias por un episodio de taquicardia de 3 horas de evolución. Refería la aparición muy ocasional de crisis de taquicardia desde la infancia. Los episodios eran de palpitaciones regulares, de inicio y fin súbitos, a veces precedido de un latido fuerte y que alcanzaban una frecuencia de 160/minuto. Durante años, estas crisis habían sido muy esporádicas, con una frecuencia, a lo sumo, de una o dos al año, de un cuarto de hora a varias horas de duración, pero que últimamente habían aumentado de frecuencia y duración. La taquicardia que motivó la consulta persistía desde hacía 3 horas, era más rápida que lo habitual y tenía cierta irregularidad. No se acompañó de mareo ni disnea, ni cedió a pesar de que practicaron maniobras vagales.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: FC: 200 lat/min PArt 110/80 mmHg. La inspección de las venas del cuello no mostró ninguna onda anormal. Los campos pulmonares eran normales. Los ruidos cardiacos eran débiles. No se auscultaban soplos. La compresión del seno carotídeo no modificó la frecuencia cardíaca. El resto de la exploración fue normal. Como pruebas complementarias se realizó: Radiografía de Tórax, la cual salió normal y un electrocardiograma donde se reveló la patología.

JUICIO CLÍNICO: Con los resultados obtenidos con el EKG, se pudo diagnosticar, arritmia.

CONCLUSIONES: Una arritmia es un trastorno de la frecuencia cardíaca (pulso) o del ritmo cardíaco. El corazón puede latir demasiado rápido (taquicardia), demasiado lento (bradicardia) o de manera irregular. Una arritmia puede no causar daño, ser una señal de otros problemas cardíacos o un peligro inmediato para su salud.

PALABRAS CLAVE: SALUD, TAQUICARDIA, CARDIOLOGIA, ARRITMIAS.

MANIOBRAS VAGALES: TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN TAQUICARDIAS PAROXÍSTICAS SUPRAVENTRICULARES

LAURA PÉREZ RODRÍGUEZ

INTRODUCCIÓN: Las Taquicardias Paroxística Supraventriculares (TPSV) son una causa frecuente de consulta en emergencias en pacientes adultos. Un tratamiento temprano en situaciones de estabilidad hemodinámica puede revertir de forma óptima esta situación mediante la combinación de maniobras vagales, fármacos y/o tratamiento eléctrico.

OBJETIVOS: Determinar la eficacia de las maniobras vagales en el tratamiento agudo de la Taquicardia Paroxística Supraventricular (TPSV) con estabilidad hemodinámica.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de la literatura existente sobre la eficacia de las maniobras vagales en el tratamiento agudo de la TPSV con estabilidad hemodinámica, en bases de datos especializadas españolas y anglosajonas (Enfermería al Día, MEDES, La biblioteca Cochrane Plus y PubMed) utilizando descriptores como “taquicardia”, “taquicardia supraventricular”, “maniobra valsalva”, “maniobra vagal”, “tratamiento”, “abordaje”, De los 22 documentos seleccionados en primera instancia, son 9 los que finalmente cumplen los criterios de inclusión para la realización de esta revisión.

RESULTADOS: Se observa que la mayoría de los autores comparten la opinión de que el tratamiento de elección para la TPSV aguda con estabilidad hemodinámica es la combinación de maniobras vagales seguido de farmacoterapia. Entre las maniobras vagales, la más reconocida es la Maniobra de Valsalva, por ser una técnica muy útil, de aplicación universal y práctica, cuyo porcentaje de éxito se establece en el 20-50% de los casos. Aunque también existen alternativas, del mismo modo eficaz pero no igualmente seguras como el masaje del seno carotídeo, la presión ocular o posición de Trendelenburg entre otras.

CONCLUSIÓN: La Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Arritmias Cardiacas clarifica que las maniobras vagales son la primera opción terapéutica en combinación con fármacos en el tratamiento agudo de la TPSV cursante con estabilidad hemodinámica, y pese a no existir directrices a la hora de emplear una maniobra vagal concreta, destaca la Maniobra de Valsalva por su eficacia y seguridad.

PALABRAS CLAVE: TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR, MANIOBRA VALSALVA, MANIOBRA VAGAL, TRATAMIENTO.

PACIENTE GERIÁTRICA CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL RESPIRATORIA

MARÍA CLEOFÉ MADRID ORTIZ, MARIA DEL CARMEN AGUILERA PÉREZ, ROSA MARÍA GÓMEZ RODRÍGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 79 años trasladada desde el hospital por EAP+Shock cardiogénico con sospecha de cardiopatía isquémica e IMitral severa en contexto de IQ de rodilla.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza ETT: Aquinesia septorial FEVI deprimida en grado leve moderado. IM leve. PSAP 30mm HG+PVC COC. NH NP. Eupneica. Sin fiebre. ACR. Rítmica con soplo sistólico. MVC sin ruidos añadidos. MMII NO edemas. Glucemia: 179. Urea 92 Cr:0.71 Iones normales. Hb:10.3 Leucocitos: 13100 con eutrofia. Plaquetas 222. Rx tórax (UCI) Cardiomelagia con filtrado alveolar bilateral. EKG en UCI: RS 100 Ipm con ESA Q anteroseptal y III. T negativa en II, III Y AVF. Endoscopia: Aquinesia anteroapical con compensación de segmentos basales y FEVI que impresiona de disfunción. No valvulopatías groseras. No derrame pericárdico.

JUICIO CLÍNICO: Infección respiratoria nosocomial. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** EAP. IAM No Q. Infección respiratoria nosocomial.

PLAN DE CUIDADOS: Seguril 1 comprimido al día. Omeoprazol 20mg 1 comprimido al día. AAS 100MG 1 Comprimido al día. Losartán 50mg medio comprimido en desayuno. Atorvastatina 40mg 1 comprimido por la noche. Espironolactona 25 1 comprimido en en almuerzo. Carveditol 6 25 mg cada 12 horas. PRECISA DE REHABILITACIÓN DOMICILIARIA. Revisión en 6 meses por Cardiólogo.

CONCLUSIONES: La infección intrahospitalaria constituye un problema de salud por su elevada frecuencia, consecuencias fatales y alto costo de tratamiento. Actualmente es un indicador de calidad de la atención médica, constituye una revolución en la gestión de los servicios sanitarios y mide la eficiencia de un hospital junto a otros indicadores de morbimortalidad y aprovechamiento de recursos. La organización para el estudio sistemático de la infección nosocomial en los hospitales es un hecho relativamente reciente, y en muchos países está en vías de desarrollo.

PALABRAS CLAVE: CARDIOPATÍA, ISQUEMIA, MITRAL, SEVERA, SHOCK CARDIOLÓGICO.

PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE UNA DISECCIÓN AÓRTICA

NATALIA FERNÁNDEZ GARCIA, AZAHARA LUCÍA DEL PINO MORALES, MARTA ROBLES ANGELES

INTRODUCCIÓN: La disección aórtica aguda posee una tasa de mortalidad extremadamente alta después de la aparición de una manifestación inicial. Se caracteriza por la creación de una falsa luz en la capa media de la pared aórtica con división entre ellas.

OBJETIVOS: Conocer los tipos de disección aórtica, investigar sobre sus factores de riesgo y estudiar los cuidados por parte de Enfermería.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica actualizada durante cinco meses. Se han seleccionados como principales 10 artículos, publicados entre el 2007-2018, en español e inglés. Bases de datos utilizadas: Scielo, Cuiden, Dialnet o Medline. Descriptores utilizados: Aortic Dissection; Disección aórtica; Enfermería; Factores de riesgo.

RESULTADOS: La clasificación de Stanford ha resultado ser la más aceptada. Se distingue entre la disección aórtica tipo A, que afecta a la aorta ascendente, y la tipo B, en la que la entrada se encuentra distal a la salida de la arteria subclavia izquierda. Siendo la A de mortalidad mayor y cuyo tratamiento es la cirugía urgente. Esta clasificación no tiene en cuenta los precursores de la disección aórtica como el hematoma intramural o la úlcera penetrante. Como factores de riesgo se consideran: la hipertensión, mala perfusión, anomalías en el tejido conectivo, enfermedades congénitas, cirugía cardíaca previa, edad avanzada y ser varón. El personal de Enfermería debe tener en cuenta ante un paciente con sospecha de disección aórtica y post-cirugía: tomar la tensión en ambos brazos, monitorización constante y electrocardiograma, mantener una presión arterial y una frecuencia cardíaca compatibles con una adecuada perfusión renal, cerebral y cardíaca, administración de medicación adecuada y balance hidroelectrolítico.

CONCLUSIÓN: Los cuidados de Enfermería son clave en la detección rápida y temprana de los síntomas y en la prevención de factores de riesgo. En el caso del paciente en cuidados intensivos post-disección aórtica es importante una monitorización hemodinámica y la detección y tratamiento de complicaciones.

PALABRAS CLAVE: DISECCIÓN AÓRTICA, ENFERMERÍA, FACTORES DE RIESGO, HEMATOMA INTRAMURAL.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO SIN COMPROMISO HEMODINÁMICO

JESUS SANTIAGO BULEJE HUIZA, VERÓNICA ALFONSO REYES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 64 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, obesidad grado II y fumador ocasional. Acude a consulta por cuadro clínico de dolor torácico de características anginosas de 3 semanas de evolución, asociado a disnea progresiva hasta hacerse de pequeños esfuerzos y astenia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física era anodina, SatO₂ 94%. ECG: RS a 74 lpm, escasa progresión de R en precordiales, T negativas simétricas de V1-V5, cambios no descritos en ECG previos. Ante los hallazgos electrocardiográficos se remite al servicio de Urgencia del Hospital para realizar estudios complementarios. Analítica: hs-TNT 20ng/L, sin otras alteraciones. Ecocardiograma: Signos de hipertensión pulmonar severa (dilatación de cavidades derechas con insuficiencia tricuspídea ligera y gradiente VA muy incrementado). Ante la sospecha diagnóstica de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) versus isquemia anterior aguda, se realizó un TC de arterias coronarias que mostró TEP bilateral masivo con sobrecarga derecha y árbol coronario con lesiones ligeras no estenosantes.

JUICIO CLÍNICO: Tromboembolismo Pulmonar masivo con sobrecarga derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, pericarditis aguda, taponamiento pericárdico, neumonía, neumotórax.

CONCLUSIONES: El TEP es la tercera causa más frecuente de muerte por enfermedad cardiovascular después del Infarto agudo de miocardio y la enfermedad cerebrovascular. La presentación clínica es muy variable desde oligosintomática, con signos clínicos y síntomas inespecíficos, hasta severa con alta morbimortalidad. Asimismo las manifestaciones electrocardiográficas son diversas e inespecíficas. Este caso clínico pone de manifiesto, como la embolia pulmonar puede simular una isquemia miocárdica, por lo que hay que tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de los eventos coronarios agudos, en este caso el ecocardiograma orientó el diagnóstico que finalmente se confirmó con el TC de arterias coronarias.

PALABRAS CLAVE: DOLOR TORÁCICO, SÍNDROME CORONARIO, TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, PATRÓN ELECTROCARDIOGRÁFICO.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON CATETERISMO

ISABEL ROCIO COTAN GARCIA, ALMA ROMERO JIMENEZ, JAVIER ALEX RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: El cateterismo cardíaco (CC) es un procedimiento invasivo, se realiza una inserción de un catéter a través de la arteria femoral o radial que llega hasta el corazón, se estudia la función del corazón (válvulas cardíacas, la presión de las diferentes cámaras...) con un fin diagnóstico y/o terapéutico.

OBJETIVOS: Identificar los cuidados enfermeros ante un paciente sometido a un cateterismo cardíaco

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre los cuidados enfermeros en un CC, en la última década. Se consultaron diferentes bases de datos (Lilacs, Medline, Scielo). En todos los casos, se limitó la búsqueda al intervalo 2007-2017. En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos (nacional o internacional), se utilizaron descriptores en español ("cuidados", "cateterismo", "enfermería", "cardiopatías"). Los criterios establecidos fueron: Estudios que analicen los cuidados enfermeros en un CC; que aporten datos empíricos sobre el estudio; con acceso al texto completo; y escritos en español. De un total de 81 publicaciones, fueron seleccionadas 3.

RESULTADOS: Tal y como muestran los resultados, los cuidados tras ser intervenido de un CC son: Control de las constantes vitales. Vigilar la zona de punción. Vigilar ciertas complicaciones: hemorragias. Recomendar no levantar peso, limitar movimientos en la extremidad afectada. Debemos realizar una compresión arterial y colocar un apósito compresivo. Comprobar el apósito en las dos primeras horas después de la intervención cada 30 minutos. Después cada 6 horas hasta su retirada.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir que, el personal de enfermería juega un papel primordial en la recuperación de un paciente sometido al CC. Garantizando un proceso asistencial de calidad, disminuyendo las complicaciones y obteniendo resultados satisfactorios sobre el paciente.

PALABRAS CLAVE: CATETERISMO, CUIDADOS, ENFERMERÍA, CARDIOPATÍA.

ACTUACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE TRAS REALIZARLE UN CATETERISMO CARDÍACO

ILUMINADA MARTÍNEZ TORNERO, CARLA RUIZ TORRES, LAURA JIMÉNEZ GONZÁLEZ,
SILVIA GARCIA ESTEVE, RUTH DE VAL MERINO, JUDITH CLAVERIAS DIAZ

INTRODUCCIÓN: La enfermedad coronaria es una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en el mundo. Puede ser la responsable de una angina de pecho (angor), del infarto de miocardio o de una insuficiencia cardíaca. El cateterismo cardíaco es una prueba que permite conocer la anatomía y el funcionamiento del corazón y de los grandes vasos así como la gravedad de las posibles lesiones que existan. Es la modalidad de elección, ya que puede ser diagnóstico y terapéutico, lo que permite realizar de inmediato una angioplastia primaria.

OBJETIVOS: Establecer cómo prevenir y detectar posibles complicaciones, así como facilitar la recuperación del paciente.

METODOLOGÍA: Revisión e inspección de protocolos de actuación en pacientes sometidos a un cateterismo diagnóstico o terapéutico y revisión bibliográfica de diferentes artículos y revistas científicas.

RESULTADOS: Respecto a los cuidados que debe realizar enfermería en pacientes sometidos a un cateterismo cardíaco, encontramos los siguientes puntos: Identificación, monitorización y registro de constantes vitales a la llegada y cada media hora las dos primeras horas. Vigilar pulsos radiales y pedios, coloración, temperatura, y punto de inserción (radial o femoral). Realizar electrocardiograma a la llegada y cada ocho horas las primeras 24 horas. Vigilar dolor y síntomas en el paciente. Explicarle los procedimientos que se van a realizar y realizar educación sanitaria.

CONCLUSIÓN: El cateterismo es una técnica rápida de diagnóstico y tratamiento en la patología cardíaca. Los datos demuestran que es una técnica segura y las complicaciones graves son poco frecuentes (hemorragias, infecciones, alergias medicamentosas o al contraste yodado, alteración del ritmo cardíaco...). La enfermera ha de ser capaz de manejar de manera correcta el tratamiento del paciente así como de explicarle los procedimientos que va a realizar. La educación sanitaria es esencial para realizar un buen cuidado.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD CORONARIA, DIAGNÓSTICO PRECOZ, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, CATETERISMO CARDÍACO.

A PROPÓSITO DE UN CASO: IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

CAROLINA SOLDADO JIMÉNEZ, RAFAEL GONZÁLEZ VELASCO, CRISTINA ONIEVA LLAMAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 69 años que ingresa para implantación de válvula aórtica transcáteter (TAVI) por estenosis aórtica severa. Ingresa para realización de TAVI , bajo anestesia general y monitorización con Eco transesofágica. En sala de hemodinámica, se efectúa cateterismo izquierdo- derecho por vías percutáneas femoral izquierda y derecha, con cable de marcapasos en yugular derecha. Se implanta válvula CoreValve de 29mm.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Estudio hemodinámico, Tac, analítica y Radiografía de tórax. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas, monorroeno, EPOC, HTA, dislipemia e hieruricemia.

JUICIO CLÍNICO: Estenosis Aórtica Severa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En Cateterismo, diagnóstico de EA. Cirugía abierta de válvula aórtica versus implante de válvula aórtica percutánea. Candidato a TAVI.

PLAN DE CUIDADOS: Riesgo de lesión perioperatoria: monitorización de signos vitales, control de hemorragias. Deterioro de la respiración r/c anestesia: ventilación mecánica. Control/manejo del dolor, administración de analgesia.

CONCLUSIONES: Tras 6 horas en UCI , el paciente se encuentra extubado, estable hemodinámicamente y sin complicaciones derivadas del procedimiento. Al final del procedimiento, no gradiente residual , insuficiencia aórtica mínima y no precisa marcapasos por el momento. La vía de abordaje es tratada con puntos, y por angiografía, no sangrado ni estenosis. No acontecimientos adversos durante el procedimiento ni complicaciones derivadas de la técnica (acceso vascular, trastornos del sistema eléctrico del corazón ,regurgitación aórtica). Actualmente el TAVI es el tratamiento de elección para los pacientes con EA grave sintomática, considerados inoperables. En los últimos años, el procedimiento de TAVI ha crecido exponencialmente extendiéndose a pacientes de riesgo quirúrgico intermedio debido a los buenos resultados del procedimiento, disminución de complicaciones y baja incidencia de degeneración protésica. Es la tendencia en otros países europeos donde el procedimiento se ha multiplicado dado el buen resultado y el bajo riesgo de complicaciones derivadas de la técnica. Queda a debate, la durabilidad de la válvula ya que se implantan en pacientes con gran expectativa de vida.

PALABRAS CLAVE: ESTENOSIS AÓRTICA, VÁLVULA AÓRTICA, COMPLICACIONES, ENFERMERÍA, PLAN DE CUIDADOS.

MANEJO DE CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA

GUADALUPE MURILLO RUIZ, SONIA MARIA MOLINA GUERRA, CARMEN MARÍA MAÑAS DUEÑAS

INTRODUCCIÓN: El Catéter Central de Inserción Periférica (PICC) es un acceso venoso cuyo objetivo es preservar el capital venoso del paciente, especialmente cuando su sistema vascular se puede deteriorar de manera irreversible como consecuencia de diferentes tipos de tratamiento. Puede ser insertado por los profesionales de enfermería, de ahí la importancia de unificar los criterios utilizados para llevar a cabo su manejo y extender el uso de protocolos consensuados en las unidades de referencia.

OBJETIVOS: Establecer guías y protocolos que den la suficiente autonomía a los profesionales de enfermería para poder resolver los problemas derivados de la Terapia Intravenosa, debiéndose comprobar periódicamente el grado de cumplimiento de los mismos.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden y Medline, y en los siguientes metabuscadores: Google académico y The Cochrane Library. Descriptores: catéteres venosos, complicaciones, dispositivo de acceso vascular, PICC, CVC.

RESULTADOS: La eficacia para la solución a los problemas de los pacientes, con mínima iatrogenia y utilización racional de los medios por parte de los Equipos de Terapia Intravenosa en los servicios donde se encuentran presentes, justifica la mejora en la calidad de vida y la seguridad de los pacientes portadores de catéteres venosos centrales.

CONCLUSIÓN: Los PICC pueden ser insertados por profesionales de enfermería, de ahí la importancia de unificar los criterios utilizados para llevar a cabo su manejo y extender el uso de protocolos consensuados en las unidades de referencia.

PALABRAS CLAVE: CATÉTERES VENOSOS, COMPLICACIONES, PICC, DISPOSITIVO DE ACCESO VASCULAR, CVC.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN ACCIDENTE VASCULAR AGUDO CEREBRAL ISQUÉMICO

MARIA ESTHER SANCHEZ ENTRENA, JUAN ALONSO ESPINOSA, JOSE MARTIN AMAT

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Sobre las 15h la familia nota trastorno agudo del lenguaje y parálisis facial derecha. La trasladan a urgencias del Campus de la Salud. A su llegada al hospital persisten déficits neurológicos y en el TAC se descarta hemorragia cerebral. Tras controlar una moderada hipertensión se inicia fibrinolisis IV a las 17:58h.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración general: sin sensación de gravedad. Bien nutrida e hidratada. Neurológico: parálisis facial derecha y afasia motora, sólo dice no a cualquier pregunta pero obedece órdenes. Tórax: de constitución normal elevación simétrica de ambos hemitórax, murmullo conservado sin ruidos añadidos. Abdomen: blando y con ruidos. Extremidades: sin hallazgos significativos. Pruebas complementarias: analítica, Rx Tórax, ECG, TAC craneal.

JUICIO CLÍNICO: Accidente Vascular Cerebral de territorio de Arteria Cerebral Media Izquierda.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Accidente Vascular Agudo Cerebral Isquémico.

PLAN DE CUIDADOS: Toma de constantes. Extracción de analítica. Vigilancia neurológica. Alta a planta de Neurología. Fibrinolisis. Avisa a radiología.

CONCLUSIONES: Tras la llegada de la paciente al hospital y atendiendo a los signos y síntomas que describe la familia, se le toma la presión y resto de constantes, se le realiza valoración neurológica, se extrae analítica sanguínea y se le realizan otras pruebas complementarias (TAC craneal, valoración abdomen, etc.). Se concluye que la paciente ha tenido un accidente vascular agudo cerebral isquémico.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, CUIDADOS, ENFERMERÍA, ENFERMERDAD.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DISNEA

MARIA DEL MAR VAQUERO RUIZ, INMACULADA AVALOS GARRIDO, RAQUEL MORENO BRENES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 73 años, con aumento de su dificultad respiratoria habitual (moderados esfuerzos) hasta hacerse a mínimos esfuerzos, tos persistente, expectoración blanquecina, fiebre de 38°C, Disminución volumen diuresis, edema y ortopnea. No dolor torácico ni palpaciones. Desde hace 24-48h, diarrea (2-3 deposiciones/día). AP: No RAMs, HTA, FRCV, FA, IVC, Obesidad, Lumbalgia mecánica crónica degenerativa, Espondiloartrosis. AQ: Osteocondroma gigante en tibia y peroné izquierdo. Situación basal Institucionalizado, Parcialmente dependiente de ABVD, usa andador. Funciones superiores conservadas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: COC: Signos meníngeos negativos. Aceptable estado general. Disnea en reposo, Sat 89% con GN a 2 lpm. Bien perfundido, afebril, normotenso, Obesidad. AC: Arrítmico 70 lpm. AP: Hipofonesis global, crepitantes bibasales. Abdomen blando, depresible, no doloroso. RHAe aumentados Murphy y Blumberg negativos, No signos irritación peritoneal. Edemas leves pretibiales. Pruebas complementarias: Analítica al ingreso: Hemograma: Hb 10.4, VCM 79, resto sin incidencias. INR 2.3, TP 34%. BQ Glu 115, fx renal normal, K 2.7 PCR 10. GV ph 7.5, PCO2 44, bic 34, lactato 1.5. RX Tórax: Cardiomegalia, Derrame Pleural bilateral, Hilios pulmonares prominentes. EKG FA 80 lpm. Durante el ingreso: RX Tórax: Mejoría signos congestivos, persiste cardiomegalia y redistribución vascular. Coprocultivo negativo. Orina: Antígeno Legionella y Neumococo: Negativo. Al Alta Analítica: Hemograma Hb 10.7, VCM 74. Resto normal. INR 2.3 TP 34%. Bioq, Normal.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia cardiaca descompensada. Diarrea aguda. Hipopotasemia. Probable OCFA.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Hipertermia (00007). Patrón respiratorio ineficaz (00032). Diarrea (00013). Deterioro de la deambulación (00088). Riesgo de caídas (00155).

CONCLUSIONES: La disnea es una dificultad respiratoria manifestada por sensación de falta de aire a nivel pulmonar. Sus síntomas pueden originar: Disminución nivel de oxígeno, mareos, náuseas y ansiedad. Puede producirse en reposo o con el esfuerzo físico. Grandes fumadores y personas con enfermedad cardiovascular y/o pulmonar son los más propensos a padecerla.

PALABRAS CLAVE: DISNEA, DIFICULTAD RESPIRATORIA, INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA, INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA.

ABORDAJE ENFERMERO EN PACIENTE PORTADOR DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

RAFAEL VALDIVIA DÍAZ, GEMA DELGADO PEREGRINA, MARÍA PIQUERAS RODRÍGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 68 años con antecedentes de HTA, DM tipo II, dislipemia. Cardiopatía isquémica, infarto agudo de miocardio inferior previo. Cirugía de revascularización previo en el año 1993. Disfunción ventricular severa y episodios sincopales con evidencia de TVNS en Holter.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen aspecto general, hidratado y perfundido. No ingurgitación yugular. Auscultación cardíaca rítmica y sin soplos. Ventilación pulmonar adecuada. No edemas. Pulsos conservados a todos los niveles.

JUICIO CLÍNICO: Ingreso programado para implantación de desfibrilador automático. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cardiopatía isquémica, infarto de miocardio previo, cirugía de revascularización previa, disfunción ventricular severa e implante de DAI.

PLAN DE CUIDADOS: Los cuidados postoperatorio en la recepción del paciente desde su traslado de quirófano, constantes vitales por turnos: TA y FC. Enseñar al paciente y la familia de los cuidados inmediatos a seguir postimplante: reposo en cama en las 24 horas siguientes e inmovilización del lado del miembro superior afectado, inicio de tolerancia según criterio anestésico. Además de observar signos alarmantes de sangrado o edema de la zona de intervención, comprimir la zona ante posible sangrado con la palma de la mano, comprimir con compresas estériles y avisar de inmediato al médico responsable, colocar en la zona de edematización severa peso de 2 kg y realización de pruebas complementarias a las 24 horas posteriores: RX tórax y EKG.

CONCLUSIONES: El Desfibrilador Automático Implantable (DAI) es un dispositivo electrónico, capaz de generar una descarga eléctrica que se libera al corazón, mediante un cable o electrodo. Su localización es por general en el espacio endocárdico y su implantación se realiza bajo sedación del paciente y anestesia local de la zona. En cada una de las etapas pre, inter y postintervención es fundamental la figura del personal de enfermería, aumentando considerablemente en la etapa de cuidados al alta, ya que esto favorece una mayor conciliación y adquisición de nuevos hábitos por parte del paciente.

PALABRAS CLAVE: HEMODINÁMICA, CUIDADOS, DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO, ENFERMERÍA, POSTOPERATORIO.

HIPERTENSIÓN PULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

VICTORIA GAITEIRO RAMÍREZ DE VERGER, MARIA JESUS PEREZ QUERO, ALICIA GARCIA CARMONA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 67 años de edad, independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Es programado en quirófano para realización de cateterismo cardíaco derecho con clínica de disnea y edemas. Antecedentes familiares; hermano fallecido de IAM a los 45 años y madre con patología cardíaca no especificada. No alergias medicamentosas conocidas. Exfumador desde los 43 años. Exbebedor importante hasta hace 9-10 años. No HTA ni DLP o Diabetes.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Aceptable estado general, consciente y orientado. Bien hidratado. Eupneico en reposo y al habla. Refiere disnea a esfuerzos moderados. Escalas de valoración de enfermería: Escala Barthel: 91 dependencia escasa. Escala de disnea: grado 3. Escala Katz: incapacidad leve. Riesgo nutricional: 2 (reevaluar en 6 meses). Pruebas complementarias: Analítica, Test de los 6 min, ecocardiografía, Doppler en troncos Supraaórticos, pruebas funcionales respiratorias, cateterismo derecho.

JUICIO CLÍNICO: Miocardiopatía dilatada idiopática/enólica con disfunción del ventrículo izquierdo severo. Hipertensión pulmonar moderada. **PLAN DE CUIDADOS:** Dieta cardiosaludable, pobre en sal y grasas de origen animal. Control del peso. Ingesta de líquidos 1.5-2L/día. Ejercicio aeróbico de intensidad moderada. Control de cifras tensionales. No ingerir alcohol, ni consumir otras drogas. Evitar viajes largos, altitud y climas cálidos y húmedos. Tratamiento con Sintrom, Digoxina, Furosemida, Carvedilol, Enalapril, Sinvastatina, Sildenafil. Revisiones por el equipo de IC avanzada y por Médico de Atención Primaria y Enfermería de Atención primaria según indicaciones.

CONCLUSIONES: Después de la evaluación exhaustiva realizada tanto por el equipo médico como el equipo de enfermería, y la eficacia del cateterismo como prueba diagnóstica definitiva, se consiguen los objetivos propuestos dentro de la gravedad de la situación del paciente. Muy importante la adhesión al tratamiento farmacológico y a las recomendaciones de enfermería.

PALABRAS CLAVE: CATETERISMO, HIPERTENSIÓN, CUIDADOS, CORONARIOGRAFÍA.

ABORDAJE DEL SÍNDROME WOLF-PARKINSON-WHITE SINTOMÁTICO EN NIÑO

FRANCISCA DOLORES MARTIN ANTEQUERA, MARIA DEL CARMEN MARTINEZ SABIO, EVA GARCÍA JIMÉNEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 8 años que acude a consulta por 3 episodios breves de palpitaciones con dolor opresivo retroesternal y disnea, relacionados con actividad deportiva o estrés emocional. Asocia gran cansancio y dificultad para incorporarse.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza somatometría (P: 38 kg, T: 130cm), TA: 105/55. Exploración física sin alteraciones significativas (Auscultación respiratoria y cardíaca normal; BEG, buena coloración e hidratación, no visceromegalias). ECG en RS a 130lpm, PR corto (menor a 0,12 seg), onda delta en todas las derivaciones. Ecocardiograma: Situs solitus, ordenación segmentaria normal, cavidades cardíacas normales en tamaño y función, Válvulas, arterias y tabiques sin alteraciones, no se observa ductus.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de Wolf-Parkinson-White sintomático. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Taquicardia paroxística supraventricular. Palpitaciones. Síndrome Wolf Parkinson White.

PLAN DE CUIDADOS: Tras iniciar ttº con propanolol y enseñar a padres maniobras de Vasalva para control de FC, es derivado a cirugía cardiovascular infantil que recomienda mejor opción terapéutica ablación de vía accesoria. Se realiza proceso bajo anestesia general y acceso venoso femoral derecho, braquial izquierdo y yugular derecho. Durante el estudio se detecta la zona de mayor precocidad realizando aplicación sobre ella, consiguiendo supresión bidireccional de la vía sin afectarse la conducción AV, con test ATP negativo. Se suprime ttº anterior no necesitando ninguno adicional. Reanudar su vida normal paulatinamente.

CONCLUSIONES: En el caso de un síndrome de Wolf Parkinson White sintomático la ablación con radiofrecuencia corrige la vía eléctrica extra o adicional presenta en la conducción cardíaca.

PALABRAS CLAVE: MANIOBRAS VASALVA, WOLF PARKINSON WHITE, ONDA DELTA, ABLACIÓN, PREEXCITACIÓN.

EL CÓDIGO INFARTO APLICADO A UN CASO

CARLA RUIZ TORRES, LAURA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, JUDITH CLAVERIAS DIAZ, ILUMINADA MARTÍNEZ TORNERO, RUTH DE VAL MERINO, SILVIA GARCIA ESTEVE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 61 años de edad con antecedentes personales de HTA, DM II y dislipemia que acude al servicio de urgencias del hospital Joan XXIII acompañado por su mujer por presentar hace 40 minutos un dolor torácico irradiado a brazo izquierdo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física general aportó los siguientes datos: TA 177/89 mmHg, FC 102lx', saturación 93% y glicemia de 137mg/dl. Se canalizaron 2 vías periféricas en extremidad superior izquierda, A/S completa, ECG (elevación segmento ST) por lo que fue trasladado al servicio de hemodinámica para realizar cateterismo. En la exploración neurológica se utilizó la escala de Glasgow con un resultado de 15 puntos.

JUICIO CLÍNICO: Infarto agudo de miocardio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos recogidos durante la anamnesia la sospecha inicial fue de IAM según resultados de ECG. Si en el ECG no se observa ninguna alteración podría presentar un cuadro de neumonía, bronquitis o pericarditis.

PLAN DE CUIDADOS: Ingreso en la Unidad de Curas Intermedias.

CONCLUSIONES: El infarto agudo de miocardio (IAM) es una enfermedad cardiaca frecuente en la que se produce una muerte (necrosis) de las células del músculo cardíaco (miocardio) debido a una falta prolongada de oxígeno (isquemia). El infarto agudo de miocardio supone la muerte irreversible del tejido cardíaco y puede acarrear un fallo en la función del corazón (relajación y contracción) y la aparición de arritmias.

PALABRAS CLAVE: DOLOR TORÁCICO, IAM, ECG, URGENCIAS.

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: CARDIOLOGÍA

JESUS CALLE MALDONADO, MILEIDY PEÑA MAHECHA, MARIA ESTHER GONZALEZ ANTUNEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 84 años de edad que acude a urgencias con taquicardia, sensación de temblor y punzadas en epigastrio. No dolor torácico ni cortejo vegetativo, no fiebre, náuseas sin vomito. Refiere que esta algo más nerviosa en los últimos días y que tiene cita mañana con cardiología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Beg, coc, nh y np. Eupneica en reposo. TA 146/96. SatO2 96%. FC 56 lpm. AC: arritmia sin soplos los ni roces. ECG: arritmico a 105 lpm. QRS estrecho. Sin alteraciones agudas de la repolarización. Se administra alprazolam 0.5 Sl.

JUICIO CLÍNICO: FA (diagnóstico de derivación al alta). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fibrilación auricular.

PLAN DE CUIDADOS: Control en el domicilio. Acudir a cita mañana con cardiología. En caso de empeoramiento, acudir al hospital.

CONCLUSIONES: Una vez analizados todos los resultados se llega a la conclusión de que presenta una taquicardia del tipo fibrilación auricular. La fibrilación auricular es la frecuencia cardíaca acelerada causada por impulsos eléctricos caóticos e irregulares en las cavidades superiores del corazón (aurículas). Estas señales generan contracciones rápidas, débiles y descoordinadas de las aurículas. La FA puede ser temporal, pero algunos episodios no se resuelven a menos que se traten. La fibrilación auricular es el tipo más común de taquicardia. La forma mas eficaz de prevenir la taquicardia es mantener el corazón sano y reducir el riesgo de contraer una enfermedad cardíaca. Si ya se padece una enfermedad cardíaca es fundamental seguir el tratamiento y mantener un control con su médico.

PALABRAS CLAVE: ARRITMIA, TAQUICARDIA, TEMBLORES, NERVIOSISMO.

SÍNDROME DE RAYNAUD, DIAGNÓSTICO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ELOISA CIVICO VILCHEZ, JOSÉ ANTONIO GUERRERO MÍLLARA, EZEQUIEL MONTERO GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 22 años que llega al servicio cardiología con dolor en la mano izquierda, sensación de acorchamiento y un ligero tono azulado en la punta de los dedos de dos horas de duración.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se toman constantes, exploración neurológica, Se realiza una capilaroscopia evidenció leve pobreza vascular. Se le realiza una analítica con un estudio de coagulación completo, anticuerpos antinucleares, y se pide también la velocidad de eritrosedimentación, Se pide también un eco doppler.

JUICIO CLÍNICO: Sospechamos de momento con el resultado de las pruebas de enfermedad de Raynaud idiopático o primario. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La paciente deberá estar en estudio durante un largo tiempo para descartar enfermedades de base que pudieran aparecer más tarde y sean causa de este síndrome.

PLAN DE CUIDADOS: Para evitar posibles efectos de la vasoconstricción se pauta nimodipino de 30 mg y medidas no farmacológicas para mejorar los efectos de la vasoconstricción.

CONCLUSIONES: El fenómeno de Raynaud consiste en episodios de cambios de color en los dedos de las manos y los pies durante la exposición al frío o en respuesta a estrés emocional. Se hace diagnóstico de enfermedad de Raynaud primaria cuando después de dos años de estudios no se encuentra patología asociada al fenómeno.

PALABRAS CLAVE: SALUD, RAYNAUD, VASOCONSTRICCIÓN, ENFERMEDAD IDIOPÁTICA.

SÍNDROME DE TAKO-TSUBO: UN CORAZÓN DISQUINÉTICO

DEBORA MARIA ORTEGA MORENO, EVA BULLER VIQUEIRA, JESUS ANTONIO DELGADO GARCIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 66 años. No Hábitos tóxicos. AP: HTA y Dislipemia en tratamiento. Cuadros de dos años de evolución de dolor centrotorácico estudiada por Cardiología, con Ergometría normal. Cuadro súbito tras esfuerzo de dolor retroesternal + cortejo vegetativo. Tras las pruebas pertinentes y fibrinolisis con TNK se traslada a la Unidad de Coronarias en H. Virgen del Rocío para estudiar el caso.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: EKG Urgencias: ascenso de ST en I, aVL, y de V3 a V5. Ecocardiografía: VI con ligera hipertrofia concéntrica. FEVI normal (61%). Analítica: TnT 850, CPK normal, Función glomerular e Iones normales. K 4,1mE/l, C-HDL 37 mg/dl, C-LDL 117 mg/dl, TG 181 mg/dl, Hg Glicada 6,1%, resto normal. Ecocardiografía de estrés con ergonovina: sin inducción de isquemia. Test de vasoespasmó: negativo. Coronariografía: arterias coronarias sin lesiones estenóticas de significación.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de disquinesia apical transitoria (Síndrome de Tako-Tsubo).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Angor de esfuerzo. Infarto agudo de Miocardio con elevación del ST.

CONCLUSIONES: Cardiomiopatía Tako-Tsubo: disfunción severa del ventrículo izquierdo de manera reversible. Más frecuente en mujeres de entre 50 y 80 años. No asociado a los factores de riesgo cardiovascular. Estrés emocional o físico -> Aumento de catecolaminas -> Disminución del riego sanguíneo coronario -> Dolor precordial con cambios en EKG y aumento de marcadores cardíacos con Coronariografía NORMAL.

PALABRAS CLAVE: TAKO-TSUBO, DOLOR TORÁCICO, CORONARIOPATÍA, DISQUINESIA.

REESTENOSIS INTRA-STENT: A PROPÓSITO DE UN CASO

LORENA ALBALADEJO PEDRERO, AINA BIBILONI CLADERA, ERICA CARVAJAL VAZQUEZ, ISABEL MARIA AGUILAR RASERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 56 años, fumador como único FRCV conocido, cardiopatía isquémica crónica(SCASEST agosto 2017) revascularizada percutáneamente con stent farmaco activo en arteria circunfleja(Cx), ingresa por dolor torácico atípico. El paciente refiere que cumplió la doble antiagregación durante un mes, y refiere haber tomado desde entonces tanto AAS como atorvastatina y bisoprolol.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ECG: QRS estrecho, voltajes altos cara lateral, leve descenso ST<1mm V5-V6. Analítica: función renal normal, INR: 1,05. Troponina I: 10,9ng/L--> 15,6ng/L. ETT: IM y IT mínima, función sistólica VI en el límite de normalidad. Ergometría: clínica(atípica) y eléctricamente positiva.

JUICIO CLÍNICO: IAMSEST con enfermedad coronaria de un vaso. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza cateterismo cardíaco por arteria femoral derecha. Se realiza predilatación con balón y OCT observando neoaterosclerosis con placa fibrosa. Debido a la reestenosis significativa del 95% del segmento proximal-medio de Cx se colocar stent farmacoactivo posterior a stent en parte media.

PLAN DE CUIDADOS: Se administra 300mg de clopidogrel tras cateterismo. Deberá tomar clopidogrel 75mg durante al menos un año y AAS 100mg indefinidamente. Se entrega y explica hoja de recomendaciones postcateterismo femoral antes de su traslado a hospital de referencia.

CONCLUSIONES: La reestenosis de un stent coronario se produce por proliferación neointimal exagerada en respuesta al daño del endotelio vascular por el inflado del balón o la expansión del stent. Es un fenómeno progresivo que se manifiesta de forma silente y en ocasiones incluso puede producir un síndrome coronario agudo. Su incidencia global es del 30-50% en angioplastia con balón, del 10-20% en stents convencionales y menor del 10% en stents liberadores de fármacos antiproliferativos. Estos últimos liberan drogas inhibitoras de la proliferación neointimal, por lo que son los dispositivos de elección para la prevención y el tratamiento de la reestenosis.

PALABRAS CLAVE: ESTENOSIS, STENT, ANGIOPLASTIA, IAM, CARDIOLOGÍA.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON DOLOR PRECORDIAL

ILUMINADA MARTÍNEZ TORNERO, LAURA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, SILVIA GARCIA ESTEVE,
RUTH DE VAL MERINO, JUDITH CLAVERIAS DIAZ, CARLA RUIZ TORRES

INTRODUCCIÓN: El dolor precordial hace referencia a todo dolor de tórax sin relación con un traumatismo ni lesiones aparentes. Los síntomas pueden variar de una molestia hasta un dolor intenso y opresivo con o sin irradiación a mandíbula, cuello, brazo y hombro izquierdo. Se puede acompañar de síntomas vegetativos como náuseas, vómitos y sudoración fría. Es una de las causas más frecuentes de atención en los servicios hospitalarios (5-7%). De ellos, un 49-69% es por causas cardíacas, constituyendo un riesgo vital y necesitando sanitaria inmediata.

OBJETIVOS: Realizar una atención inmediata al paciente con dolor precordial para realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado además de disminuir su dolor y ansiedad.

METODOLOGÍA: Revisión e inspección de protocolos y revisión bibliográfica de diferentes artículos y revistas científicas.

RESULTADOS: El primer paso en el manejo de los pacientes con dolor precordial es valorar las características del dolor (comienzo, localización, duración...), Los síntomas asociados y los factores de riesgo cardiovasculares, además de disminuir la ansiedad del paciente, informándole de los procedimientos que se van a realizar. Se debe identificar a aquellos pacientes que tengan elevación del segmento ST mediante la realización de un electrocardiograma, para ser derivados de inmediato a realizar reperfusión, ATC directa o trombolíticos (dependiendo de la localización del IAM y del estado del paciente). Hay que canalizar una vía de inserción periférica y avisar al médico, además de administrar oxígeno y monitorizar las constantes vitales y vigilar la tensión arterial. Es frecuente la administración de vasodilatadores coronarios como la nitroglicerina sublingual. Es importante pedir al paciente que nos informe de cualquier cambio que experimente en cuanto a dolor y síntomas.

CONCLUSIÓN: Ante cualquier dolor precordial hay que actuar de inmediato y proporcionar una valoración adecuada ya que hay una alta probabilidad de que la causa sea por patología cardíaca y constituye un problema de riesgo vital.

PALABRAS CLAVE: DOLOR PRECORDIAL, IAM, CARDIOLOGÍA, PATOLOGÍAS CARDÍACA.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN RELACIÓN CON EL ESTILO DE VIDA SALUDABLE

ANTONIO ANGEL ALBACETE ARMENTEROS, ANA MARIA REYES CONSUEGRA, ANTONIO JAVIER MARTINEZ RUIZ

INTRODUCCIÓN: Uno de los problemas sociales mas importantes y que genera más gasto económico, a la vez que costes en vidas humanas, son todas las enfermedades relacionadas con la parte cardiovascular entre las que destacan los IAM y las embolias cerebrales. En los últimos años el aumento de estas enfermedades va en aumento, debido en gran medida al estilo de vida instaurado en nuestra sociedad a la vez que el aumento de la longevidad y la mejora en otras enfermedades.

OBJETIVOS: Identificar medidas para frenar el aumento progresivo de casos de enfermedades cardiovasculares.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de las principales fuentes de datos como son Scielo, Pubmed, Medlineplus así como de varios protocolos de la Junta de Andalucía, utilizando descriptores tales como colesterol, cardiovascular y tabaquismo.

RESULTADOS: Para intentar frenar el aumento progresivo de casos de enfermedades cardiovasculares se ha implementado en todos la red sanitaria de Andalucía la consulta de Estilos de Vida en la que, al menos, una vez al año se intenta baremar el estilo de vida de cada paciente (dieta-ejercicio) previo realización de control del riesgo cardiovascular. En ellas se trata de proporcionar información sobre los estilos de vida saludables atendiendo a la alimentación (suficiente, equilibrada, variada, ordenada y baja en alcohol), la actividad física (aeróbico 30-40 min/día), hábito tabáquico, nivel de estrés, exceso de peso, dislipemias y la DM.

CONCLUSIÓN: La mayor parte de los factores de riesgo son modificables a través de cambios en el estilo de vida (fumar, alcohol, dieta y ejercicio) y/o a través de fármacos de apoyo. El riesgo mas elevado es la DM (tb mejorable/modificable). Modificar el tabaquismo, la dieta y ejercicio físico hace mejorar en el exceso de peso, la HTA y la DM, tres factores muy relevantes en riesgo cardiovascular.

PALABRAS CLAVE: CARDIOVASCULAR, TABAQUISMO, ESTILO DE VIDA, COLESTEROL.

EDEMA AGUDO DE PULMÓN SECUNDARIO A INSUFICIENCIA MITRAL

ESTHER MARIA GIL GONZALEZ, JESUS VILLARTE GARCIA, VICENTE VILLARTE MOLINA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 74 años ingresa al servicio de urgencias por disnea en aumento de una semana de evolución hasta hacerse a mínimos esfuerzos, sin dolor torácico. Había consultado su Médico de Atención Primaria días atrás que le diagnosticó Fibrilación auricular rápida e Insuficiencia Cardíaca iniciando tratamiento con Bisoprolol y Furosemida oral. AP: HTA, DM II, FA, intervenida de Hernia umbilical en 2016 y estudiado por soplo en 2008, lo diagnosticaron de Insuficiencia mitral (IM) sin seguimiento cardiológico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada con TA: 163/92, FC: 148lpm, FR: 25rpm, y Sat: 93%, auscultación cardíaca: arrítmico, soplo sistólico III-IV/VI en foco mitral, con crepitantes bilaterales, abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. MMII sin edemas y pulsos palpables. Se realiza radiografía tórax con infiltrado bilateral compatible con Edema Agudo de Pulmón, cardiomegalia, electrocardiograma con FA 148lpm y descenso de S-T de 0,5 mm. Analítica con enzimas cardíacas normales. Se realiza ecocardiograma: sin derrame pericárdico, VI dilatado con FE conservada 63%, aunque no hiperdinámico, no alteraciones segmentarias y VD no dilatado. Válvula mitral con prolapso severo del velo post mitral con rotura de al menos 1 cuerda.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia mitral muy severa secundaria a prolapso mitral del velo posterior con imagen de rotura cordal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Edema Agudo de Pulmón, una vez recibidos los resultados de las pruebas complementarias este fue provocado por la Insuficiencia Mitral y no por la fibrilación auricular como también podíamos haber pensado.

PLAN DE CUIDADOS: Se habla con el servicio de cirugía cardíaca, recomiendan estabilizar hemodinámicamente al paciente y conseguir un balance negativo hasta la realizar la sustitución de válvula mitral.

CONCLUSIONES: De entrada y con el reciente diagnóstico de fibrilación auricular podríamos haber pensado que la clínica de insuficiencia cardíaca es secundaria a ello por ello es adecuado realizar una correcta historia clínica y pensar en diagnósticos diferenciales.

PALABRAS CLAVE: EDEMA, INSUFICIENCIA, PULMÓN, CARDÍACO.

PACIENTE CON PERICARDITIS AGUDA COMPLICADA, A PROPÓSITO DE UN CASO

JUAN JESÚS PÉREZ PÉREZ, ANA BELÉN JURADO VÁZQUEZ, ANGELA MARIA ACOSTA QUINTERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude a urgencias en situación de insuficiencia respiratoria de unos 10-15 días de evolución. Hace 15 días dolor torácico atípico irradiado a brazo izquierdo. NO RAM.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente orientada y colaboradora. Eupnéica en reposo Hemodinámicamente estable: TA 115/60 mmHg. Con gafas nasales mantiene saturación de oxígeno de 92%. AC: tonos taquicárdicos rítmicos con dudoso roce pericárdico. AR: hipoventilación pulmonar bibasal. No se auscultan crepitantes. EE: no edemas maleolares, pulsos pedios conservados. RX TÓRAX: cardiomegalia sugestiva de derrame pericárdico. TAC: descarta TEP. Derrame pleuropericárdico. Atelactasia bibasal, más acusada en lado izquierdo. Ecocardiografía: derrame pericárdico moderado (25mm) sin signos ecocardiográficos de taponamiento cardíaco.

JUICIO CLÍNICO: Pericarditis aguda complicada con derrame pericárdico pleural. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** TEP.

CONCLUSIONES: Ingreso en unidad de cuidados intensivos.

PALABRAS CLAVE: PERICARDITIS, DERRAME, PERICARDIO, DOLOR TORÁCICO.

INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA CON DISPNEA SEVERA

ALICIA ALVAREZ LAZARO, MARIA ANGELES HIERRO LAPEYRE, MARIA LUISA GUEMBE SUESCUN, ENRIQUE VAZQUEZ DAZA, SANDRA ORTEGA FERNANDEZ, ANNA FORNELLS OLIVET

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente procedente del SEM, presenta disnea (hipoventilación). Paciente frágil, pluripatológico, refiere aumento de disnea progresivo haciéndose de reposo. Tos no productiva de una semana de evolución, refiere desde ayer dolor centrotorácico opresivo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración se determinan constantes vitales: PA 108/96, FC 121X', T° 35,9, SpO2 98%, glicémia capilar 199 mg/dl, consciente, orientado y afebril, auscultación respiratoria con roncus bilaterales y crepitanes bibasales, edemas con fóvea en 1/3 distal eei, ekc acxfa 139x' en III Y V1, Bloqueo completo rama derecha.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia Cardiaca descompensada con disnea severa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ayudándonos de la exploración y las pruebas complementarias el diagnóstico se orienta hacia una insuficiencia cardiaca descompensada mas ACXFA, por lo que, una vez estabilizado al paciente , se procede a su traslado al hospital de referencia para su valoración y posible tratamiento.

PLAN DE CUIDADOS: Se procede a nebulizar al paciente con atrovent 500 con O2. Adm furosemida 20 mg ev. Adm digoxina 0,25 mg+50 glucosado 5% ml ev. Adm furosemida 20 mg en bolus. Adm suero fisiológico 500 ml mantenimiento ev. Se colocan gafas nasales 2l.

CONCLUSIONES: El síndrome de insuficiencia cardiaca descompensada se ha definido como un cambio gradual y rápido en los síntomas y signos de la IC que provoca la necesidad de una terapia urgente y coordinada de todo el equipo interdisciplinario del cuap. Los factores relacionados a los pacientes incluyen la no complacencia con la terapia médica y la transgresión dietética. Los factores relacionados a la enfermedad , los mas comunes ,son atribuidos a las arritmias y a la presencia de isquemia.

PALABRAS CLAVE: ACXFC, ENFERMO FRÁGIL, DISPNEA, INSUFICIENCIA CARDÍACA.

VARÓN ADULTO QUE SUFRE DOLOR TORÁCICO

CRISTINA SÁNCHEZ ROMERO, FATIMA RAMOS NIEVES, JUAN MANUEL RENDÓN MELÉNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 55 años con dolor torácico, de inicio en reposo, irradiado a ambos MMSS y de minutos de duración, sin cortejo vegetativo. En los últimos 3 días se ha repetido el mismo cuadro, siendo este último de mayor intensidad y duración. Sin clínica respiratoria. No RAMc, exfumador desde hace 2 años, previos 25 años fumando, con secuelas de Polio aunque autosuficiente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada a urgencias, TA: 146/81 mmHg, rítmico a buena frecuencia, afebril. Con leve molestia torácica irradiada a ambos MMSS. Abdomen: blando, no doloroso. MMII: No edemas, con secuela de Polio en MID. Rx de Tórax sin condensaciones, EKG en ritmo sinusal, con descenso del ST en V3-V6 y onda T negativa en II, III y AVF. Analítica: Hemograma normal, DD: 840, TnThs: 0.145 Ng/ml y K: 5.3; Resto anodino. Ecorcardio: hipoquinesia inferior y lateral. FEVI preservada.

JUICIO CLÍNICO: SCASEST – TIMI 3. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Embolia pulmonar, disección aórtica, miopericarditis, crisis hipertensiva, EAP, etc.

CONCLUSIONES: El paciente es ingresado a cargo de Cardiología, permanece estable y se fija el pico en la curva de necrosis en 1.07. Se programa coronariografía y se realiza sin incidencias. Técnica abordada por Radial Derecha; con el siguiente resultado: presentando una obstrucción del 90% en C. Derecha Media implantándose un Stent Synergy de 3.5Mm de diámetro y de 38mm de longitud a 20 atmósferas. La lesión del tronco presenta una obstrucción del 85%, con implante de Stent Synergy de 3mm de diámetro y de 16mm de longitud a 18 atmósfera. Se pauta tratamiento con doble antiagregación con AAS de por vida y Clopidogrel al menos durante un año, recomendándola no suspender ante el riesgo de trombosis subaguda o tardía del stent.

PALABRAS CLAVE: DOLOR TORÁCICO, ELECTROCARDIOGRAMA, DESCENSO ST, CORONARIOGRAFÍA.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA ENFERMEDAD CEREBRAL: ICTUS

ISAAC ALBA RODRIGUEZ, ALEJANDRA RODRIGUEZ LUGO, LORENA PAN CARDENAS

INTRODUCCIÓN: El ACV es un trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del cerebro. Si el AVC dura más de 24 horas se le conoce como ictus y si dura menos de 24 horas se le denomina accidente isquémico transitorio. La incidencia del ACV aumenta por encima de los 50 años constituyendo la tercera causa de muerte tras la coronariopatía y el cáncer. Las dos causas fundamentales son el bloqueo de una arteria o una hemorragia. En este proyecto haremos una revisión donde incluiremos la definición de esta enfermedad, la incidencia, la prevalencia, etiología, factores de riesgo, la clínica, el tratamiento y la evolución de dicha enfermedad puesto que hoy en día afecta a una gran parte de la población.

OBJETIVOS: Analizar la importancia de concienciar a la población sobre las complicaciones que conlleva el AVC.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline y Scielo, haciendo una selección de los artículos de mayor relevancia.

RESULTADOS: El accidente cerebro vascular es un trastorno que en los últimos años ha afectado a una mayor porcentaje de la población siendo la tercera causa de muerte. Hay una amplia bibliografía sobre dicho trastorno pero es necesario concienciar a la población sobre los factores de riesgo y dar a conocer en profundidad esta enfermedad.

CONCLUSIÓN: El ACV es una enfermedad que produce una incapacidad residual que altera las funciones motoras, sensitivas, cognitivas y de comunicación. El 85% de los casos son producidos por isquemia cerebral y en la mitad de los casos se produjo por un émbolo que se puede prevenir con la administración de tratamiento. Es una enfermedad algo desconocida y que afecta a un gran porcentaje de la población que supera los 50 años.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES, CLÍNICA, TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO, EVOLUCIÓN.

PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA POR INFECCIÓN RESPIRATORIA

MARIA MORENO FLORES, NURIA GAVIRA RODRIGUEZ, FRANCISCO CUMBRERAS GARCÍA, CRISTINA MOSCOSO DELGADO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 88 años, con AP de HTA, IC e insuficiencia renal crónica, que ingresa en el Servicio de Medicina Interna remitido desde Urgencias por presentar disnea progresiva que no mejora con tratamiento iniciado a nivel ambulatorio, acompañándose de ruidos respiratorios por secreciones. Tras tratar con ceftriaxona IV e intensificación diurética, presenta mejoría clínica progresiva y se procede al alta.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general. Afebril. Normotenso. Consciente y orientado. Glasgow 15 puntos. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar: tonos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos a buena frecuencia; buen murmullo vesicular, crepitantes en bases. Abdomen blando sin masas ni organomegalias palpables, peristaltismo conservado. MMII con signos de edemas. Hemograma: leucos 18600 con 88% pnn, hematíes 2.740.000, Hb 8.50, Hcto 26.8, VCM 97, plaquetas 387.000. Bioquímica: urea 114, creat 2.16. PCR 244.

JUICIO CLÍNICO: IC descompensada por infección respiratoria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El edema en MMII y el aumento notable de la dificultad para respirar, además de los resultados analíticos, confirman definitivamente el diagnóstico.

PLAN DE CUIDADOS: Continuar con su tratamiento habitual, dieta hiposódica, se le pauta espinorolactona y furosemida y control por su MAP.

CONCLUSIONES: La IC en el paciente anciano es una “epidemia geriátrica” de difícil control y constituye un problema grave de salud pública. Se manifiesta de forma más compleja debido a los cambios que acompañan al envejecimiento; el corazón envejecido claudica con mayor facilidad en presencia de factores desencadenantes y sus mecanismos compensadores suelen estar alterados; a veces resulta difícil diferenciar entre envejecimiento cardiovascular normal y patológico; el envejecimiento no se limita únicamente al aparato cardiovascular y el funcionamiento deficiente del resto de órganos y sistemas, dificulta que otros mecanismos compensadores impidan la aparición de complicaciones o reducir su intensidad; existe un peor control de los factores de riesgo clásicos y hay un mayor consumo de fármacos que pueden agravar la insuficiencia cardíaca.

PALABRAS CLAVE: DISNEA, EDEMAS, INFECCIÓN RESPIRATORIA, INSUFICIENCIA CARDÍACA, DESCOMPENSACIÓN.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN

ROCIO GÓMEZ CORTES, ELENA CARMONA CAMARA, TATIANA MARTÍN IBAÑEZ

INTRODUCCIÓN: La Tensión Arterial es la fuerza que ejerce la sangre bombeada por el corazón sobre las paredes de las arterias, por lo que también se le llama Presión Arterial; esta se mide en milímetros de mercurio, utilizando para ello un Esfigmomanómetro. Cuando hablamos de Hipertensión Arterial, son valores encontrados mayores o iguales a 140mmHg en la Presión Sistólica y 90mmHg en la Presión Diastólica (140/90mmHg), en condiciones de reposo en varias ocasiones.

OBJETIVOS: Identificar las principales actuaciones del TCAE con pacientes que padecen hipertensión.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, usando las palabras clave: “hipertensión” y “cuidados del paciente con hipertensión”, relacionados con los objetivos de nuestra revisión.

RESULTADOS: Algunos de los cuidados del TCAE sobre pacientes con hipertensión son los siguientes: Toma de signos vitales. Mantener en reposo absoluto. Proporcionar dieta baja en sal. Cuidados higiénicos en cama. Administrar los alimentos prescritos. Ayudar a que el paciente se mantenga tranquilo y si es necesario, aislar a éste. Tras realizar varios estudios se ha podido observar que hay pacientes con problemas cardíacos crónicos y estos dejan de seguir su tratamiento prescrito ya que piensan que al ser crónicos no se les va a mejorar con la toma de medicación, lo que les lleva a algunos a sufrir serios problemas de hipertensión. También, se ha podido comprobar como llevando una vida saludable, comiendo sano y practicando ejercicio diario, se puede evitar tener enfermedades de este tipo.

CONCLUSIÓN: Es importante saber y razonar de qué forma se le puede proporcionar ayuda al paciente. Realizar un buen diagnóstico es muy importante para la pronta recuperación del paciente con hipertensión. Podemos decir lo importante que es el proceso del TCAE en la atención holística del paciente, ya que la promoción y sobre todo la prevención son factores fundamentales para el mejoramiento y conservación de la salud.

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, PRESIÓN ARTERIAL, PROBLEMAS CARDÍACOS, ESFIGMOMANÓMETRO.

PROCESO ENFERMERO EN EL ABORDAJE DE UN PACIENTE CARDÍOPATA CON GRIPE A

VIRGINIA HEREDIA BRIANTES, SILVIA CAMPOS MERINO, LYDIA PEÑALVER RENDON

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 76 años que es ingresado en UCI, procedente de urgencias, con diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del intervalo ST e insuficiencia respiratoria secundaria a gripe A de 15 días de evolución. Presenta alergia al cotrimoxazol. Antecedentes personales: exfumador, broncopata. En tratamiento con antidepresivos y broncodilatadores.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 152/97mmhg, FC: 112lat/min, rítmico, afebril, disnea grado III. SO₂ 88%. Consciente, agitado y orientado. Posteriormente se realiza angioplastia con stent.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia respiratoria secundaria a gripe A. **PLAN DE CUIDADOS:** Se realiza valoración por necesidades básicas. Complicaciones potenciales (hemorragia, arritmias, infarto y fracaso respiratorio). Diagnósticos enfermeros: Ansiedad relacionada con conocimientos deficientes, NOC: control de la ansiedad, NIC: Mejorar el afrontamiento. Riesgo de duelo centrado en la familia, NOC: Resiliencia familiar, NIC: Apoyo a la familia. Déficit de autocuidados: baño y alimentación.

CONCLUSIONES: Evolución favorable a nivel cardiológico y respiratorio y en actitud expectante ante cuadro infeccioso. Una vez resueltos los diagnósticos de enfermería y recuperada su autonomía, se le traslada a planta tras dos semanas de ingreso en UCI. Trabajar con un método como el plan de cuidados de enfermería permite lograr la consecución de los objetivos planificados facilitando así la labor en el cuidado de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: GRIPE, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, PLAN DE CUIDADOS, DIAGNÓSTICOS.

PACIENTE CON ICTUS ISQUÉMICO IZQUIERDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANGELA MARIA ACOSTA QUINTERO, ANA BELÉN JURADO VÁZQUEZ, JUAN JESÚS PÉREZ PÉREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 69 años de edad que ingresa por hemiplejía derecha. No alergias, fumador activo y bebedor de al menos 2 l de cerveza al día. Intervenido de hernia inguinal y ulcus gástrico hace dos años. Hipertensión con escasa adherencia al tratamiento. Ingresado hace 3 años por ictus con estenosis carotídea y recuperación prácticamente completa. Ingresado por cogido ictus de nuevo, se le realiza trombólisis sin éxito. Se le realiza angio TAC descartándose oclusión de grandes vasos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada tonos rítmicos aunque con secreciones, TA: 180/85 mmHg, afebril. Se realiza análisis de sangre cuyos valores son Hb 11.1, Glucosa 145 mg/dl, leucocitos 19200 y coagulación normal. Se le realiza radiografía, electrocardiograma y tac craneal sin observarse anomalías.

JUICIO CLÍNICO: Ictus isquémico izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Infección respiratoria.

CONCLUSIONES: Se decide ingreso para la administración de antibióticos, se solicita ecocardiograma y ecodoppler y tac craneal de control. Se coloca sonda nasogástrica para nutrición enteral por dificultad de deglución y se le realiza una interconsulta con rehabilitación.

PALABRAS CLAVE: INFARTO, ICTUS, HEMIPLEJÍA, ÚLCERA GÁSTRICA.

PACIENTE PORTADOR DE BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAÓRTICO: INDICACIONES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

JOSE MIGUEL BAREA DOMINGUEZ, ELENA GONZALEZ MARTIN, LUIS MIGUEL ARROYO RUIZ

INTRODUCCIÓN: El balón de contrapulsación intraaortico (BCIAo) fue durante décadas el dispositivo de soporte ventricular más utilizado. A pesar de esto su papel sigue sin definirse claramente, en gran parte debido a la escasa evidencia fundamentada en estudios prospectivos y aleatorizados. El balón de contrapulsación intraaórtico (BCIAo) proporciona un soporte hemodinámico a través de un balón que se infla y desinfla de forma sincronizada al ritmo cardiaco del paciente. Se implanta a través de la arteria femoral para mejorar la presión de perfusión de la sangre y la llegada de oxígeno a los distintos órganos.

OBJETIVOS: Analizar el papel de Enfermería en el manejo del BCIAo así como sus principales indicaciones y complicaciones que puedan aparecer.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en los principales buscadores científicos: Cuiden plus, Scielo, Pudmed, etc, utilizando los descriptores.

RESULTADOS: El grado de recomendación del uso del BCIAo existente hasta hace poco se basaba en consideraciones fisiopatológicas y en los beneficios observados. Con este objetivo se diseñó el ensayo IABP-II, cuyos resultados crean un punto de inflexión alrededor de la indicación del BCIAo para el paciente con IAM y SC y motivaron finalmente una clara modificación de la recomendación en las guías de práctica clínica.

CONCLUSIÓN: El BCIAo era el método de elección para la asistencia mecánica en los pacientes con diversas patologías cardíacas, a día de hoy sabemos que el soporte hemodinámico en pacientes con depresión grave de la función ventricular izquierda o taquiarritmias persistentes que nos proporciona el BCIAo es insuficiente para revertir esta situación. El profesional de enfermería tiene que estar preparado para saber que hacer durante la implantación, mantenimiento y retirada del dispositivo.

PALABRAS CLAVE: URGENCIAS, INTENSIVOS, CATÉTER-BALÓN, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, CONTRAPULSACIÓN INTRAÓRTICA.

SOPORTE VITAL EXTRACORPÓREO: LA ÚLTIMA OPCIÓN

JULIA MARÍA CONTRERAS CAÑAS, LAURA GONZALEZ PAEZ, ANA BELÉN PEREZ MORENTE

INTRODUCCIÓN: ECMO es una técnica de soporte vital extracorpóreo que reemplaza total o parcialmente la función cardíaca o pulmonar pudiendo ser veno-venosa (ECMO-Extracorporeal Membrane Oxygenation) o veno-arterial (ECLS-Extracorporeal Life Support), ésta, extrae la sangre del sistema venoso y la bombea hacia el arterial permitiendo el intercambio gaseoso y proporcionando apoyo hemodinámico en pacientes que no responden a una RCP (reanimación cardiopulmonar) convencional.

OBJETIVOS: Analizar el funcionamiento, la tasa de supervivencia, ventajas e inconvenientes del soporte vital extracorpóreo.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática bibliográfica en diferentes bases de datos científicas: Pubmed, Scielo y el buscador de Google Académico.

RESULTADOS: La tasa de supervivencia en pacientes con fallo cardiopulmonar aumenta en un 50% si se canaliza un ECLS durante los primeros 30 minutos de RCP intrahospitalaria, variando del 36 al 42% a largo y corto plazo respectivamente. Extrahospitalariamente es menor, siendo el factor tiempo de actuación quien la reduce. Para aumentar la supervivencia se sugiere la pronta separación del soporte extracorpóreo dentro de los primeros 2 a 5 días de tratamiento, aunque en la mayoría de los casos no tiene éxito. Entre sus ventajas está el servir de puente a una asistencia ventricular de larga duración o a trasplante cardíaco, evitar lesiones neurológicas y ofrecer tiempo para la toma de decisiones. Sus desventajas son un gran coste de recursos y complejidad de cuidado.

CONCLUSIÓN: La instauración de ECLS es una terapia de última línea que debe usarse éticamente cuando las medidas convencionales fracasan y no logran el retorno de la circulación espontánea. A largo plazo el índice de supervivencia es poco alentador pero su utilización se ha convertido en un estándar y aunque está en desarrollo tecnológico, no beneficia a todos los pacientes, por ello antes de la indicación se debe considerar si éste saldría realmente ganando de esta situación.

PALABRAS CLAVE: RCP, SUPERVIVENCIA, FALLO CARDÍACO, ECLS, ÉTICA.

MAREO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ROSA MARIA RUIZ FERNÁNDEZ, BLANCA CÁCERES GRANADOS, AMALIA LOZANO LOPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer, 77 años, con AP: DM tipo II, HTA, asma extrínseco, coxartrosis, espondiloartrosis, pólipos colon, intervenida cáncer mama 2002, hipotiroidismo subclínico. Tratamiento habitual: furosemina 40mg, metformina 850mg, simvastatina 20mg, omeprazol 20 mg, losartan 100/hidroclorotiazida 25, eutirox 50, loratadina 10mg, alprazolam 2 mg, Foster 100/6, fenofibrato 160mg, calcio carbonato/colecalciferol. Derivada a urgencias hospitalarias por su médico Atención Primaria por síncope de repetición desde hace 4 meses, ocurren en reposo, suelen ser postprandiales, precedidos por acúfenos y sudoración intensa. En alguna ocasión ha presentado pérdida de conocimiento de escasa duración, no relajación de esfínter, no convulsión. Desde urgencias se cursa derivación a Cardiología. Tras estudio por este servicio se realiza implantación de marcapasos DDD en UCI.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: BEG, eupneica en reposo, buena coloración. EN: PINLA, MOEC normales, resto pares craneales normales, no alteración de fuerza ni sensibilidad, Romberg negativo. Mareo no reproducible con movimientos cervicales. Analítica: glucosa 134 mg/dL, LDH: 298 U/L, PCR: 11.2 Mg/L. ECG: RS 80 lpm, BRDHH. TAC cráneo: sin alteraciones. RMN cráneo: leucoariosis-enfermedad microvascular isquémica crónica. Holter: RS con FC entre 120-36 lpm, Bloqueo AV 1º, Bloqueo AV 2:1 sin pausas significativas. Ecocardiografía: no valvulopatías significativas, no crecimientos ventriculares, no derrame pericárdico.

JUICIO CLÍNICO: Bloqueo AV segundo grado tipo II sintomático **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Epilepsia, patología cerebrovascular, hipoglucemia, vértigo periférico, síncope vasovagal, enfermedad coronaria, taponamiento cardíaco, taqui y bradiarritmias, síncope ortostático.

PLAN DE CUIDADOS: Revisiones en consulta de Cardiología. Control de FRCV por Atención Primaria.

CONCLUSIONES: El diagnóstico precoz de esta patología se puede realizar desde Atención Primaria con una correcta anamnesis, exploración física junto con pruebas complementarias necesarias (ECG) y posterior derivación al especialista hospitalario adecuado según causa. El síncope es una entidad muy frecuente tanto en consulta de Atención Primaria como urgencias por lo que hay que optimizar el manejo terapéutico y diagnóstico para poder actuar adecuadamente y precozmente ante entidades que repercutan gravedad.

PALABRAS CLAVE: VÉRTIGO, SÍNCOPE, MAREO, BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y GENÉTICO DE MUERTE CARDÍACA SÚBITA NO ISQUÉMICA

MARIA DEL CARMEN GARCIA HINOJOSA, ROSARIO RAMIREZ LAFUENTE, SANDRA SAEZ SALAS

INTRODUCCIÓN: La muerte súbita cardíaca no isquémica (MSC) se produce por miocardiopatías y canalopatías. Existen diversas pruebas de diagnóstico, incluidas algunas técnicas complejas.

OBJETIVOS: Determinar el rendimiento diagnóstico de un protocolo de diagnóstico sistemático en una unidad especializada.

METODOLOGÍA: El estudio incluyó 54 familias con al menos 1 caso índice de SCD (resucitado o no). Los supervivientes se estudiaron con electrocardiograma, imágenes cardíacas avanzadas, pruebas de ejercicio, estudio familiar, pruebas genéticas y, en algunos casos, pruebas farmacológicas.

RESULTADOS: Se ha obtenido un diagnóstico positivo en el 83.4% De los casos, sin diferencias entre supervivientes y no supervivientes. Las canalopatías cardíacas fueron más prevalentes entre los supervivientes que los no supervivientes. Un diagnóstico de miocardiopatía tendía a asociarse con una mayor tasa de eventos en la familia. La prueba genética con NGS se realizó en 39 casos índice, con un resultado positivo en 23 casos, sin diferencias entre supervivientes y no supervivientes

CONCLUSIÓN: Hay una gran probabilidad de llegar a un diagnóstico en SCD después de un protocolo riguroso, con un diagnóstico más frecuente de canalopatía entre los supervivientes y un peor pronóstico familiar en cardiomiopatías. Las pruebas genéticas con NGS son útiles y su valor está aumentando con respecto al método de Sanger.

PALABRAS CLAVE: MIOCARDIOPATIAS, ENFERMEDAD, PRUEBAS GENÉTICAS, DIAGNÓSTICO.

PACIENTE CON MAL PRONÓSTICO DE LA AMILOIDOSIS CARDÍACA

JENNIFER BAREA MACHADO, ANA JIMENEZ MOTA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 50 años que acude a urgencias derivada por su centro de salud, comenta que tiene dificultad respiratoria y ahogo, se fatiga y padece de mucho cansancio desde hace un mes. Se traslada a la paciente a la UCI por su mal estado.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Electrocardiograma, ecocardiografía, analítica, constantes vitales, resonancia magnética cardíaca, biopsia de grasa abdominal y biopsia rectal.

JUICIO CLÍNICO: Amiloidosis. **CONCLUSIONES:** Una vez establecida la paciente, empiezan a ponerle medicación para una posible arritmia y para edema pulmonar, la paciente no mejora y deciden trasladarla a otro hospital para dar con su diagnóstico, después de 3 meses de ingreso recibe el alta y puede irse a su casa con la medicación pautada por su cardiólogo y control cada semana en el servicio de cardiología. La paciente tubo que ser ingresada varias veces mas porque al no ir bien el corazón se debe ingresar para poner tratamiento de antiidiuréticos, así progresivamente hasta que en su domicilio un año después le dio un infarto y falleció su corazón no pudo mas ya que esta enfermedad tiene muy poca probabilidad de sobrevivir. En este caso podemos ver que ante algún signo como los que hemos nombrado antes acuda a su medico y que aunque sea una enfermedad difícil hay que luchar hasta el final. La amiloidosis cardíaca es una enfermedad progresiva y grave que se produce cuando es el corazón el órgano en el que se deposita el amiloide.

PALABRAS CLAVE: AMILOIDOSIS, CARDIOLOGÍA, TCAE, QUIMIOTERAPIA.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

MARÍA REMEDIOS MATA ORTEGA, MARÍA DOLORES CANO DÍAZ, ALBERTO TORRES ALONSO

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los problemas de Salud Pública más importantes ya que constituye una de las causas más frecuentes de hospitalización en personas mayores siendo habitual entre estos pacientes el reingreso. La alta morbilidad que ocasiona la (IC) justifica este protocolo en el sentido que dicho proceso patológico origina unos signos y síntomas que limitan la actividad cotidiana de las personas que lo padecen. Es por este motivo, que es importante para el personal de Enfermería. La Insuficiencia Cardiaca (IC) se puede definir como “la incapacidad del corazón para mantener las necesidades de sangre del organismo por fallos del ventrículo izquierdo, derecho o ambos, dando lugar a una serie de manifestaciones en la totalidad del organismo”. El objetivo consiste en mejorar el aporte de oxígeno y reducir la congestión mediante el control y optimización del equilibrio hidroelectrolítico, manteniendo un buen gasto cardíaco.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca de la temática que nos ocupa.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente en palabras clave.

RESULTADOS: La IC es un problema frecuente que puede afectar a personas de todas las edades aunque se da con más frecuencia entre las personas mayores. Es una enfermedad crónica para la cual no hay curación pero sobre la que el equipo de enfermería puede intervenir realizando cambios en la forma de vida del paciente y educando sobre la administración correcta del tratamiento con la finalidad de conseguir una mejoría importante en la calidad de vida del paciente. Los cuidados de Enfermería irán encaminados a prever los problemas derivados de la propia patología y a identificar precozmente los signos/síntomas de alarma que puedan empeorar la situación clínica del enfermo.

CONCLUSIÓN: Conocer las pautas de actuación en la atención al enfermo con descompensación cardiaca en todas sus fases con la finalidad de favorecer la detección precoz de síntomas de alarma por parte de Enfermería que impida llegar a un empeoramiento de la situación clínica del enfermo.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE, TCAE, CARDÍACA, CUIDADOS.

PACIENTE MUJER DIAGNOSTICADA DE SCACEST INFERIOR

EUGENIA MARÍA PRIETO PIQUERO, JORGE GAYOL SAMUTLOM, ISABEL LÓPEZ MENÉNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer, 62 años, sin antecedentes, que acude a su centro de salud por dolor abdominal, tipo cólico y según refiere conocido desde hace años para analgesia. La paciente niega dolor torácico ni disnea, si bien presenta palidez, náuseas y sudoración profusa. Exploración física sin hallazgos de interés, se realiza ECG y se objetiva cambios con respecto a previos, sin elevación de ST. Se administra doble antiagregación y se deriva al servicio de urgencias hospitalarias. A su llegada, comienza con dolor epigástrico, opresivo que irradia a región dorsal y cesa en decúbito.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. Palidez muco-cutánea. Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias, peristalsis conservada. No edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda. Pruebas complementarias: Hemograma y coagulación sin alteraciones. Bioquímica con troponina 558 y creatin cinasa 806. ECG: Elevación del ST en cara inferior con imagen especular en I y a VL. Radiografía de tórax: sin hallazgos de interés.

JUICIO CLÍNICO: SCACEST inferior. Enfermedad coronaria de un vaso con FEVI conservada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Causas de dolor abdominal agudo (apendicitis, colecistitis, pancreatitis, diverticulitis), patología vascular (infarto agudo de miocardio, isquemia intestinal, aneurisma de aorta abdominal...).

PLAN DE CUIDADOS: Se realiza cateterismo de urgencia, objetivando una estenosis del 99% en arteria coronaria derecha media. Se implanta un stent liberador de Everolimus sobre lesión.

CONCLUSIONES: A su llegada a la unidad de coronarias, la paciente refiere diplopía binocular e imposibilidad para la convergencia ocular. Presenta paresia de ojo derecho con nistagmo en ojo izquierdo sin otros déficit, se realiza TC cráneo sin alteraciones. Se diagnostica de oftalmoplejia internuclear derecha de origen isquémico y probable mecanismo embólico. Tras ingreso la paciente se encuentra asintomática con remisión completa del cuadro.

PALABRAS CLAVE: DIPLOPIA, OFTALMOPLEJIA, CÓLICO, NÁUSEAS.

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

VICENTE VILLARTE MOLINA, JESUS VILLARTE GARCIA, ESTHER MARIA GIL GONZALEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Llamada al 112 por dolor torácico en paciente en domicilio de 78 años diabético tipo II que estando previamente bien comienza con una cefalea frontal de unas 3 horas de evolución y molestias torácicas precordiales inespecíficas, niega más síntomas asociados.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Evaluación inicial, paciente con buen estado general, normohidratado y bien perfundido. No ingurgitación yugular, AC rítmica sin soplos ni extratonos. AP mvc sin ruidos añadidos. Abdomen distendido de difícil exploración, no palpo masas ni megalias, no se aprecian signos de irritación peritoneal. No edema ni signos de TVP en MMII. El paciente refiere dolor torácico atípico. TA: 142/68mm/Hg, FC:63lpm, Ritmo sinusal, FR:13rpm, SatO2:93%, Glucemia:199mg/dl, Escala dolor 4/10. ECG: ritmo sinusal a 58 lpm, no bloqueos, alteraciones de la onda Q en II, III y aVF y elevación del segmento ST en V2, V3 y V4.

JUICIO CLÍNICO: Scacest de corta evolución. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ansiedad, TEP, aneurisma de aorta, meteorismo, pancreatitis, fractura costal.

PLAN DE CUIDADOS: Se le canaliza vía periférica y se le administra sueroterapia con suero fisiológico PMV, se administra tratamiento antiagregación con AAS 300mg y Clopidogrel 300 mg vía oral. Dado que la evolución del dolor en menos de 2 horas y el tiempo de traslado hasta unidad de angioplastia en menor a una hora se decide de manera conjunta con coordinación 061 traslado para ACTP primaria en lugar de trombólisis in situ.

CONCLUSIONES: Ante un dolor torácico siempre debemos plantearnos como primer origen a descartar el cardíaco, con una prueba tan simple y accesible como el ECG podremos valorar esta causa y realizar una primera aproximación diagnóstica muy importante y grave que precisa una atención temprana por nuestra parte.

PALABRAS CLAVE: SCACEST, INFARTO, MIOCARDIO, DOLOR, TORÁCICO.

EDUCACIÓN DEL PACIENTE CORONARIO PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

ROSA FELISA LOPEZ RODRIGUEZ, MARIA MOLINA IBAÑEZ, ISABEL LÓPEZ ASTASIO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de las arterias coronarias (EAC) es el tipo más común de enfermedad cardíaca. Nuestro corazón es un músculo que continuamente se está contrayendo y dilatando para así bombear la sangre a todo nuestro organismo. Como cualquier otro músculo, también necesita alimentarse, lo hace a través de las arterias coronarias que rodean el corazón. Cuando estas arterias se obstruyen, no pasa la suficiente cantidad de sangre al músculo del corazón y éste provoca la Angina de Pecho o el Infarto de Miocardio.

OBJETIVOS: Identificar en qué consiste la enfermedad y los factores de riesgos.

METODOLOGÍA: Se realiza búsqueda bibliográfica virtual en la biblioteca virtual de la salud y algunas otras. Los descriptores: corazón, prevención, información y factores de riesgo.

RESULTADOS: Informar al enfermo coronario para conseguir su máxima independencia, y para que sepa cómo puede mejorar su calidad de vida evitando el alcance de la enfermedad coronaria. Es muy importante explicar clara y brevemente en qué consiste la enfermedad, dar los consejos adecuados para proteger su corazón y dar a conocer los factores de riesgo: Tabaco -colesterol -Hipertensión arterial -Diabetes -Vida sedentaria -Obesidad -Estrés -Alimentación -Edad avanzada -Historia familiar. El control de los factores de riesgo predisponentes constituye la estrategia más efectiva para la prevención de esta enfermedad. Numerosos estudios científicos han puesto de manifiesto la importancia de la nutrición y estilos de vida saludables como imprescindibles para cuidar bien nuestro corazón. Por esto, podríamos decir, que lo más importante que podemos hacer todos hoy es trabajar por la prevención de la enfermedad coronaria.

CONCLUSIÓN: Resumidamente podríamos decir que si existe una buena información sobre la enfermedad, sobre sus factores de riesgo, y se aconseja adecuadamente, el enfermo tendrá una mejor calidad de vida y evitara que avance la enfermedad coronaria.

PALABRAS CLAVE: CORAZÓN, PREVENCIÓN, INFORMACIÓN, FACTORES DE RIESGO, ARTERIAS CORONARIAS.

MIOCARDIOPATÍA DILATADA DE ORIGEN FAMILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

DEBORA MARIA ORTEGA MORENO, EVA BULLER VIQUEIRA, JESUS ANTONIO DELGADO GARCIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer, 50 años. No RAMCs. No HTA, no DM. DLP en tratamiento. Fumadora de 10 cigarrillos al día. No bebedora. AF: Madre fallecida de causa cardíaca, con antecedentes de hipertrofia cardíaca. Hipertensa además de diabética tipo II. No portaba marcapasos. Tío materno fallecido por descompensación de insuficiencia cardíaca. La paciente acude en tres ocasiones al servicio de Urgencias con disnea a moderados esfuerzos, siendo diagnosticada en las tres ocasiones de síndrome ansioso. En última ocasión, consulta por empeoramiento de los síntomas, teniendo disnea a mínimos esfuerzos. Tras las pruebas complementarias, se realiza ecocardiografía y se procede a ingreso en planta de cardiología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: AC. Tonos puros y rítmicos, soplo sistólico I/IV en foco mitral. Analítica: Anodina RX: Cardiomegalia sin otras alteraciones. Ecografía al ingreso: VI moderadamente dilatado, con función sistólica global severamente reducida (FEVI 25%). Dilatación ligera de AI. Resonancia magnética: VI dilatado con función sistólica severamente comprometida. No se identifica edema miocardio ni realce tardío. VD no dilatado ni hipertrófico. AI aumentada de tamaño. Insuficiencia mitral ligera.

JUICIO CLÍNICO: Miocardiopatía dilatada de origen familiar versus miocardios vírica silente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Insuficiencia cardíaca descompensada, miocarditis vírica silente, miocardiopatía hipertrófica y miocardiopatía dilatada.

CONCLUSIONES: La miocardiopatía dilatada es frecuentemente una enfermedad en gran porcentaje genética, causa descompensación de insuficiencia cardíaca congestiva y muerte prematura de los pacientes. Es una patología que se conoce muy poco en las fases iniciales, pues cuando se diagnostican y se detectan ya es a causa de fallo cardíaco o descompensación. No hay tratamiento curativo por el momento, por lo que es sintomático y preventivo: tratamiento de la Insuficiencia cardíaca, anticoagulación para la fibrilación auricular, desfibrilador implantable, o, en última instancia, trasplante. Es aconsejable por tanto, en todo paciente con miocardiopatía dilatada y antecedentes familiares de cardiopatías, la realización de estudio genético familiar.

PALABRAS CLAVE: FAMILIAR, GENÉTICA, INSUFICIENCIA CARDÍACA, MIOCARDIOPATÍA DILATADA.

EDUCACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE INSUFICIENCIA CARDÍACA

CRISTINA MORALES GONZÁLEZ, FÁTIMA MONTOYA GEA, ANA GONZALEZ ALCAIDE

INTRODUCCIÓN: La Insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome que provoca limitación funcional agravando la calidad de vida de los pacientes. La prevalencia e incidencia a nivel mundial se están acercando a cifras que otorgan a esta enfermedad la calificación de epidemia, como demuestra el incremento constante del número de ingresos por IC, de los costes asociados a la asistencia de los pacientes con esta enfermedad y de las muertes atribuibles a la misma.

OBJETIVOS: Identificar la importancia de una buena educación para la salud tanto de los pacientes como de sus familiares acerca de la enfermedad.

METODOLOGÍA: Trabajo de revisión bibliográfica; revisión sistemática. Las bases de datos consultadas han sido: Pubmed, Dialnet y Cochrane. Los descriptores fueron: insuficiencia, cardíaca, educación, salud y enfermería.

RESULTADOS: La educación del paciente se realiza con la intención de mejorar los conocimientos y habilidades, para influir en las actitudes y comportamientos necesarios que van a mantener o mejorar la salud. Es importante transmitir conocimientos generales y entendibles sobre los medicamentos, los signos y síntomas de alarma que indican el inicio de una descompensación. La educación va dirigida al paciente, la familia y a los cuidadores.

CONCLUSIÓN: Para lograr que el paciente participe de forma activa en sus cuidados es necesario que conozca su enfermedad y la relevancia de su papel en su cuidado, además de esto, la adherencia al tratamiento será fundamental para mejorar la calidad de su vida. Los profesionales sanitarios tienen la labor de proporcionar información clara, práctica y sencilla al paciente y su familia sobre la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA, CARDÍACA, EDUCACIÓN, SALUD, ENFERMERÍA.

ANÁLISIS SOBRE EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ARTERIOSCLEROSIS CORONARIA: CODIFICACIÓN CIE-10-ES

RAFAEL ANGEL DELGADO NARANJO, ROSA MARIA PINTOR LUNA, DOLORES MORENO LUCENA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 72 años acude a urgencias por disnea de esfuerzo de 2-3 días de evolución, asociado a molestias en región precordial izquierda.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada se objetiva disneico, aunque con buena saturación a la auscultación. Se realiza cardiograma (B246ZZZ) se visualiza insuficiencia sistólica cardíaca. Se objetiva a través de cateterismo, arteriosclerosis de la arteria DA media, con revascularización mediante stent, con codificación en cie 10 (027034Z) provocando esta, el infarto sufrido.

JUICIO CLÍNICO: Cardiopatía isquémica: iamsest, con codificación CIE 10, I21:02 (infarto con implicación de arteria descendente anterior). Enfermedad coronaria de 1 vaso (DA media) con revascularización completa con 1 stent farmacoactivo. Codificación en CIE 10, I25.10 (Arteriosclerosis de arteria coronaria) Función sistólica de ventrículo izquierdo conservada con Codificación CIE 10, i50.21 (Insuficiencia cardíaca sistólica). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ingresa por clínica de insuficiencia cardíaca, donde se visualiza en analítica subida de troponina, siendo diagnosticado de infarto, durante su estancia, evolución favorable, con FEVI conservada con hipoquinesia lateroapical.

CONCLUSIONES: La muerte de células cardíacas provocada por la isquemia resultante del desequilibrio entre la demanda y el aporte de riego sanguíneo por la circulación coronaria. Un infarto de miocardio es una urgencia médica por definición y se debe buscar atención médica inmediata. Es un problema de salud pública en los países desarrollados y lo será en los países en vías de desarrollo, y actualmente afecta a más de 3.000.000 De personas cada año.

PALABRAS CLAVE: INFARTO, ARTERIOSCLEROSIS, CATETERISMO, CODIFICACIÓN.

PACIENTES CON PARADA CARDÍACA SOMETIDOS A REANIMACIÓN Y CON TRATAMIENTO DE HIPOTERMIA TERAPÉUTICA INDUCIDA

FRANCISCO LÓPEZ AGUILA, MARIA FABREGA CHACON, MARIA DELGADO LOPEZ

INTRODUCCIÓN: Los pacientes que sobreviven a una parada cardíaca tienen mal pronóstico vital y neurológico a corto plazo. La hipotermia terapéutica se ha ensayado en diversos estudios aleatorizados y parece ser eficaz en el tratamiento de estos pacientes.

OBJETIVOS: Analizar la eficacia de la hipotermia terapéutica inducida tras parada cardiorespiratoria y mostrar el impacto de esta estrategia en la supervivencia y en el estado neurológico.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión de la evidencia científica actual. Las bases de datos a las que se accede son: Medline, Cochrane Plus, Cinahl, Cochrane Library, Cuidatge, ProQuest Health, Scopus, Amed, Web of Science, Enfispo, Cuiden y Scielo.

RESULTADOS: La efectividad de la hipotermia terapéutica moderada como medida post-resucitación queda avalada por la evidencia científica, sobre todo en aquellas paradas cardíacas cuyo ritmo inicial es desfibrilable. Su efecto neuroprotector permite aumentar la supervivencia y conseguir mayores índices de recuperación neurológica.

CONCLUSIÓN: Esta revisión bibliográfica constata el uso de la hipotermia terapéutica inducida tras parada cardiorespiratoria y los conceptos y conocimientos suficientes para que Enfermería aporte los cuidados necesarios en un protocolo de hipotermia terapéutica, interprete un rol propio y ofrezca una atención de calidad.

PALABRAS CLAVE: HIPOTERMIA, PARADA CARDÍACA, REANIMACIÓN, ENFERMERÍA.

A PROPÓSITO DE UN CASO: TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR

ELENA MORENO MONTERO, PATRICIA DE LA CRUZ GUIADO, ANGELA SAN JUAN ROBLEDILLO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Lactante de 40 días que acude a Urgencias, tras periodo de bronquiolitis que no cede, con periodos de taquicardias supraventricular, precisando dos de ellos maniobras vagales para resolverse.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Antecedentes: Embarazo: normal, parto: eutócico: Peso recién nacido: 3300gr. Peso neonatal: 4000gr, Tª 37°C, FC: 103 l/m. Ritmo sinusal. TA: 85/60mmHg, Sat O2: 100lpm, FR: 35rpm. Buen estado general, bien hidratado y perfundido, buena coloración de piel y mucosas. Alimentación lactancia artificial exclusiva. Desarrollo psicomotor normal. Reflejos: normal, no presenta alteración de pares craneales. Antecedentes familiares: no arritmia, ni muerte súbita en la familia. Durante el ingreso presenta nuevos episodios de TSV, sin repercusión hemodinámica, que revierten con la administración de adenosina a 0,1-0,25 mg/kg, disminuyendo en frecuencia con la evolución en total de 5 episodios. ECG: ritmo sinusal a 109lpm, PR 80ms con preexcitación positiva de V1 a V4, I y AVL, y negativa en II, III, y AVF. QRS 80ms. No alteraciones de repolarización ni signo de crecimiento de cavidades. Auscultación pulmonar: Buena entrada de aire bilateral, sin ruido sobreañadido. Auscultación cardíaca: rítmico, sin soplos. Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias.

JUICIO CLÍNICO: Taquicardia Paroxística Supraventricular por vía anómala. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Las taquicardias paroxísticas supraventriculares son ritmos rápidos regulares. Son arritmias de pronóstico benigno vital, siendo típicamente sintomáticas y recidivantes, por lo que producen cierto grado de invalidez (1).

CONCLUSIONES: La preexcitación ventricular se debe a la presencia de vía accesorio, requiriendo un abordaje clínico sistemático. Precizando ECG para un diagnóstico y evolución, tratamiento farmacológico, al igual que ablación de la vía accesorio.

PALABRAS CLAVE: TAQUICARDIA, PAROXÍSTICA, ABLACIÓN VÍA ACCESORIA, TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CATETERISMO CARDÍACO

CAROLINA FERNANDEZ MONTES, ELENA GARCIA DELGADO, INMACULADA VARGAS FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: El cateterismo cardíaco consiste en la introducción, de unos catéteres hasta el corazón, con el fin de poder analizar e identificar la anatomía y función del mismo, de las arterias coronarias, y obtener muestras de tejido cardíaco.

OBJETIVOS: Describir y unificar la actuación y los cuidados que enfermería lleva a cabo, tras un cateterismo cardíaco.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una búsqueda y revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed y Medline, y en los siguientes metabuscadores: Google académico y The Cochrane Library.

RESULTADOS: Los cuidados de enfermería en el post-cateterismo serían: Control de constantes vitales. Control de pulso distal y temperatura de la extremidad. Revisar el apósito y vendaje. En caso de acceso femoral: Reposo en cama hasta el día siguiente, procurando no flexionar la extremidad afecta. El dispositivo de compresión se retirará al día siguiente. En caso de abordaje radial: Mantener la mano afecta 4 horas inmovilizada, y hasta 48 horas sin hacer esfuerzo. El dispositivo se podrá retirar en 4 horas. Si tiene una pulsera de compresión radial, se inicia descompresión progresiva una hora después del procedimiento. Vigilar la zona de punción durante las primeras 12 horas. Observar la aparición de posibles complicaciones.

CONCLUSIÓN: El cateterismo cardíaco es un procedimiento diagnóstico invasivo complejo, pero el riesgo para el paciente es muy bajo y sus molestias suelen ser mínimas. El establecimiento de un plan de cuidados de enfermería, facilita y mejora la atención antes y después del procedimiento, dando como resultado una mayor calidad en los cuidados, un descenso de complicaciones, y una disminución de los tiempos de ocupación de camas en los hospitales.

PALABRAS CLAVE: CATETERISMO, CARDÍACO, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON ANGOR

MARÍA ÁNGELES DE LA VEGA PÉREZ, DELFINA REY MIER, ADRIAN CORRAL URGEL

INTRODUCCIÓN: El enfermo anginoso se define como aquella persona que presenta, por regla general, un dolor retroesternal que puede irradiarse hacia la mandíbula y el brazo izquierdo. Es un dolor intenso, constrictivo y opresivo, generalmente el paciente lo describe como que se siente "encerrado en un puño". A veces es atípico: epigastria, malestar general, etc.

OBJETIVOS: Conocer la actuación ante un paciente con angina de pecho.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de la bibliografía existente sobre el tema publicada en la última década. Se han consultado las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, Cuiden, Cochrane y Dialnet. Los descriptores usados fueron: angina de pecho y angor.

RESULTADOS: Hay que actuar con prontitud y serenidad. Se coloca al paciente en posición semiincorporada y se adoptan medidas que favorezcan la buena ventilación. Administración de oxigenoterapia, toma de constantes vitales, valoración del dolor preguntando al paciente su intensidad en una escala de 0 a 10. Realización de un EKG y se siguen las pautas de actuación que nos indique el médico. Apoyar psicológicamente al enfermo recomfortándolo. Cursar analítica prescrita, control frecuente de las constantes vitales y registrar todo en su historia.

CONCLUSIÓN: Es esencial conocer cómo actuar ante estas situaciones para restablecer la perfusión de oxígeno al músculo cardíaco isquémico, aliviando el dolor y reduciendo la ansiedad del enfermo.

PALABRAS CLAVE: ANGOR, DOLOR OPRESIVO, ANGINA DE PECHO, ARTERIAS CORONARIAS.

PACIENTE GERIÁTRICO CON DIAGNÓSTICO DE DESCOMPENSACIÓN CARDÍACA

NAZARET CARO MORALES, ESTHER ELOÍSA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, IRENE DELGADO CARMONA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 85 años que refiere mareos desde esta mañana, con sensación de sudoración, con palpitaciones, cefalea y temblor. No refiere pérdida de conciencia. Antecedentes. HTA, Diabetes Mellitus Tipo II, Obesidad, Enfermedad de Parkinson, Intervenido quirúrgicamente para colocación de Marcapasos en agosto de 2015, Cistocele, Hernia inguinal, Hernia de Hiato, Insuficiencia venosa periférica. RAM a Salicilatos aunque toma Adiro, Penicilinas y derivados. Tratamiento actual. AAS 100mg, Pantoprazol 40mg, Acediur 20mg/12.5Mg, Masdil retard 120mg, Eutirox 88mcg, Metformina 850mg, Insulina regular 12UI/día, Paracetamol 1G si dolor y Carbidopa 25mg/Levodopa 100mg.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada y colaboradora. Buen estado general. No cortejo. TA 130/80mmHg, Saturación Oxígeno 95%, FC 135lpm. Eupenica, no hemifocalidad, temblor leve de manos. Auscultación respiratoria; movimientos respiratorios conservados. No respiración abdominal. Auscultación cardíaca; rítmico, taquicardia, no soplos. ECG: Taquicardia 132 lpm a ritmo de marcapasos. RX Tórax AP y Lateral: Cardiomegalia, no fallo ventricular, Marcapasos.

JUICIO CLÍNICO: Flutter auricular en paciente portadora de marcapasos DDD. Disfunción del mismo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Taquicardia/ Crisis hipertensiva.

CONCLUSIONES: Disfunción de marcapasos por sensado de ondas F, de Flutter auricular. Se programa en modo VVIR y cede la sintomatología. La paciente requiere el recambio de generador del marcapasos, por lo que se pauta Heparina de bajo peso molecular, en tanto es valorada por el Servicio de Cardiología del Hospital.

PALABRAS CLAVE: DESCOMPENSACIÓN CARDÍACA, FLUTTER AURICULAR, MARCAPASOS, DISFUNCIÓN.

ÁNGOR DE ESFUERZO A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA DOLORES CUADROS LAPAZ, MARTA GARCÍA MARTÍNEZ, JOSEFA LOPEZ MARTINEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que desde hace 2 meses refiere episodios de opresión precordial, con esfuerzos moderados, que ceden con el reposo y cursan con sudoración. **ANTECEDENTES:** No AMC. HTA, no DM, dislipemia, Exfumador, Hernia de hiato, lumbago. Cardiopatía previa: En seguimiento por cardiología por disfunción sistólica leve. Asintomático. TTo. Crónico: pantoprazol, atacand plus, tepazapam, vastat flas, orfidal. Situación basal limitada.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 154/86. FC: 82 lpm, Tª: 36°, Sat O2%: 99, AC: rítmico a 78 lpm. AC: Murmullo vesicular normal sin estertores. Abdomen: blando y depresible. MMII: sin edemas, signos de insuficiencia venosa superficial crónica, no frialdad acra. Pulsos normales. ECG: RS a 75 lpm. BRDHH. Analítica: Glucosa: 115 mg/dl; Urea: 41 mg/dl; Creatinina: 0.79 Mg/dl; Sodio: 143 mEq/l; K: 3.4 MEq/L; Hemoglobina: 14.1 G/dl; Hematocrito: 43.6%; VCM: 89.8 FL; plaquetas: 212.010E3/uL; Leucocitos: 9.2 10E3/uL; INR: 1.04; CrCl (CKD-EPI):84.21 ml/mi/1,73m2; Troponina I ultrasensible: 0.03, Creatin quinasa: 79.00 RX Tórax: cardiomegalia, no pinzamiento de senos costofrénicos.

JUICIO CLÍNICO: Ángor de esfuerzo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se descarta cuadro de ansiedad, dolor de origen digestivo, dolor costochondral, pericarditis, dolores musculares.

CONCLUSIONES: El ángor es una enfermedad coronaria producida por una isquemia miocárdica, disminuyendo el aporte de flujo sanguíneo y oxígeno al músculo del corazón. La principal causa suele ser la aterosclerosis. Los síntomas son opresión y dolor en el pecho que puede irradiar hacia los brazos, espalda. Cuello y mandíbula. También pueden presentarse náuseas, fatiga, dificultad para respirar, sudoración y mareo. El diagnóstico debe basarse en pruebas diagnósticas como analítica, ECG, Constantes vitales y anamnesis. El dolor se desencadena con el ejercicio físico y se alivia con reposo y nitroglicerina sublingual. El diagnóstico precoz es fundamental para evitar que se agrave el cuadro coronario.

PALABRAS CLAVE: DOLOR TORÁCICO, ISQUEMIA, OPRESIÓN, OXÍGENO.

PROBLEMÁTICA DEL CATETERISMO RADIAL EN NUESTROS PACIENTES

MARIA DEL MAR HERNANDEZ ROMERA, MARÍA MÉNDEZ SÁNCHEZ, ELISABET LOPEZ MONTES

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad, tres de cada diez se asocian a la cardiopatía isquémica. El método más eficaz para su diagnóstico y, en la mayoría de casos, tratamiento, es el cateterismo cardíaco, por lo que su aumento se ha visto incrementado considerablemente. Hoy día la vía de elección es el cateterismo radial por tener menores complicaciones locales con respecto a la femoral.

OBJETIVOS: Enumerar las posibles complicaciones del cateterismo radial. Analizar los conocimientos de los pacientes sobre el procedimiento.

METODOLOGÍA: Para ello hemos realizado una revisión bibliográfica en bases de datos de Dialnet y webs cómo Scielo, a través de los siguientes descriptores: cateterismo radial, complicaciones, conocimientos, pacientes, ansiedad, procedimiento. En un intervalo entre 2014-2018.

RESULTADOS: Cómo todo procedimiento tiene sus riesgos, no quiere decir que ocurran pero puede pasar, las posibles complicaciones son: hematoma, sangrado, oclusión vía radial. Por otro lado, sobre el conocimiento de los pacientes sobre esta práctica de diagnóstico y tratamiento depende de la situación de la enfermedad de éstos pacientes, si tienen algunos años de evolución o es algo nuevo para ellos. Muchas veces se realiza en una situación de “urgencia” por lo que no se le explican al paciente todo lo que debe saber o no se llega a tranquilizarlo o a dejar claro los comportamientos postcateterismo que se necesitan, lo que si podemos decir que la satisfacción de éstos sobre los procedimientos suele ser bastante alta y que las molestias que refieren sobre el cateterismo radial sin básicamente molestias en el punto de punción.

CONCLUSIÓN: Por todo ello podemos decir que aunque se necesite una mayor educación e información sobre este tipo de procedimientos, los pacientes, en general, quedan satisfechos del procedimiento y de los resultados. Y que las complicaciones en la mayoría de los casos son solucionables y sin complicaciones añadidas.

PALABRAS CLAVE: CATETERISMO, RADIAL, COMPLICACIONES, CONOCIMIENTOS.

EL ROL DE LA ENFERMERA EN LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR PERMANENTE

LAIA TORRA RICART, VIRGINIA SÁNCHEZ VIEDMA, LUCÍA FERRER BAÑOLAS, AROA LARA GARCIA, MARTA ORGANISTA GUERRERO, MIREIA MARQUEZ HERNANDEZ, MONTSERRAT SICILIA PEREZ

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardíaca (IC) es un problema de salud en aumento mundialmente. En nuestro país se trata de la tercera causa de muerte y la primera causa de hospitalización en pacientes mayores de 65 años. Pese a los avances farmacológicos y quirúrgicos de las últimas décadas, la terapia con mejores resultados sigue siendo el trasplante cardíaco (TCO). Desafortunadamente, la lista de espera para TCO va en aumento y se trata de una opción muy limitada para aquellos que sufren IC avanzada. Los dispositivos de asistencia ventricular izquierda (DAVI) se diseñaron como puente al trasplante, pero actualmente se ha planteado su uso de forma permanente para pacientes en los que el TCO no es posible. La finalidad de este soporte es aumentar la capacidad funcional y la calidad de vida, disminuye también la mortalidad y las complicaciones asociadas a la insuficiencia cardíaca avanzada.

OBJETIVOS: Identificar el rol de la enfermera en la educación sanitaria de pacientes portadores de DAVI. Determinar el proceso de implantación de DAVI desde una perspectiva enfermera.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica de artículos en la base de datos Pubmed, Cinahl, Cuiden con las palabras clave «enfermería», «insuficiencia cardíaca», «dispositivos de asistencia ventricular», «trasplante cardíaco» y «educación sanitaria».

RESULTADOS: La enfermera está implicada en todo el proceso de salud: se reúne con el equipo multidisciplinar para la toma de decisiones, informa y da apoyo emocional a la familia y al paciente y realiza la educación sanitaria y el seguimiento intra y extrahospitalario.

CONCLUSIÓN: El aumento de pacientes tratados con DAVI requiere que la enfermera adquiera un nuevo rol que incide directamente en la reducción de complicaciones, el aumento de la calidad de vida, la disminución de los reingresos y en el bienestar del paciente y la familia.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, ASISTENCIA VENTRICULAR, EDUCACIÓN SANITARIA, INSUFICIENCIA CARDÍACA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE AL QUE SE LE VA A REALIZAR UN ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO

ANGEL JURADO GARCIA, MATILDE EXPÓSITO PÉREZ, JOAQUIN GONZALEZ CALZADO

INTRODUCCIÓN: En la planta de cardiología el personal de enfermería son los encargados de dar los cuidados antes y después de la ablación.

OBJETIVOS: Conocer los procedimientos pre estudio electrofisiológico. Determinar pautas para educar y tranquilizar al paciente ante un estudio electrofisiológico.

METODOLOGÍA: El método empleado para este estudio consiste en una revisión bibliográfica. Los documentos bibliográficos se utilizaron de las bases de datos: CSIC- ICYT- IME, Cochrane Library Plus y Pubmed.

RESULTADOS: El paciente ingresará en la Unidad de Hospitalización Cardiológica la tarde anterior al procedimiento y será recibido por enfermería esta será la encargada de orientar al paciente y acompañantes en el espacio físico dando la información imprescindible. Se realizará entrevista de enfermería, utilizando un lenguaje asequible y permitiendo la expresión de dudas y preocupaciones, se responderá a sus preguntas de la forma más completa sin entrar en contradicción con la información que le ha dado el médico. Se informará también sobre la hora prevista de inicio del procedimiento, la duración aproximada y el tiempo probable de convalecencia. Procedimientos pre estudio. Toma de constantes vitales. Peso y talla. Electrocardiograma de 12 derivaciones. Colocación de monitorización cardíaca mediante telemetría. Canalización de vía endovenosa periférica. A partir de las 00:00 el paciente estará en dieta absoluta. Por la mañana se comenzará con la preparación. Retirada de prótesis y esmalte de uñas, maquillaje y objetos metálicos. Ducha con agua y jabón bactericida. Rasurado de tórax y zona femoral derecha .

CONCLUSIÓN: La recuperación tras una sutura simple no suele dar problemas, pero a pesar de esto se puede producir un mal cierre o un cierre por segunda intención, conociendo el tipo de punto y material más oportuno hará que la herida quede lo mejor posible.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA, ELECTROFISIOLÓGICO, UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN, CARDIOLOGÍA.

PREVENCIÓN DE LA EMBOLIA PULMONAR MEDIANTE LA INTRODUCCIÓN DE FILTROS EN LA VENA CAVA INFERIOR

ANGELA ESPINOSA MEDINA, RAQUEL MUÑOZ GARCÍA, MARTA GARCÍA MÁRQUEZ

INTRODUCCIÓN: Los émbolos pulmonares pueden llegar a tener consecuencias mortales. Por ello, se habla de este sistema de introducción de un filtro en la vena cava inferior, es un dispositivo metálico que agarra mecánicamente los fragmentos de trombos que provienen de las venas profundas, de las extremidades inferiores, en su recorrido hacia la circulación pulmonar. En su utilidad clínica actual, los filtros están planteados para ser introducidos, y en caso de ser reversibles, sean retirados, por vía percutánea. A pesar de que su uso, parece, teóricamente aportar beneficios, aún no está clara su eficacia clínica ni sus eventos adversos.

OBJETIVOS: Analizar la efectividad de dichos filtros en la vena cava para la prevención de la embolia pulmonar (EP). Teniendo en cuenta la mortalidad, la trombosis distal por el filtro, y los inconvenientes relacionados con dicho filtro.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed y Cochrane. Como limitadores se seleccionaron artículos en inglés y español de los últimos 5 años. En cuanto a operadores booleanos se utilizó AND.

RESULTADOS: Los filtros empleados en la vena cava inferior inducen a trombosis debido a diversos mecanismos como: su colocación y retirada. Además, el polifosfato inorgánico que presenta tiene un papel importante como procoagulante, revirtiendo así el efecto de los anticoagulantes. En otro estudio, no se percibió descenso de la mortalidad.

CONCLUSIÓN: Considerando los mecanismos complejos del uso de filtros en TVP, la evidencia general obtenida de pacientes con dicho filtros en la vena cava inferior concluye que no se recomienda el uso rutinario de esta técnica. Se asocia un mayor riesgo de TVP en el miembro inferior a largo plazo debido al empleo de filtros permanentes en la cava. No obstante, se requieren nuevos ensayos para valorar la seguridad y efectividad de estos filtros.

PALABRAS CLAVE: TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, FILTROS VENA CAVA INFERIOR, TROMBOEMBOLISMO VENOSO, EMBOLIA PULMONAR.

PLAN DE ACTUACIÓN EN EL DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS

RAQUEL HERRERA ALVAREZ, ISABEL MARIA HERRERA ALVAREZ, MANUEL DAVID REGO FLORES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 82 años en seguimiento por Cardiología por posible cardiopatía isquémica tipo angor de esfuerzo en tratamiento médico, que acude a urgencias por dolor opresivo a nivel de garganta y mandíbula irradiados a ambos brazos y espalda de duración de una hora y que ha cedido espontáneamente, el cuál evoluciona desde hace meses en relación con esfuerzos que progresivamente se presentan con menor esfuerzo físico hasta hacerse de reposo. Antecedentes personales: HTA, Diabetes Mellitus 2, Arteriopatía periférica, Anemia crónica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. En la auscultación pulmonar y cardíaca se aprecia murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos, tonos rítmicos y soplo sistólico en foco aórtico que no borra el segundo tono. Edema con fóvea en MMII hasta tercio medio lateral. Pruebas complementarias: TA 130/82 mmHg, FC 120 lpm, SpO2 95%, afebril. Analítica (Hemograma: Leucocitos 13.190, Hb 10.2 Mg/dl. Bioquímica: Glucosa 179 mg/dl, Pro-BNP 19.200). Curva enzimática (Troponina 390, CK 435). Rx Tx, se aprecia edema intersticial, sin derrame pleural. ECG seriados: en el que se observa taquicardia sinusal con imagen de bloqueo de rama izquierda (BRIHH) ya conocido.

JUICIO CLÍNICO: SCA tipo IAMSEST KILLIP II. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Angina inestable de reposo, SCA tipo IAMSEST KILLIP II.

CONCLUSIONES: SCA tipo IAMSEST KILLIP II, es una emergencia médica que se produce por la formación de un trombo sobre una placa rota de arteriosclerosis que ocluye la circulación coronaria del músculo cardíaco. Produciéndose una isquemia y necrosis de las células del miocardio. KILLIP II determina la presencia de estertores o crepitantes húmedos, tercer ruido cardíaco o aumento de la presión venosa yugular. Para llevar a cabo el manejo de este caso, se procede al ingreso hospitalario de la paciente para la realización de una ecografía transtorácica y un cateterismo.

PALABRAS CLAVE: INFARTO, REPOSO, ANGINA, DOLOR TORÁCICO.

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD POSTQUIRÚRGICA

SONIA SÁNCHEZ NAVARRO, DAVID COLLADOS VALDIVIESO, VERÓNICA CARRASCO MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: Los procesos quirúrgicos del paciente cardiaco están considerados de riesgo elevado y parece más que necesario incorporar la seguridad a la práctica asistencial del equipo quirúrgico. Sin embargo hay poca evidencia de estrategias que han mejorado la calidad y seguridad de la atención quirúrgica cardíaca. Esta revisión examina las investigaciones sobre la atención quirúrgica de cirugía cardiaca atendiendo aspectos de la seguridad del paciente y el papel de las listas de verificación.

OBJETIVOS: Identificar el papel de la enfermería en la disminución de los riesgos en seguridad en la cirugía cardíaca y las estrategias que los disminuyen o evitan.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos CINAHL, MEDLINE, EMBASE y SCOPUS. Los términos de búsqueda utilizados fueron: Procedimientos cirugía cardiaca, seguridad del paciente, checklist y trabajo en equipo. Los criterios de selección fueron literatura científica de los últimos 10 años y artículos originales. En total se encontraron 54 estudios y 9 artículos.

RESULTADOS: Se destacaron los siguientes aspectos: Los riesgos para la seguridad de los pacientes estaban presentes casi en el 100% de los estudios dada la complejidad de los procedimientos de cirugía cardiaca debido al grado de incumplimiento de las directrices basadas en la evidencia, variaciones en la práctica entre proveedores de atención dentro de la misma institución, las interrupciones en el trabajo en equipo y fallos de comunicación. El uso de listas de verificación y sesiones de información promueve la mejora de la seguridad del paciente aunque no resulta de fácil aplicación.

CONCLUSIÓN: El papel de la enfermería en la seguridad del paciente intervenido de cirugía cardiaca podría mejorarse impulsando aspectos como la cultura y formación en seguridad, la investigación, adecuar la organización asistencial que supone dotación de personal de enfermería adecuado, sistemas de notificación de eventos adversos y por supuesto con las listas de verificación quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, SEGURIDAD, POSTQUIRÚRGICA, CARDIOLOGÍA.

ANEMIA: FACTOR DESENCADENANTE DEL ANGOR HEMODINÁMICO

MANUEL DAVID REGO FLORES, ISABEL MARIA HERRERA ALVAREZ, RAQUEL HERRERA ALVAREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 86 años acude por clínica de dolor torácico de 2-3 semanas de evolución junto a disnea sin cortejo vegetativo, que cede en reposo. Refiere heces oscuras por toma de hierro oral. Antecedentes personales: HTA, ex fumador hace 30 años, alcohol ocasional. Pluripatologías digestivas (Hemorragias digestivas bajas, hemorroides, ulcera duodenal, diverticulosis), Insuficiencia renal, Angor hemodinámico anterior.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Aceptable estado general, consciente, orientado, colaborador, afebril y eupneico. TA 147/75mmHg, Sat. O2 97% con O2 en GN a 2 lpm, FC 76 lpm, afebril. ACP: MVC en campos medios en inferiores con sibilante y algún roncus. Tonos rítmicos sin soplos. Abdomen: globuloso, blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal Mínimos edemas en MMII. En la analítica destaca, aparte de una función renal comprometida, una Hb de 7 mg/dl. ECG: muestra un ritmo sinusal de 76 lpm sin alteraciones agudas.

JUICIO CLÍNICO: Angor hemodinámico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** IAM, Dolor de origen digestivo.

CONCLUSIONES: Angor hemodinámico es una enfermedad de las arterias coronarias, que se caracteriza por un dolor opresivo a nivel retroesternal ocasionado por el aporte insuficiente de sangre (oxígeno) a las células del músculo cardíaco. Dado que el principal motivo de la angina es la anemia y que el paciente tiene 86 años y múltiples patologías sobre todo digestivas, se decide un manejo conservador hasta completar el estudio digestivo para ver si existen evidencias de sangrado.

PALABRAS CLAVE: DISNEA, ANGOR HEMODINÁMICO, ANEMIA, DOLOR TORÁCICO.

A PROPÓSITO DE UN CASO: ÚLCERAS VASCULARES VENOSAS

MARIA JOSE AMARO ESCRIBANO, PABLO AGUILAR IBAÑEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 69 años presenta una úlcera vascular en la zona anterior de la pierna derecha de dos semanas de evolución. Refiere sentir “hormigueo” en ambas piernas desde hace aproximadamente un mes.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se aprecia zona caliente y edematosa, con exudado. Se realiza lavados diarios de la úlcera para arrastrar bien las secreciones, aplicación de productos tópicos con antibiótico y vendaje de la extremidad. Se establece un plan nutricional para controlar el peso y la hipertensión.

JUICIO CLÍNICO: Presenta insuficiencia venosa: Extremidades inferiores edematosas y pálidas. Sensación de hormigueo en las piernas. IMC elevado. Zona ulcerada con tejido fibrinoso y de granulación y bordes macerados por exceso de exudado. Refiere dolor durante la cura. No signos de infección. Vacunación tétanos completa. Déficit de conocimientos de hábitos nutricionales adecuados. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Deterioro de la integridad cutánea r/c deterioro de la circulación, m/p úlcera vascular. Riesgo de infección r/c destrucción tisular, m/p enrojecimiento, edema y dolor. Desequilibrio nutricional r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, m/p sobrepeso.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas. NIC: Cuidados de las heridas. Limpiar herida y monitorizar las características y cambios. Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. Elevar miembro afectado y realizar terapia de compresión. NOC: Conocimiento: control de la infección. NIC: Protección contra las infecciones. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. NOC: Conducta de mantenimiento del peso. NIC: Enseñanza: dieta prescrita. Enseñar un buen manejo de la nutrición. Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito. Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria.

CONCLUSIONES: Las úlceras vasculares venosas son producidas por un proceso patológico de origen vascular. Debemos de hacer hincapié no sólo en la curación de la propia herida, sino en la importancia de los cuidados circulatorios, del seguimiento de la hipertensión y de un plan nutricional.

PALABRAS CLAVE: ULCERA, INSUFICIENCIA VENOSA, INTEGRIDAD CUTANEA, DESTRUCCION TISULAR, INFECCION, DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL.

CASO DE DISNEA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

MARÍA BELÉN CALLEJAS MARTÍN, PATRICIA ARMENTEROS COSTA, FLORA CONSUELO SANTAELLA BARCOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 87 años que es derivada a urgencias por DCCU ante cuadro de disnea. Según cuenta su hijo (cuidador principal) la paciente ha estado estable sin disnea hasta que ha cambiado de domicilio temporalmente. Desde hace 2 días el familiar aprecia cuadro de disnea de mínimos esfuerzos con edemas distales. Duerme normalmente con cabecero elevado aunque últimamente duerme en sedestación por disnea. Cuadro catarral previo sin fiebre. Desde ingreso por IAM ha presentado varios episodios de descompensación cardíaca que han precisado tratamiento deplectivo en este servicio así como reajuste diurético en casa. Sus antecedentes personales son insuficiencia venosa periférica, estreñimiento crónico, Scacest por IAM inferior fibrinolizado en septiembre 2017, disfunción sistólica severa, FA persistente. Alergia a Nolotil.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y reactiva, eupneica tras administración de oxígeno y en reposo aunque sensación disneizante a las movilizaciones, tos productiva asociada, normocoloreada e hidratada, no aspecto febril. Auscultación respiratoria con murmullo vesicular disminuido con ruido de despegue en base izquierda, no crepitantes. Edemas en MMII hasta tercio superior de ambas piernas, fóvea +++/+++ , no edema en muslos, signos de insuficiencia venosa distal, edema en zona sacra con fóvea ++/+++ . En Rx de tórax se observa derrame pleural derecho, cardiomegalia.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia cardíaca. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La sospecha inicial fue de una insuficiencia cardíaca congestiva descompensada en contexto de catarro de vías altas, sin fiebre. Tras la exploración y pruebas se confirmó como juicio clínico la insuficiencia cardíaca junto con derrame pleural derecho.

CONCLUSIONES: La paciente pasó a sala de observación donde se le instauró tratamiento deplectivo, reposo en cama, dieta sin sal con restricción de líquidos, monitorización cardíaca continua y constantes y diuresis cada 4 horas. Durante su estancia se mantuvo eupneica en reposo, sin disnea, tiraje, ni cianosis y buena diuresis.

PALABRAS CLAVE: DISNEA, INSUFICIENCIA, CARDIACA, EDEMA, FOVEA.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES CORONARIOS

SILVIA URBANO CRESPILO, CLAUDIA FERNÁNDEZ PARTIDA, ADRIAN ALDANA MORENO

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la primera causa de muerte en los países occidentales, En el síndrome coronario se produce un estrechamiento de una o varias arterias coronarias, con la consecuente reducción u obstrucción del flujo sanguíneo. Los factores que se han relacionado con un mayor riesgo de sufrir eventos coronarios son dislipemia, hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes y sobrepeso. Para disminuir el riesgo cardiovascular los pacientes deberían realizar cambios en sus hábitos de vida.

OBJETIVOS: Analizar efectividad de la educación para la salud sobre los hábitos de vida del paciente con síndrome coronario agudo.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica durante los meses de noviembre y diciembre de 2017. Las bases de datos consultadas han sido Pubmed, Cuiden, Scielo, Google académico y Cochrane. Además del uso de la Guía de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. Tras realizar una lectura crítica de los diferentes artículos, así como las recomendaciones existentes se ha seleccionado cuatro de ellos.

RESULTADOS: Los artículos coinciden en que la realización de educación sanitaria prolongada en los pacientes mejora el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular, provocando cambios beneficiosos en sus hábitos de vida. Este conocimiento mejora la efectividad de la rehabilitación en los pacientes después de haber sufrido una patología cardíaca. Sin embargo, existen un número reducido de estudios que afirman que gracias a la educación para la salud se producen cambios beneficiosos en los hábitos de vida pero la relación inversa entre educación y riesgo coronario es independiente de esos factores, por lo cual se hace necesario líneas futuras de investigación que aporten más evidencia al respecto.

CONCLUSIÓN: El papel de enfermería de Atención Primaria tiene un papel fundamental en el cambio de hábitos de vida en los pacientes cardíacos.

PALABRAS CLAVE: EDUCACION, HÁBITOS DE VIDA, CORONARIO, RIESGO.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DE LOCALIZACIÓN INFERIOR

LORENA ALBALADEJO PEDRERO, AINA BIBILONI CLADERA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 64 años, alérgico a la penicilina, fumador, HTA y DM tipo 2 en tratamiento con ADOs como FRCV, esta mañana mientras caminaba presenta de forma súbita, dolor y debilidad en extremidades inferiores con sensación de mareo y caída al suelo. Tras llamada al 061 de la mujer, una ambulancia se presenta en el lugar, el paciente niega dolor, opresión torácica y haber perdido la conciencia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la llegada de ambulancia medicalizada se realiza monitorización del paciente, TA: 80/45 mmhg, ECG de 12 derivaciones en el que se evidencia bloqueo auriculoventricular completo con ritmo de escape de 50lpm, elevación de ST>1,5mm en cara inferior. Ante este hallazgo, se decide trasladar al paciente para angioplastia primaria.

JUICIO CLÍNICO: IAM de localización inferior. BAVC. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza cateterismo cardíaco via radial derecha con introductor de 6F. Se observa TCI de buen calibre y desarrollo, sin lesiones angiográficas. DA y Cx de buen calibre y desarrollo, con irregularidades de pared sin lesiones angiográficas. CD dominante, de buen calibre y desarrollo con 100% de estenosis en su extremo distal. Se predilata CD y realiza colocación de STENT distal farmacoactivo. Quedando con un buen resultado angiográfico. Ante la persistencia de BAV se decide colocar MCP temporal.

PLAN DE CUIDADOS: Paciente que ingresa en UCIC. Se recomienda AAS 100mg/24h indefinido y ticagrelor 90mg/12h durante al menos un año.

CONCLUSIONES: Los infartos de cara inferior asociados a BAVC son considerados de gran magnitud y por tanto, se asocian a presentar alta incidencia de complicaciones y mortalidad. La incidencia global de BAVC en pacientes con IAM es de 2%–13%, dependiendo del tipo de IAM estudiado y de la ubicación anatómica. Los pacientes con IAM inferior son considerablemente más propensos a presentar BAV y su riesgo de presentar BAVC es de dos a cuatro veces mayor que el de los pacientes con IAM ubicación anterior.

PALABRAS CLAVE: IAM INFERIOR, BLOQUE AV COMPLETO, CATETERISMO CARDÍACO, MCP TRANSITORIO, CARDIOLOGÍA.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA

MARIA ADELA PEREZ SERRANO, VERONICA ARIAS MORENO, ANGELA GONZALEZ JUSTO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 61 años acude a la consulta de insuficiencia cardíaca derivado por su médico de cabecera por referir el paciente molestias precordiales y disnea con los esfuerzos de carácter progresivo (trabajando en medio laboral con mucho humo de tabaco). Sus antecedentes son AsPs de hiperlipemia, diabetes, HTA (comprobación de cifras tensionales altas en los últimos 2 años), extabaquismo, e AIM inferior por oclusión de CD proximal en 1997, implantándose por entonces un Stent que a los 7 años permanencia permeable con ligera estenosis y con resto del árbol coronario con lesiones leves-moderadas. Por entonces función sistólica de VI ligeramente deprimida.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración cardíaca con 4ºR y dudoso 3ºR, ECG, en ritmo sinusal con Qs de necrosis en III y ecocardiograma con V. I dilatado con aquinesia inferoposterolateral extensa (con adelgazamiento) e hipoquinesia anteroapical, dentro de un remodelado ventricular con una contractilidad global moderadamente deprimida (F35%), con patrón de llenado de alteración de la relajación. Ergometría alcanzando sólo el 76% de la ex máxima, con cansancio, disnea y sudoración, con reacción hipertensiva (180/110) y extrasístoles ventriculares.

JUICIO CLÍNICO: Disnea de pequeños esfuerzos por disfunción sistólica de V. I en el seno de una enfermedad coronaria, con IAM antiguo, en paciente con AsPs de HTA, HIPERLIPEMIA y Diabetes **PLAN DE CUIDADOS:** Vida tranquila, evitando esfuerzos físicos y el estrés, sin actividad laboral alguna, dieta sosa y pobre en grasa. Acovil, carvedilol, adiro, diamben, zarator, omeprazol. Si dolor o presión torácico o ahogo súbito tomará Vernies sublingual.

CONCLUSIONES: Disnea. Revisión cardiológica periódica en la consulta de insuficiencia cardíaca.

PALABRAS CLAVE: DISNEA, HIPERLIPEMIA, DIABETES, HTA.

ANÁLISIS SOBRE LA MUERTE SÚBITA EN LOS DEPORTISTAS

MIGUEL JIMÉNEZ ÁLVAREZ, ELISA ISABEL GÓMEZ SÁNCHEZ, JOSEFA DOLORES GARCÍA AGUADO

INTRODUCCIÓN: La muerte súbita se produce por una parada cardíaca de forma brusca, repentina e inesperada, en personas que en principio aparentan tener un buen estado de salud. El fallecimiento de la persona se produce si la persona no recibe asistencia médica inmediata. Para la opinión pública le es difícil entender que una persona que realiza deporte, que es fiel reflejo de calidad de vida y salud, que una persona aparentemente sana puede morir mientras realiza su práctica deportiva habitual.

OBJETIVOS: Analizar las causas de la muerte súbita en los deportistas.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como Medigraphic y Ser Saludable. Se realiza la búsqueda con descriptores como: muerte súbita, RCP, parada cardíaca.

RESULTADOS: La causa más frecuente de la muerte súbita en los deportistas es la patología cardíaca. Durante el ejercicio se producen unos cambios electrofisiológicos y hemodinámicos, aumentan las catecolaminas circulantes. El estrés de la competición que aumenta la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la contractilidad miocárdica, con el consiguiente aumento incremento del consumo de O₂ miocárdico. Existen tres pilares fundamentales en la prevención de la muerte súbita asociada al deporte. El reconocimiento cardiológico preparticipación deportiva, la resucitación cardiopulmonar y los registros nacionales de muerte súbita.

CONCLUSIÓN: Es muy importante seguir avanzando en definir los factores que producen la muerte súbita en los deportistas sin patología previa diagnosticada. Así se desarrollará un mejor seguimiento preventivo durante la actividad deportiva.

PALABRAS CLAVE: MUERTE SÚBITA, PARADA CARDÍACA, MUERTE DEPORTISTAS, RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

ANA BELEN SEGURA BEDMAR, IRENE CHINCHURRETA GARCIA, YOLANDA MUÑOZ PALOMINO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 25 años que ingresa para la recolocación de cable de DAI subcutáneo. Presenta antecedentes familiares de IAM (abuela), y cardiopatía isquémica (padre). Fue intervenida en su infancia de estenosis pulmonar valvular. Tuvo un episodio de pericarditis, tras esto se encuentra en seguimiento por cardiología con detección de deterioro funcional, aumento de disnea y eco cardiograma con insuficiencia pulmonar y dilatación de ventrículo derecho. Valvulopatía pulmonar paliada con prótesis y portadora de DAI subcutáneo desde 2015. Tuvo un episodio de descarga inapropiada por lo que se realiza revisión de DAI y se decide recolocación de cable del dispositivo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se encuentra consciente, orientada y colaboradora. Buen estado general, normohidratada, normocoloreada, eupneica en reposo, sin signos de trabajo respiratorio, tolerando decúbito. Se procede a la intervención, tras la cual se realiza Rx evidenciando electrodo más interiorizado. Se revisa DAI sin hallazgos de alteraciones de funcionamiento.

JUICIO CLÍNICO: Recolocación de cable de DAI. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Descarga inapropiada de dispositivo.

CONCLUSIONES: Los cuidados de enfermería tras la intervención van encaminados a la vigilancia de la función cardíaca y hemodinámica, el control del dolor y los cuidados de la herida quirúrgica. Al alta continuara con seguimiento en su médico de atención primaria, se le darán recomendaciones sobre los cuidados de la herida quirúrgica (curar cada 24h, mantener la herida seca), acudir a la retirada de sutura en 10 días a su centro de salud. Así como, acudir a revisión en consulta de arritmias en 15 días.

PALABRAS CLAVE: DESFRIBILADOR, IMPLANTABLE, CUIDADOS, ENFERMEROS, IMPLANTACIÓN, AUTOMÁTICO.

CLEFT MITRAL: NUEVA EXPRESIÓN FENOTÍPICA EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

JUAN JOSÉ SANTOS MATEO, ANTONIO JESUS SANCHEZ GUIRAO, JOSÉ MIGUEL GÓMEZ VERDÚ

INTRODUCCIÓN: La alteración morfológica predominante en la miocardiopatía hipertrófica (MCH) es el aumento de los grosores ventriculares. Además, se han asociado alteraciones a nivel del aparato valvular mitral que van a contribuir a generar obstrucción al tracto de salida (TSVI) e insuficiencia mitral (IM).

OBJETIVOS: Analizar el caso de tres pacientes con MCH en los que se demuestra un nuevo mecanismo responsable de la IM.

METODOLOGÍA: Estudio de 3 casos, los pacientes presentaban clase funcional NYHA II-III y en el ETT inicial mostraba MCH asimétrica de predominio septal no obstructiva e IM severa. Para determinar el mecanismo de la IM se realizó una ETE 2D y ETE 3D.

RESULTADOS: En los casos 1 y 2 se observa en la ETE 3D la presencia de una hendidura (cleft) mitral en el velo posterior asociada a un prolapso de uno de los velos. En el caso 3 la IM se debía a un mecanismo combinado de restricción de los velos por dilatación del anillo e inserción del músculo papilar en el ápex y a la presencia de un cleft mitral en el velo posterior. El paciente se sometió a cirugía con implante de anillo mitral con lo que se consiguió resolución de la IM. No se llevó a cabo miectomía asociada.

CONCLUSIÓN: La presencia de un cleft mitral es extremadamente rara, sobre todo a nivel del velo posterior, y su hallazgo en pacientes con MH podría representar una nueva expresión fenotípica de las alteraciones mitrales a las que se asocia esta patología. Dado que la IM en la MH puede estar provocada por múltiples mecanismos, es preciso realizar una valoración detallada de cara a una posible intervención quirúrgica. Las técnicas de multimodalidad de imagen disponibles en la actualidad permiten un abordaje adecuado en estos pacientes con MCH e IM severa.

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA MITRAL, CLEFT MITRAL, ECOCARDIOGRAFÍA, MIOCARDIOPATÍA, HIPERTRÓFICA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CATETERISMO CARDIACO

NAYRA TRILLA ANTÓN, DIEGO MIGUEL HERNÁNDEZ DE ARMAS, RAÚL ALBERTO GONZÁLEZ MEDINA, YERAY TOMAS SANTIAGO DIAZ, CRISTINA PEREZ BELLO

INTRODUCCIÓN: El cateterismo cardíaco es utilizado para examinar los vasos sanguíneos del corazón con la utilización de rayos X. Se inserta un catéter en un vaso sanguíneo a través del brazo, ingle o el cuello para llegar al corazón. Después se inyecta por el catéter un contraste para ver mediante Rayos los vasos sanguíneos.

OBJETIVOS: Analizar los cuidados de enfermería durante el cateterismo y posterior al mismo.

METODOLOGÍA: Se realiza búsqueda bibliográfica en las bases de datos de ciencias de la salud tales como PubMed, Scielo, Proquest, Cinahl, Cochrane plus.

RESULTADOS: La formación y los posteriores cuidados de enfermería son claves para los pacientes sometidos a cateterismo cardíaco, dado que hoy en día son de elección para tratar afecciones arteriales coronarias, con gran tasa de éxito. Los principales cuidados post cateterismo son: Reposo con el miembro inmóvil, de 6 a 8 horas si la incisión es braquial y de 24 horas si es femoral. Control de constantes horarias las primeras 6 horas. Revisar apósitos, coloración, pulsos, temperatura y sensibilidad de la extremidad para identificar signos de sangrado. En caso necesario, usar vendaje compresivo. Tras 24 horas se retira apósito y puede empezar a flexionar el miembro. En caso de sutura se retirará a los 7 días. Control de diuresis.

CONCLUSIÓN: Dado que los pacientes sometidos a este procedimiento, precisan de cuidados tanto en el hospital como tras el alta hospitalaria, es de especial importancia el conocimiento de los cuidados enfermeros.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, CATETERISMO, CORAZON, INTERVENCIÓN.

ATENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

FÁTIMA ISABEL RUIZ RODRÍGUEZ, MACARENA LOZANO LORCA, MARÍA MORALES CASTILLA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 48 años, separada y con dos hijos adolescentes. Acudió al cardiólogo por presentar dolores torácicos prolongados en el tiempo que aumentaban tras realizar actividad física leve. Ingresa para someterse a una cirugía programada de revascularización tras presentar una oclusión completa de la descendente anterior proximal. Antecedentes personales: síndrome depresivo, fumadora de un paquete de cigarrillos diario e hipercolesterolemia.

JUICIO CLÍNICO: Cardiopatía isquémica. **PLAN DE CUIDADOS:** DXE: Síndrome de estrés del traslado, relacionado con sentimientos de impotencia y con falta de un soporte familiar adecuado, manifestado por depresión, ansiedad, trastornos del sueño, verbalización de preocupación por el traslado y cambio de los hábitos alimentarios. NOC: - Afrontamiento de problemas por parte del usuario. Autocontrol de la ansiedad NIC: Evaluar los puntos fuertes de la familia. Fomentar la implicación familiar reforzando sus puntos fuertes. Fomentar la expresión de pensamientos y emociones positivas. Escucha activa. Apoyo emocional. DXE: Conocimientos deficientes sobre los factores de riesgo cardiovasculares, recomendaciones dietéticas, actividad física y rehabilitación sociolaboral relacionado con una falta de exposición y manifestado por verbalización del problema. NOC: Conocimiento control enfermedad cardíaca. Régimen terapéutico NIC: Reforzar positivamente sus logros en habilidades y conocimientos. Educación sobre el proceso de la enfermedad. Educación sobre los factores de riesgo cardiovasculares.

CONCLUSIONES: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la causa de muerte más frecuente en los países desarrollados. Es necesario que la población reciba educación sanitaria para su prevención mediante hábitos de vida saludables. Además, la enfermera desarrolla un rol importante en el tratamiento y evolución de los pacientes que padecen alguna patología cardiovascular. En este caso, mediante la educación sanitaria la paciente adquiere los conocimientos necesarios para un afrontamiento eficaz de la enfermedad y mediante la empatía y escucha activa se facilita la expresión de sentimientos y miedos.

PALABRAS CLAVE: INTERVENCIONES ENFERMERAS, PROCESO ENFERMERO, CARDIOLOGÍA, ENFERMERÍA.

LA TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR EN LOS RECIÉN NACIDOS

INMACULADA VALDIVIESO RIVERA, MIREIA ALCAZAR PARIS, MERIEM BELHASSINE DEMER-DJI, AMALIA GARCÍA VILLENA, ISABEL LEÓN JIMÉNEZ, LARA TOBÍA PÉREZ

INTRODUCCIÓN: La taquicardia paroxística supraventricular es la arritmia sintomática más frecuente en la edad pediátrica, debutando de forma más frecuente en los menores de un año, siendo la causa más frecuente de taquicardia supraventricular en neonatos. La imagen ECG se caracteriza por una frecuencia mayor de 200 lpm.

OBJETIVOS: Determinar las pruebas de la efectividad de la maniobra de Valsalva para detener la taquicardia supraventricular.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: El tratamiento agudo de los bebés con TSV sigue las pautas de PALS (Pediatric Advanced Life Support en inglés). En pacientes estables, uno puede intentar las maniobras vagales (hielo en la cara y reflejo vagal, apnea) siempre y cuando no demoren tratamiento específicos. Si hay un acceso IV/IO, la adenosina, es el fármaco de elección. La maniobra de Valsalva es un tratamiento recomendado internacionalmente para la taquicardia supraventricular estable, pero la eficacia, según los estudios, es limitada y la cardioversión es rara (en la práctica entre 5-20%), lo que exige el uso de otros tratamientos, como la adenosina, que generalmente causa mucho discomfort a los pacientes a los que se administra. Por eso es que se usa diferente tipos de simulaciones para practicar estas maniobras de manera segura.

CONCLUSIÓN: En general, la maniobra de Valsalva parece ser un método no invasivo sencillo para detener el ritmo anormal del corazón, pero la seguridad y la efectividad general son difíciles de cuantificar. Se necesitan más estudios de investigación para mejorar las pruebas existentes sobre esta práctica.

PALABRAS CLAVE: NEONATOS, VALSALVA, TSV, TRATAMIENTO.

FIBRILACIÓN AURICULAR DE CRONOLOGÍA INCIERTA EN PACIENTE CON BRONQUITIS AGUDA

MARÍA DEL ROCÍO SAAVEDRA PAJUELO, ESTHER MOTA BOBIS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 58 años con antecedentes personales de HTA y DM tipo 2, que acude a centro de salud por presentar tos con expectoración blanquecina de una semana de evolución, no fiebre, no dolor torácico, no otros síntomas acompañantes.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, eupneico y afebril. Tensión arterial 120/70. Saturación oxígeno 98%. ACR: tonos arrítmicos a buena frecuencia con soplos sistólico IV/VI no conocido. BMV, no ruidos respiratorios patológicos. MMII no edemas ni signos de TVP, pulsos conservados. ECG: FA a 90 lpm. EV aislada. Ondas T negativas asimétricas en I, Avl, V5 y V6. Radiografía de tórax: ICT normal, engrosamiento hilar derecho de aspecto vascular. Analítica con leucocitos 13.270. PCR: 8.30. Enzimas cardíacas normales.

JUICIO CLÍNICO: FA con buena RV de cronología incierta, Bronquitis aguda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Otras arritmias, TEP.

PLAN DE CUIDADOS: Se prescribió anticoagulación con clexane 150 mg sc /24h hasta valoración por trombólología, bisoprolol 1.25 Mg /24h, azitromicina 500 mg cada 24 horas 3 días, y se derivó a consultas de cardiología donde se ha realizado estudio con ecocardiografía y el paciente presenta estenosis Aórtica moderada.

CONCLUSIONES: En un paciente con clínica pulmonar hay que valorar si presenta clínica cardíaca acompañante, realizar una buena exploración y si precisa pruebas complementarias para llegar a un buen diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: TOS, FIBRILACIÓN AURICULAR, SOPLO SISTÓLICO, BRONQUITIS.

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CORONARIAS

MARÍA SOLEDAD VIDAL GONZÁLEZ, VIRGINIA ALBA VELÁZQUEZ, MÍRIAM SÁNCHEZ
ALCÓN

INTRODUCCIÓN: La enfermedad coronaria o cardiopatía isquémica se trata de una enfermedad producida por la arteriosclerosis de las arterias coronarias, que irrigan el musculo cardiaco, impidiendo que dicho flujo sanguíneo presente el aporte suficiente de oxígeno requerido por el miocardio para realizar sus funciones orgánicas. La enfermedad coronaria se trata de la principal causa de muerte en la mayoría de países desarrollados presentando ciertos factores de riesgo que se pueden prevenir con una adecuada educación sanitaria.

OBJETIVOS: Determinar los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. Identificar el papel de la enfermería en la prevención de la cardiopatía isquémica a través de programas de educación sanitaria.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de diversas bases de datos como son Pubmed, Medline y ScienceDirect, entre otras, mediante descriptores como “Isquemia”, “Infarto agudo de miocardio”, “Cardiopatía” y “Enfermería”. Se incluyeron aquellos documentos con fechas comprendidas entre el periodo 2013 hasta 2018. También se incluyeron aquellos documentos publicados en español e inglés y accesibles a texto completo.

RESULTADOS: Existen diversos factores de riesgo que aumenta la probabilidad de padecer alguna enfermedad coronaria. Entre ellos encontramos factores de riesgo no modificables, como son la edad y el género, así como aquellos que pueden verse modificados por los propios pacientes, como son la obesidad, el tabaquismo, etc. Siendo éstos de gran importancia para el personal enfermero porque son aquellos sobre los que se pueden intervenir para una óptima prevención de la enfermedad.

CONCLUSIÓN: Se ha podido determinar que existen muchos factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular que pueden verse modificados por el propio paciente. Para ello es importante que desde el personal de enfermería se aplique una educación sanitaria adecuada que proporcione conocimiento sobre éstos y la importancia de llevar una vida saludable para prevenirlos y de esta forma reducir notablemente la incidencia de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: ISQUEMIA, INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, CARDIOPATÍA, ENFERMERÍA.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PACIENTE CRÍTICO CARDIOLÓGICO

VIRGINIA GALLARDO CARBAJO, MARIA DEL ROCIO MIGUEZ CRESPO, MARÍA DEL CARMEN MANZANO ALBA

INTRODUCCIÓN: La patología cardiológica es frecuente dentro de los cuidados críticos y precisan de un diagnóstico y tratamiento precoz que disminuya la morbimortalidad asociada. Conocer las características y factores de riesgo de las personas que sufren un síndrome coronario agudo (SCA) es importante para poder prevenirlos. La correcta adhesión al tratamiento y la modificación de los estilos de vida poco saludables son las principales medidas.

OBJETIVOS: Analizar las características clínicas de los pacientes ingresados en UCI por un síndrome coronario agudo (SCA). Identificar los factores de riesgo más frecuentes y su relación con la mortalidad.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo observacional que incluye a todos los pacientes ingresados en UCI por SCA desde Enero a Diciembre de 2017.

RESULTADOS: Se incluyeron 185 pacientes de los cuales el 65.9% (N=122) fueron hombres. La edad media fue de 63 ± 12.5 Años. Los factores de riesgos más frecuentemente objetivados fueron por orden: tabaco, HTA, DM y obesidad. El APACHE medio fue de 12 ± 3.2 . El SCA sin elevación del ST fue el evento coronario más frecuente. La estancia media en UCI fue de 5.2 ± 3 Días. Las complicaciones graves objetivadas fueron: Insuficiencia cardíaca en el 16.2% (N=30), shock cardiogénico 11.3% (N=21) y complicaciones mecánicas en tan solo el 1% de los casos (n=2). El 18.9% (N=35) precisando ventilación mecánica invasiva (VMI). Media de días de VMI de 3 ± 2.8 . Se produjo el éxitus en el 4.3% De los casos (n=8).

CONCLUSIÓN: Los eventos coronarios son más frecuentes en hombres que en mujeres, siendo el tabaco y la hipertensión los principales factores de riesgo. Las complicaciones suelen ser poco frecuentes pero cuando suceden supone un aumento de los días de ingreso en UCI y del consumo de recursos. La mortalidad continúa siendo baja pero aún existen factores modificables sobre los que actuar para poder disminuirla aún más.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME, CORONARIO, AGUDO, ANÁLISIS.

LA IMPORTANCIA DEL AUTOCUIDADO EN ENFERMEDADES COMO LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

CRISTINA MORALES GONZÁLEZ, FÁTIMA MONTOYA GEA, ANA GONZALEZ ALCAIDE

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardiaca es un síndrome caracterizado por una afección en la cual el corazón ya no puede bombear sangre rica en oxígeno al resto del cuerpo de forma eficiente. Esto provoca que se presenten una serie de signos y síntomas en todo el cuerpo. La mejoría del conocimiento para el autocuidado es la clave para el éxito en la reducción de la morbi-mortalidad y de los costos en salud en la insuficiencia cardíaca.

OBJETIVOS: Conocer los puntos clave para llevar a cabo el autocuidado de la enfermedad.

METODOLOGÍA: Trabajo de revisión bibliográfica; revisión sistemática. Las bases de datos consultadas han sido: Pubmed, Dialnet y Cochrane. Los descriptores fueron: autocuidado, insuficiencia, cardíaca, educación y enfermería.

RESULTADOS: En la educación para promover el auto-cuidado es necesaria la restricción de la ingesta de sodio y líquidos, la monitorización diaria del peso, la realización de actividad física, el uso regular de la medicación, la monitorización de los signos y síntomas de empeoramiento de la enfermedad y el contacto con el equipo.

CONCLUSIÓN: Una buena comunicación entre el paciente/familia y el personal sanitario, mejoran la adherencia al tratamiento. Se ha demostrado que una buena adherencia disminuye la morbi-mortalidad y mejora el bienestar del paciente. Además la actividad física diaria, una dieta saludable, la restricción de consumo de tabaco y alcohol en los pacientes con insuficiencia cardíaca estable, mejora su capacidad funcional.

PALABRAS CLAVE: AUTOCUIDADO, INSUFICIENCIA, CARDÍACA, EDUCACIÓN, ENFERMERÍA.

CATETERISMO CARDÍACO-MIEDOS DEL PACIENTE Y FAMILIA

MARIA DE LOS ANGELES CARRASCO MOSCOSO, MARIA JOSEFA CASTELLET FRANCO,
MARÍA JOSE ÁLVAREZ PINO

INTRODUCCIÓN: La mayoría de los pacientes que van a ser sometidos a Cateterismo cardíaco suelen experimentar un aumento considerable de ansiedad, unido siempre a dicha prueba que se percibe como una amenaza para su estado de bienestar. Por todo ello hay que realizar una educación sanitaria clara y concisa que ayude a manejar y superar dichos miedos.

OBJETIVOS: Determinar como proporcionar información clara y concisa para el paciente y familia, y manejo de posibles complicaciones.

METODOLOGÍA: Consulta de protocolos hospitalarios y protocolos de traslado de pacientes a otros hospitales donde se realiza dicha técnica. Revisión bibliográfica de la literatura científica, la búsqueda se ha realizado en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Dialnet. Se han utilizado buscadores como: Cochrane Library en español, Google y Gerión. Se utilizan como descriptores de búsqueda: Enfermería, Ablación por catéter, Educación en Salud.

RESULTADOS: Muchas veces tanto paciente como familia tienen miedo a hacer preguntas sobre el Cateterismo por las posibles complicaciones que pueden surgir de dicho procedimiento; cuando se firma el consentimiento informado detallan toda complicación posible y es cuando debe intervenir la enfermera disipando toda duda o miedo que tenga el paciente acerca de los cuidados que recibirá por parte de Enfermería. Con este póster conseguimos que paciente y familia solventen cualquier duda referente a dicho proceso con una visión rápida del mismo y mediante un vocabulario de fácil comprensión.

CONCLUSIÓN: Una intervención enfermera a tiempo ayuda tanto al paciente como a su familia a vencer cualquier miedo o disipar cualquier duda ante esta técnica invasiva, consiguiendo así disminuir su nivel de ansiedad.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, MIEDO, FAMILIA, CATETERISMO CARDÍACO.

DISECCIÓN AÓRTICA EN VARÓN DE MEDIANA EDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO

TERESA FERNÁNDEZ FUNES, CRISTINA GUIL LORA, ANA ROSA TORRES LORENTE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 78 años que acude a urgencias tras notar dolor lumbar derecho agudo, irradiado al MID, refiriendo paresia de este. Ha notado dolor momentáneo en el pecho, localización retroesternal no irradiado, que ha cedido solo, sin náuseas ni vómitos, con sudoración fría que remite espontáneamente. No palpitations ni disnea.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientado, Niega dolor torácico. Auscultación cardíaca: rítmico, sin soplos y a buena frecuencia. Abdomen: blando, depresible, no doloroso. MID: no dolor a la palpación, movilidad conservada. TAC Craneal: Lesiones de aspecto isquémico con fliosis en territorio de ganglios basales. Angio TAC tórax-abdomen-pelvis: presencia de una estructura lineal que traduce un colgajo intimal, que separa dos luces, originándose en la aorta ascendente, afectando al cayado aórtico correspondiendo por tanto a una disección aórtica. En la luz verdadera se observa trombo mural a nivel infrarrenal y asimismo un trombo que afecta a las arterias ilíacas. El paciente permanece con dolor lumbar requiriendo perfusión de morfina y Labetalol para mantener TA estable. Valorado por cirugía cardíaca quienes plantean actitud conservadora por no tratarse de una emergencia quirúrgica y encontrarse hemodinamicamente estable.

JUICIO CLÍNICO: Disección aórtica tipo B que se extiende afectando a la totalidad de la aorta torácica y abdominal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dolor lumbar agudo, siendo tratado con perfusión de morfina 1 mg/h.

CONCLUSIONES: En pacientes diagnosticados de disección aórtica es importante controlar y paliar el dolor, así como mantener constantes vitales estables. Instruir al paciente y familia para conocer los factores de riesgo de dicha patología, signos de alarma y estilo de vida que debe llevar para aumentar su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: DOLOR LUMBAR, DISECCIÓN AÓRTICA, CONTROL DEL DOLOR, FACTORES DE RIESGO.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS A PACIENTE TRAS LA IMPLANTACIÓN DE DEFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

TERESA FERNÁNDEZ FUNES, CRISTINA GUIL LORA, ANA ROSA TORRES LORENTE

INTRODUCCIÓN: Un desfibrilador Automático Implantable (DAI) es un dispositivo parecido a un marcapasos que controla continuamente el ritmo cardíaco. Si éste detecta un problema del ritmo, el dispositivo envía una serie de choques eléctricos al corazón para cambiar el ritmo de vuelta a lo normal. Si no es efectivo se libera un choque eléctrico (cardioversión). Si la cardioversión no funciona el dispositivo libera un choque más potente al corazón (desfibrilación).

OBJETIVOS: Describir y analizar los cuidados postoperatorios de enfermería a pacientes portadores de desfibrilador automático.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica a través del acceso a Guías de prácticas clínicas y bases de datos como nureinvestigation, heartfailurematters, medlineplus.

RESULTADOS: Explicar al paciente que debe mantener reposo en cama durante 24 horas e inmovilización del miembro afectado. Observar que la zona de implantación esté limpia. En caso de sangrado comprimir zona. Si aparece hematoma, marcarlo para vigilar que no aumente. En caso de inflamación colocar frío local para disminuirla. Administrar dosis antibiótica, realizar radiografía de tórax y electrocardiograma a las 24 horas de la implantación para comprobar su correcta colocación y funcionamiento. Realizar primera cura 24 horas tras la implantación con algún antiséptico. Si no hay incidencias el alta puede realizarse a las 48 horas de la implantación del dispositivo. Es importante que el paciente acuda a las revisiones periódicas.

CONCLUSIÓN: Se ha demostrado en pacientes con insuficiencia cardíaca o con alto riesgo de problemas graves en los ventrículos, que la implantación de estos dispositivos prolonga la supervivencia. Es importante concienciar al personal sanitario de los cuidados tras su implantación para evitar posibles complicaciones como infecciones, hemorragias o hematomas.

PALABRAS CLAVE: DEFIBRILADOR AUTOMÁTICO, CHOQUE ELÉCTRICO, IMPLANTACIÓN, COMPLICACIONES.

EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

MIRIAN ACEVEDO PEREZ, MONTSERRAT SANCHEZ GARCIA DE QUIROS, MARIA DEL CARMEN CLAVAÍN NOGALES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 86 años de edad que acude a urgencias traído por DCCU por dolor centrotorácico de carácter opresivo que se irradia al brazo derecho. No cortejo vegetativo, no disnea, no relajación de esfínteres ni alteraciones del hábito intestinal. Refiere síndrome gripal en estos últimos días con sensación distérmica. Alergia medicamentosa a estreptomicina. HTA, Hipercolesterolemia, Cardiopatía isquémica con implantación de 3 stent coronarios. BCRDHH, Estenosis aórtica, EPOC tipo enfisema, ERC estadio I, Hernia testicular y HBP.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo, no signos meníngeos, no IY. ACP: rítmico, no soplos, no roce, no soplos, no ruidos sobreañadidos, MV conservados. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, Blumberg, Murphy y Lassegue negativo. Hemograma: Hb 10,9, hematocrito 33,4, leucocitos 9,6(pmn 90.1, Linfocitos 2.2), Plaquetas 207. Bioquímica: glucosa 115, urea 114, creatinina 1.74, Na 138, K 5.22, Troponina I 0.12; 1.25; 2.25; 1.7 EKG: rítmico a 65 ppm, sin alteraciones de la repolarización ni signos de hipertrofia ventricular. Rx tórax: ICT<50, sin alteración alveolo intersticial ni signos derrame pleural.

JUICIO CLÍNICO: Scasest. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras ser valorado por Cardiólogo y observando el pico de troponina realizado por el paciente se diagnostica síndrome coronario agudo sin elevación de ST y se procede a ingreso en planta de cardiología para control analítico y optimización del tratamiento.

CONCLUSIONES: El Síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) incluye el infarto sin onda Q y la angina inestable (ausencia de elevación enzimática). Se caracteriza por la presencia de dolor anginoso de más de 20 minutos de duración asociados o no a cambios en el EKG compatibles con isquemia miocárdica aguda.

PALABRAS CLAVE: CORONARIO, SCASEST, SÍNDROME, CARDIOLOGÍA.

PACIENTE QUE PRESENTA INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA ANGELES HERRERO GONZALEZ, ANA ROSA GRANJA BERNARDO, FRANCISCO JAVIER GARCIA GONZALEZ, SEVERA HERRERO GONZÁLEZ, MARIA DOLORES ARDILA MORA, ELENA QUESADA GARCIA, ANA BELÉN PINATAR RAMOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 73 años de edad, acude al hospital por presentar mal estado general, dolor torácico punzante en reposo de duración inferior a 30 segundos y disnea de 10 días de evolución. Antecedentes patológicos de hipertensión arterial, dislipemia en tratamiento, neoplasia de mama izquierda hace 20 años tratada con mastectomía radical, ictus isquémico hace 10 años persistiendo secuela de leve trastorno del equilibrio, infarto agudo de miocardio inferior y angina con enfermedad de un vaso tratada con stent farmacológico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física paciente consciente y orientada, nerviosa, pálida, eupneica en reposo, durante la anamnesis se aprecia taquipnea al hablar, sin desaturación, ruidos cardíacos irregulares, sin soplos significativos. Tensión arterial 155/99, Frecuencia cardíaca de 83 pm, saturación basal de 97%, electrocardiograma muestra RS a 90 pm, eje -60° , necrosis inferior, edemas perimaleolares con fóvea, pulsos distales débiles, centrales presentes sin soplos. Troponinas negativas.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia cardíaca congestiva inespecificada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras la exploración física, anamnesis y pruebas complementarias se inicia tratamiento con perfusión de nitroglicerina y doble antiagregación y se decide el ingreso en planta de la paciente.

CONCLUSIONES: La insuficiencia cardíaca congestiva es una afección crónica pero que se puede presentar repentinamente. La insuficiencia cardíaca ocurre cuando el miocardio no puede bombear correctamente la sangre y cuando está rígido y no se llena de sangre fácilmente. A medida que el bombeo se vuelve menos eficaz la sangre puede acumularse en otras zonas del cuerpo, pulmones, hígado, tracto gastrointestinal, brazos y piernas. Las causas más comunes son: enfermedad de la arteria coronaria e hipertensión arterial mal controlada.

PALABRAS CLAVE: MALESTAR GENERAL, DOLOR TORÁCICO, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DISNEA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A UNA ABLACIÓN CARDÍACA

MARÍA JOSE ÁLVAREZ PINO, MARIA DE LOS ANGELES CARRASCO MOSCOSO, MARIA JOSEFA CASTELLET FRANCO

INTRODUCCIÓN: La ablación cardíaca es un procedimiento que se usa para destruir pequeñas áreas en el corazón que le pueden estar causando sus problemas de ritmo cardíaco. Durante el procedimiento, se colocan pequeños alambres llamados electrodos dentro del corazón para medir la actividad eléctrica de éste. Estos electrodos también se emplean para destruir las áreas malas del corazón.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados necesarios para prevenir los posibles problemas derivados de la técnica cardíaca.

METODOLOGÍA: Consulta de la bibliografía disponible mediante las bases de datos: Pubmed, Scielo y Dialnet. Se han utilizado buscadores como: Cochrane Library en español, Google, Google Scholar y Gerión. Descriptores: Enfermería, Arritmias cardíacas, Ablación por Catéter. Hemos revisado estudios y revisiones publicadas desde el año 2012 hasta la actualidad.

RESULTADOS: Tras la realización de la revisión bibliográfica se evidencia que en todas las unidades de hemodinámica y hospitalización donde se tienen protocolizados los cuidados de enfermería pre y post cateterismos, se producen menos eventos adversos, así como complicaciones del paciente derivados de la técnica. Se demuestra que en las unidades que cuentan con estos protocolos de Enfermería se ayuda a prevenir o identificar lo más precozmente posible los problemas derivados de la enfermedad o de la técnica mediante información al paciente y tranquilizándolo sobre las técnicas y cuidados realizados se logra disminuir también la ansiedad por la hospitalización.

CONCLUSIÓN: De esta forma mejoramos la asistencia al paciente y disminuimos los problemas potenciales derivados de esta técnica.

PALABRAS CLAVE: ABLACIÓN, ARRITMIAS, CUIDADOS, CARDÍACA, ENFERMERÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA VIGILANCIA POST- CATETERISMO

LILIANA MARIA GONZALEZ QUIÑONEZ, ANA ABASCAL LEAL, SARAY MORCILLO DIAZ

INTRODUCCIÓN: El cateterismo cardiaco es una técnica invasiva para diagnosticar o tratar lesiones cardíacas.

OBJETIVOS: Analizar las posibles complicaciones mediante cuidados de enfermería.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Se disminuyen las complicaciones como los hematomas, hemorragias, mantenimiento de constantes adecuadas del paciente y control del dolor. Mediante el protocolo de cuidados instaurado en nuestra unidad. Control de FC, TA: Lo realizaremos mediante control cada 15 minutos durante la primera hora y posteriormente se realiza control horario. Vigilancia de la compresión: Según el sitio de acceso puede ser radial o femoral. Si es femoral indicamos al paciente el reposo que debe tener y no flexionar la extremidad donde se ha realizado la punción. Retirada de la compresión: Se realizará a la hora indicada por cardiólogo y en función de sangrado o no del paciente, en caso que fuera radial y compresión neumática se desinfla 2cc/15 min vigilando la hemostasia. Indicaremos al paciente que no realice esfuerzos con la mano donde se realizó la punción. En caso de ser femoral compresión se retira al día siguiente. Inicio de tolerancia de dieta según médico. Control de diuresis. Administración de medicación pautada.

CONCLUSIÓN: La vigilancia enfermera es fundamental para prevenir complicaciones y en caso de que exista alguna la actuación sea inmediata.

PALABRAS CLAVE: COMPRESIÓN, CONSTANTES, CUIDADOS, CATETERISMO.

ENDOCARDITIS BACTERIANA EN PACIENTE ADULTO

MARTA ABELLÁN ESTEBAN, PEDRO PÉREZ MARTÍNEZ, MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ AYALA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 40 años, ex fumador sin antecedentes de interés, acude a urgencias por hallazgo en analítica privada de Hb 7.6. Cuadro de dos meses de evolución de fiebre vespertina, escalofríos y sudoración profusa, junto con tos sin expectoración, acudiendo a su médico de familia que pauta pantomicina y posteriormente azitromicina. Empeoramiento progresivo asociando astenia, anorexia y pérdida de 6kg en un mes, por lo que se realiza analítica. No antecedentes epidemiológicos de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: REG. Temperatura 37.7°, 125Lpm. ACP: taquicárdico sin soplos, crepitantes bibasales. Abdomen y miembros inferiores normales. Analítica: LDH 514, alcalosis respiratoria, lactato 3.5 Mmol/L, hemoglobina 7.6 Y paquetopenia 60000/UI, actividad protrombina 50% e INR 1.6. Radiografía de tórax: describen consolidaciones bilaterales a correlacionar con bronconeumonía. Se cursan hemocultivos, urocultivo, antígenuria, cultivo de esputo y pruebas cruzadas y comienza con levofloxacin. Durante el ingreso sale PCR positiva para S. Viridans y se ausculta soplo sistólico y diastólico aórtico, se cambia antibioterapia a vancomicina y gentamicina. La ecocardiografía transesofágica confirma diagnóstico de endocarditis sobre válvula aórtica nativa. Se realiza recambio valvular con reintervención posquirúrgica por regurgitación periprotésica, presentando posteriormente buena evolución.

JUICIO CLÍNICO: Endocarditis bacteriana aórtica con insuficiencia aórtica severa secundaria a Insuficiencia cardíaca congestiva. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Neoplasia, fiebre reumática, neumonía, LUPUS, enfermedad Lyme, VIH y otras enfermedades infecciosas así como artritis entre otras.

CONCLUSIONES: Ante un paciente con fiebre, cuadro catarral y una radiografía de tórax con consolidaciones, pensaremos en un cuadro de origen infeccioso pulmonar. Pero hemos de estar atentos a otros signos de alarma, tener presente un amplio diagnóstico diferencial y así poder reaccionar a tiempo ante una mala evolución o un cambio en el diagnóstico inicial. La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad grave, que conlleva a una alta tasa de mortalidad. En ciertas ocasiones su diagnóstico puede ser difícil, debido a lo inespecífico de su clínica

PALABRAS CLAVE: ENDOCARTITIS BACTERIANA, VÁLVULA NATIVA, SÍNDROME CONSTITUCIONAL, INSUFICIENCIA CARDÍACA.

ATENCIÓN URGENTE A PACIENTE CON SCAEST

ADRIÁN RODRÍGUEZ VEGA, MIGUEL ANGEL GONZÁLEZ GAGO, MARIA DE LOS ANGELES MARQUEZ SANCHEZ, SONIA PULIDO GONZALEZ, MARIA CANDIDA HERNANDEZ MARFIL, VERÓNICA AGUILAR CASADO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 69 años que ingresa en urgencias tras presentar dolor torácico en zona centro-torácica con irradiación hacia el cuello y extremidad superior izquierda, sin otra clínica asociada. La paciente tiene antecedentes de HTA, hipotiroidismo, depresión mayor, ansiedad y dislipemia. No tiene antecedentes cardíacos. Sin alergias. Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 195/91mmHg FC: 101 lpm FR: 27 rpm Sat 02: 91% basal. Estable HDM con tendencia a la HTA. Auscultación cardíaca normal, sin soplo ni roce pericárdico. MVC con hipofónesis bilateral. Rx con signos de congestión pulmonar. Exploración abdominal normal. Signos leves retrógrados de IC. Refiere dolor moderado opresivo (EVA de 7) similar a los previos con sudoración y náuseas en el momento de la exploración. ECG muestra elevación del segmento ST en derivadas V2, V3 y V4. Ecocardiograma que muestra hipocinesia anterior con FE conservada. Analítica con niveles de enzimas positivas.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome coronario agudo con elevación del ST. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se orienta como un SCAEST, debido a la clínica que presenta la paciente, a criterios electrocardiográficos y a los marcadores de lesión miocárdica positivos. La elevación del segmento ST en el ECG es un criterio de lesión subepicárdica en este caso en cara anterior del corazón.

CONCLUSIONES: El SCAEST es una forma de presentación clínica de la cardiopatía isquémica producido por una rotura de una placa de ateroma que provoca una oclusión completa de la arteria afectada y una necrosis del tejido coronario que irriga dicha arteria. A la paciente se le realiza coronariografía urgente en la cual se coloca stent farmacoactivo en la arteria descendente anterior. Posteriormente ingresa en unidad de cuidados intensivos coronarios.

PALABRAS CLAVE: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, LESIÓN MIOCÁRDICA, DOLOR PRECORDIAL.

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS ASOCIADAS AL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN

ANDREA REPISO PORRAS, DESIRE RIVERA LOPEZ, IRENE RAMOS AMAYA

INTRODUCCIÓN: Una patología congénita cardíaca, es una deformidad en la estructura del corazón que está presente en el momento del nacimiento. Puede afectar a las paredes del corazón, las válvulas cardíacas, las arterias y venas cercanas al corazón o al sentido y velocidad del flujo sanguíneo. La patología del Síndrome de Down (SD) es una anomalía cromosómica que consiste en una trisomía del cromosoma 21. La probabilidad de que exista una cardiopatía congénita en niños con síndrome de Down es entre 40 – 60%, lo que hace que sea una de las principales causas de morbimortalidad en el niño.

OBJETIVOS: Analizar la prevalencia de las distintas malformaciones cardíacas congénitas más frecuentes en niños con Síndrome de Down.

METODOLOGÍA: Se lleva a cabo una revisión bibliografía en las siguientes bases: datos de pubmed, scielo y medline. Además se utilizan algunos criterios de inclusión y exclusión.

RESULTADOS: Todos los autores coinciden en que las cardiopatías más frecuentes en los niños con Síndrome de Down son: defecto septal atrioventricular, defecto septal ventricular, comunicación interauricular, ductus arterioso permeable, coartación de la aorta y tetralogía de Fallot. De todas estas la enfermedad que más se produce en el niño con el SD es el defecto septal atrioventricular con un 33% seguida muy de cerca por la comunicación interauricular con un 27% y el defecto septal ventricular con un 24%. En un porcentaje menor se encuentra el ductus arterioso permeable, la coartación de la aorta y la tetralogía de fallot, todas con un 5%.

CONCLUSIÓN: Varios autores coinciden en que existe una correlación positiva entre padecer una enfermedad cardíaca congénita y la existencia del Síndrome de Down en el niño. Siendo el defecto septal atrioventricular la enfermedad con mayor probabilidad de padecer el niño.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROM DE DOWN, PREVALENCIA, CARDIOPATÍA CONGENITA, MALFORMACIÓN CARDÍACA.

USO DE NITROGLICERINA INTRAVENOSA EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

SHEILA MARÍA COBOS MARCOS, MARTA FAURA SALAS, FRANCISCO SANCHEZ HERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: El dolor torácico es motivo frecuente de consulta en urgencias. Existen múltiples causas que pueden no tener importancia o ser patologías graves con alta mortalidad. Los nitratos orgánicos se llevan utilizando desde hace más de 100 años para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares por su efecto relajante del músculo liso endotelial.

OBJETIVOS: Revisión bibliográfica del uso de la Nitroglicerina IV en el síndrome coronario agudo tanto con elevación del ST como sin esta.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica realizada durante los meses de enero y febrero en las bases de datos cuiden, pubmed y scielo con las palabras clave “SÍNDROME CORONARIO AGUDO”, “SCACEST”, “SCASEST”, “NITROGLICERINA”. Las fórmulas de búsqueda han sido “SÍNDROME CORONARIO AGUDO” AND “NITROGLICERINA”; “SCACEST” AND NITROGLICERINA”; “SCASEST” AND “NITROGLICERINA”. Criterios de inclusión: publicación posterior a 2010, idioma español.

RESULTADOS: Para el alivio inicial del SCA y sus síntomas se utiliza nitroglicerina sublingual o en spray, siempre que haya ausencia de hipotensión. Después de realizar los primeros pasos, cuando el paciente ha sido estabilizado, es el momento de utilizar Nitroglicerina intravenosa que por su efecto vasodilatador reduce la poscarga, disminuye el trabajo cardíaco y los requerimientos de oxígeno miocárdico, aliviando, de esta forma, la isquemia miocárdica. La dilución habitual para perfusión continua en caso de SCA es de 30mg en 500cc de Suero Salino Fisiológico. Se suele iniciar la perfusión a 21ml/h y se va disminuyendo progresivamente hasta pararla cuando desaparecen los síntomas o lo cree necesario el doctor.

CONCLUSIÓN: Esto reduce la sensación de presión y dolor en el pecho que sufren los pacientes, además de disminuir la tensión arterial en los casos en la que la tengan alta, por eso es importante no administrarlo en casos de hipotensión.

PALABRAS CLAVE: SCACEST, SCASEST, NITROGLICERINA, SINDROME CORONARIO AGUDO.

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA: CAQUEXIA CARDÍACA

MARIA JOSEFA CASTELLET FRANCO, MARIA DE LOS ANGELES CARRASCO MOSCOSO,
MARÍA JOSE ÁLVAREZ PINO

INTRODUCCIÓN: Los pacientes que sufren insuficiencia cardíaca de carácter crónico (ICC) se enfrentan al riesgo de padecer desnutrición; esto es frecuente pero si además se unen otros factores (como por ejemplo factores metabólicos, inmunológicos e inflamatorios) se podría llegar a producir caquexia cardíaca. La importancia de esto radica en que la caquexia cardíaca se asocia a mayor morbilidad.

OBJETIVOS: Analizar la intervención enfermera encaminada a optimizar el estado nutricional del paciente con ICC desnutrido pudiera mejorar su pronóstico.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica desde el año 2012 hasta la actualidad; mediante las bases de datos: Pubmed, Scielo y Dialnet. Se han utilizado buscadores como: Cochrane Library en español, Google, Google Scholar y Gerión. Se utilizan como descriptores: Insuficiencia Cardíaca, Caquexia, Enfermería Cardiovascular, Atención de Enfermería.

RESULTADOS: Las causas de la caquexia cardíaca son diversas (falta de apetito, molestias digestivas y activación inflamatoria, entre otras) pero en general se asocian al estado catabólico impuesto por la enfermedad. Para una intervención adecuada es primordial realizar una evaluación del estado nutricional del paciente que diagnosticará su situación nutricional. Se observa que tras la intervención enfermera aumenta la calidad de la alimentación del paciente, por tanto disminuye el riesgo de desnutrición, y realizar un seguimiento posterior nos asegura el éxito.

CONCLUSIÓN: Actualmente, su tratamiento no es otro que el de la propia ICC, pero tras esta revisión podemos incluir la intervención nutricional por parte de Enfermería como parte del abordaje integral del paciente con ICC para evitar la desnutrición y la caquexia cardíaca.

PALABRAS CLAVE: CAQUEXIA, INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA, INTERVENCIÓN ENFERMERA, MALNUTRICIÓN.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE DEPRESIÓN TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

MARIA DEL CARMEN DEL MORAL LECHUGA, MARIA DEL CARMEN GÓMEZ ÁLVAREZ,
CLARA GARZÓN BOCH

INTRODUCCIÓN: Se ha determinado que la aparición de síntomas depresivos durante la recuperación del infarto agudo de miocardio tiene un efecto pronóstico directo en la rapidez de la recuperación de la enfermedad.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo científico es facilitar a los profesionales de enfermería una identificación temprana de los síntomas depresivos tras un infarto agudo de miocardio. Lo cual facilitará la implantación de un tratamiento multidisciplinar de manera temprana evitando así la evolución de los síntomas depresivos y su influencia negativa en el proceso de recuperación del IAM.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio descriptivo de revisión bibliográfica de las evidencias científicas proporcionadas por varias bases de datos como MEDLINE, CUIDEN, EMBASE y The Cochrane Library desde el año 2006 hasta 2016.

RESULTADOS: La prevención va dirigida a valorar los aspectos psicológicos, lograr la comunicación terapéutica y promover conductas de autocuidado, apoyo social y motivación. La mejor herramienta para el personal de enfermería a la hora de detectar de forma temprana los síntomas de depresión es la valoración de enfermería, pues esta nos permite abarcar todos los ámbitos involucrados en la misma. -Antecedentes biopsicosociales del paciente (valora el funcionamiento biológico, psicológico y social) -Antecedentes psiquiátricos -Espiritualidad - Factores que aumentan la probabilidad de presentar depresión. -Coexistencia con una enfermedad crónica - Alteración en el ritmo de vida - Características personales- familiares -Valorar el grado de autonomía -Capacidad física-laboral -Su estado mental -Valoración del Comportamiento y estado general -Estado del ánimo.

CONCLUSIÓN: Un diagnóstico precoz de depresión en pacientes que han padecido infartos agudos de miocardio aumenta el funcionamiento social y personal del paciente, mejoran la adherencia al tratamiento y la calidad de vida y disminuye los reingresos hospitalarios.

PALABRAS CLAVE: VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO, IAM, ENFERMERÍA.

INTERVENCIÓN ENFERMERA FRENTE AL EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

MARIA INMACULADA VAZQUEZ MARQUEZ, CRISTINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, YOLANDA QUINTANA DOMINGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 70 años que ingresa en la unidad de cardiología sufriendo disnea que aumenta con el esfuerzo, edema de miembros inferiores e intolerancia a la actividad y oliguria. Sus antecedentes personales son insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física aportó los siguientes datos: TA: 155/85; FC: 88; FR: 24; saturación de oxígeno: 93%, glucemia: 1,30. Pusos periféricos en miembros inferiores presentes. Se halla evidencia de crepitantes tras la auscultación torácica. Un escaner de vejiga muestra retención urinaria de 840 ml. La analítica sanguínea presenta niveles altos de sodio.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia cardíaca. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos recogidos anteriormente, se manifestó la posible existencia de los diagnósticos enfermeros de retención urinaria relacionada con obstrucción y manifestada por la ausencia de diuresis; y el de exceso del volumen de líquidos relacionado con fallo en los mecanismos reguladores y manifestado por edema, disnea e ingesta de líquidos mayor a la excretada. Debido a que nos encontrábamos ante un desequilibrio hídrico, con origen en la insuficiencia cardíaca, se decidió intervenir sobre el segundo diagnóstico, con lo cual, la retención urinaria quedaría resuelta al mismo tiempo.

PLAN DE CUIDADOS: Las intervenciones enfermeras tuvieron como objetivo el manejo de la hipervolemia. Para ello fue necesaria la colocación de sondaje vesical. Asimismo, se monitorizó el balance hídrico, anotando los volúmenes de diuresis y de entrada de líquidos. Además se estableció una restricción de líquidos de 1,5 litros y se administraron diuréticos intravenosos.

CONCLUSIONES: La insuficiencia cardíaca tiene un fuerte impacto en España, suponiendo la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años. La promoción de estilos de vida saludables es indispensable en la enfermería comunitaria, con el objetivo de reducir el impacto de la enfermedad y aumentar la calidad de vida de la población.

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA CARDÍACA, SONDAJE VESICAL, RETENCIÓN URINARIA, EXCESO, VOLUMEN LÍQUIDOS.

INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA: ENFERMEDAD CORONARIA DE DOS VASOS

SILVIA GARCÍA MONTILLA, ROCÍO PAREJO MONTES, INMACULADA MARTIN-ROMO MEJIAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 71 años con HTA, DM tipo I, DLP e insuficiencia venosa. En tratamiento con: AAS 100 mg, losartan 100 mg, seguril 40 mg, humalog. Desde hace un mes refiere disnea hasta hacerse de reposo en la última semana. Edematización de MMII, disminución del ritmo de diuresis y nicturia. No presenta disnea paroxística nocturna ni ortopnea. No dolor torácico, ni palpitaciones, ni síncope. Refiere mucosidad blanquecina en garganta sin fiebre.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 129/73, FC: 95, SatO₂: 92% con oxigenoterapia (GN 2L). Taquipneico en reposo. Regular tolerancia al decúbito. MMII edematizados. ECG con QRS estrecho, ST pendiente descendiente 1mm en V4-V6, II. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo de diámetros ligeramente aumentados, hipertrofia septal ligera. Hipoquinesia global más marcada en segmento medio inferior e inferolateral y en fracción de eyección severamente deprimida por estimación visual. FA rápida. Coronariografía: Dominancia derecha. Coronaria derecha con placa complicada con disección intraluminal en tercio medio. Lesión severa en tercio proximal.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia coronaria cardíaca y enfermedad coronaria de dos vasos (DAp y CDm).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Disnea.

CONCLUSIONES: En este caso se realizó una intervención coronaria percutánea (ICP) a nivel femoral, con implantación stent farmacoactivo en CD y DA con buen resultado angiográfico final.

PALABRAS CLAVE: CORONARIA, ENFERMEDAD, VASOS, INTERVENCIÓN, PERCUTÁNEA.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTE GERIÁTRICO

MARIA VICTORIA GONZALEZ RODRIGUEZ, HELENA RUIZ MARIN, MARIA ELENA VEGA RUIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 70 años, con antecedentes de dislipemia, fumador de 1,5 paquetes/día. Ingresa en urgencias por dolor centrotorácico tipo opresivo, irradiado a espalda y acompañado de cortejo vegetativo. Refiere que empezó aproximadamente hace 3 horas con sudoración, náuseas y mareo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Palidez, sudoración e intranquilidad. Consciente y orientado. Electrocardiograma: Elevación de ST en cara inferior y descenso en V2-V4. Se realiza fibrinólisis. Analítica: Hb: 14.5; Hto: 43.9 BQ: glucosa 113, urea 31, creat 0.8, Iones normales. Enzimas cardíacas seriadas con valores pico de: CK: 2422, troponina I: > 50. Coronariografía: CI que sale del seno coronario derecho con ostium independiente a CD. CI sin lesiones. CD con lesión severa en tercio proximal y media. Cateterismo cardiaco: Ventrículo izquierdo dilatado con disfunción leve por aquinesia inferior. (Vtdi 113; Vtsi59 (FE 47%) PtdVI 26mmHg.

JUICIO CLÍNICO: Infarto agudo de miocardio con elevación de segmento ST (IAMCEST). **PLAN DE CUIDADOS:** Sobre coronaria derecha se realiza angioplastia coronaria transluminal percutánea y se implanta stent Multilink 3.5 *12Mm con disección proximal por lo que se implanta stent Xience 3.5*12Mm con buen resultado. Sobre coronaria derecha media se realiza angioplastia transluminal percutánea con buen resultado.

CONCLUSIONES: El infarto agudo de miocardio es la principal causa de muerte de hombres y mujeres en todo el mundo. Es de gran importancia para las entidades de salud, crear programas de promoción y prevención especialmente en aquellos grupos vulnerables a padecer un infarto agudo de miocardio, como son: edad de 45-54 años, con antecedentes de alto riesgo como la hipertensión, consumo de café, tabaco, alcoholismo, entre otros. Estos programas deben estar encaminados a la modificación de los hábitos y estilo de vida de estos pacientes, para de esta manera disminuir el riesgo o las probabilidades de presentar IAM.

PALABRAS CLAVE: INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, REVASCULARIZACIÓN CORONARIA DERECHA, CATETERISMO, STENT CONVENCIONAL Y FARMACOACTIVO.

EPIGASTRALGIA EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD

ELENA RUIZ GALLARDO, ANA FERNÁNDEZ HUERTAS, MARÍA DE LOS REYES BARRERA RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 58 años de edad que acude al servicio de urgencias por deterioro del estado general, y que refiere llevar varios días con gastroenteritis aguda. En el momento de la atención sufre un fuerte dolor en epigastrio, náuseas y diarrea. Nuestra primera intervención es canalizar una VP para administrar sueroterapia y analgesia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tomamos las constantes: - TA: 150/90 - GC: 130mg/dl - SatO₂: 99% - Afebril - Extraemos analítica de sangre. En la entrevista, el paciente nos cuenta que es diabético, que lleva desde esta mañana con un fuerte dolor de estómago y que la analgesia no le alivia. Procedemos a la realización de un ECG en el que no hay hallazgos significativos. Tras un par de horas en observación y sin ninguna mejoría recibimos el resultado de la analítica y objetivamos una elevación de las enzimas cardíacas.

JUICIO CLÍNICO: Infarto agudo de miocardio enmascarado por diabetes mellitus. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dolor en epigastrio por GEA.

PLAN DE CUIDADOS: Tras la confirmación del diagnóstico procedemos a administrar el siguiente tratamiento: - Clopidogrel 300mg VO - AAS 300mg VO - Perfusión IV de solinitrina.

CONCLUSIONES: En este caso la anamnesis puede confundirnos un poco ya que se da la coincidencia de que el paciente lleva varios días con síntomas digestivos y nuestra primera sospecha es que pueda estar deshidratado o con dolor debido a este proceso. Pero la extracción de sangre para analizar enzimas cardíacas fue decisiva, ya que al ser el paciente diabético no sufría síntomas característicos de dolor torácico.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, EPIGASTRIO, INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, DIABETES.

FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

INMACULADA CANTERO CORREDOR, LAURA ESPEJO RODRIGUEZ, BEGOÑA GAMAZA PEREZ

INTRODUCCIÓN: Se denomina cardiopatía isquémica a una de las causas más significativas de muerte en el mundo. Se relaciona con factores de riesgo tales como: el sedentarismo, las dietas inadecuadas, el aumento de la adiposidad, el tabaquismo, la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial no controlada. Dicha mortalidad ha descendido progresivamente a lo largo de los años por los avances en el tratamiento y en la prevención, la cual requiere una gran dosis de voluntad y cambios en el estilo de vida.

OBJETIVOS: Analizar el papel de la enfermería para prevenir la aparición de cardiopatía isquémica y facilitar las herramientas necesarias para dicha prevención.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en las principales bases de datos tanto a nivel nacional como internacional tales como: Pubmed, Scielo, Cuiden, publicados en los últimos 10 años.

RESULTADOS: El papel de enfermería en la prevención de la cardiopatía isquémica se basa fundamentalmente en detectar aquellos factores de riesgo relacionados con conductas no saludables siendo imprescindible por ello fomentar la educación sanitaria, con aspectos tales como: Motivar al paciente a realizar ejercicio regularmente para mantener el sistema cardiovascular en forma. Consumir una dieta sana: recomendando consumir abundantes frutas y verduras, cereales integrales, carnes magras, pescado, legumbres, poca sal y azúcar. Evitar el consumo de tabaco: el riesgo de IAM empieza a disminuir inmediatamente después de dejar de consumir tabaco y en solo un año se puede reducir a la mitad. Controlar su riesgo cardiovascular mediante: control de la tensión arterial, del colesterol en sangre y midiendo el azúcar.

CONCLUSIÓN: Es de gran importancia que la enfermería detecte aquellos estilos de vida poco saludables y factores de riesgo cardiovascular, usando una comunicación adecuada y accesible al paciente para que comprenda la gravedad de poseer dichos factores de riesgo y las herramientas para prevenirlos y reducirlos.

PALABRAS CLAVE: PREVENCIÓN, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, HIPERTENSIÓN, DIABETES.

PREPARACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE PREVIO AL CATETERISMO CORONARIO

IRENE SANCHEZ FERNANDEZ, ANA BELÉN MÁRQUEZ ROMERO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad coronaria sigue constituyendo una de las principales causas de mortalidad en los países desarrollados. Ello conlleva un aumento en la realización de coronariografías tanto diagnósticas como terapéuticas. Dentro de la cardiología, el cateterismo cardíaco está considerado como una de las pruebas más importantes en la actualidad y la Enfermería juega un papel primordial en los momentos previos al mismo. Es por eso que debe estar formada en los cuidados que se deben prestar al paciente antes de la intervención.

OBJETIVOS: Identificar los principales cuidados de enfermería a realizar a un paciente antes de la realización de un cateterismo cardíaco y establecer un protocolo de actuación para unificar dicha preparación en nuestro centro.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema en diferentes bases de datos (Medline, PubMed, Cuiden, Cochrane y Scielo).

RESULTADOS: De entre toda la bibliografía encontrada referente a la preparación del paciente antes de ser sometido a un cateterismo coronario se ha elaborado un protocolo con los principales cuidados a los que deben ser sometidos nuestros pacientes antes de entrar en la sala de Hemodinámica.

CONCLUSIÓN: Una buena preparación del paciente es fundamental para el buen desarrollo de este procedimiento. Dado que el personal de enfermería es el responsable de la preparación previa del paciente es fundamental que posea los conocimientos necesarios para ello de una manera clara y estructurada.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ENFERMERIA, PACIENTE, CATETERISMO, PREPARACION.

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

TANIA ORTIZ GARCIA, MARIA JOSE REINA SANCHEZ, ROCIO AVELLO GARCIA, JUAN CARLOS PRIETO GALVEZ, CARLOTA LAMILLA BUADES, PAULA CANO SOLANO, JAVIER AMADOR MORALES, JORGE VALLEJO DE LA CUEVA, CRISTINA CRESPO IMAZ, JORGE PEREZ MARTINEZ, SILVIA GONZÁLEZ BELCHÍ, MANUEL PLAZA SANTIAGO

INTRODUCCIÓN: Hablamos de síndrome coronario agudo cuando existe una ruptura o erosión de una placa de ateroma en las arterias coronarias. El síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST consiste en la ruptura de la placa de ateroma con la consiguiente oclusión completa de la arteria coronaria lo que provocará una reducción brusca del flujo coronario e infarto del territorio miocárdico irrigado por dicha arteria responsable del infarto.

OBJETIVOS: Analizar cómo realizar el diagnóstico y cual es tratamiento de elección.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de publicaciones científicas sobre el tema en bases de datos tales como: El buscador de Google Académico, Cuiden, Dialnet, Elsevier. Se limitó la búsqueda a este pasado año, 2017. Para la búsqueda se han introducido los descriptores: “síndrome coronario”, “infarto”, “Scacest”, “angioplastia primaria”.

RESULTADOS: Como muestra la literatura consultada las herramientas clave para el diagnóstico son la clínica del paciente (dolor, disnea, sudoración, ...), el electrocardiograma precoz y la determinación de marcadores de lesión miocárdica (troponina). Por otro lado respecto al tratamiento en primer lugar se tendrá que estabilizar al paciente, iniciar la doble antiagregación lo antes posible con ácido acetilsalicílico y un inhibidor del receptor plaquetario P2Y (ticagrelor, prasugrel, clopidogrel) durante un año, y tras ello realizar una angioplastia primaria o una fibrinólisis.

CONCLUSIÓN: Destacar que siempre que sea posible el tratamiento de elección es la angioplastia primaria y que es vital minimizar los tiempos para conseguir una revascularización temprana.

PALABRAS CLAVE: SINDROME CORONARIO, INFARTO, SCASEST, ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

FOCOS MÚLTIPLES DE TAQUICARDIA AURICULAR DURANTE ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES

MARCOS FERNÁNDEZ GARCÍA, PILAR BELLANCO ESTEBAN, MARIA CASSIA NARANJO RATIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 36 años, sin factores de riesgo cardiovascular y sin cardiopatía estructural. En seguimiento por episodios de fibrilación auricular paroxística y taquicardia auricular. Estudio electrofisiológico previo documentándose taquicardia auricular de origen izquierdo, siendo programada para nuevo estudio con sistema de navegación Carto 3.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Acceso femoral derecho e izquierdo ascendiendo catéter tetrapolar deflectable ubicándolo en His y realizando doble punción transeptal. Se asciende catéter con sensor de presión Smartouch y catéter Lasso. Se inicia en taquicardia auricular con LC de 380 ms y conducción 1:1 con P de morfología positiva inferior y V1, negativa en aVR. Se realiza mapa electroanatómico de activación de aurícula izquierda, localizando mayor precocidad en el ostium de vena pulmonar superior derecha, realizando aplicación de radiofrecuencia con paso a ritmo sinusal (imagen 1). Se procede posteriormente a realizar ablación con radiofrecuencia lineal en el antro-ostium de las venas pulmonares derechas y su carina y en las izquierdas hasta lograr el bloqueo bidireccional de la conducción eléctrica. Durante el mapeo se induce una segunda taquicardia auricular con una LC de 420 ms con mayor precocidad a nivel de anillo mitral anteroseptal, donde se aplica radiofrecuencia, pasando a una tercera taquicardia auricular con una LC de 490 ms. Se realiza nuevo mapa de activación encontrándose la mayor precocidad a nivel de zona alta de crista terminalis, realizándose nueva aplicación de radiofrecuencia (imagen 2). Pasando a ritmo sinusal estable y finalizándose el procedimiento sin complicaciones.

JUICIO CLÍNICO: Ablación de taquicardia auricular multifocal y ablación de venas pulmonares.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Taquicardia auricular. Fibrilación auricular. Flutter atípico.

PLAN DE CUIDADOS: Buena evolución posterior sin recidivas.

CONCLUSIONES: Caso complejo con múltiples focos de taquicardia auricular de orígenes dispersos, en el que se destaca la utilidad de los sistemas de electronavegación que nos permitieron la ablación exitosa de los mismos.

PALABRAS CLAVE: ATRIAL FIBRILLATION, TACHYCARDIA, ECTOPIC ATRIAL, ABLATION CATHETER.

BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR DE TERCER GRADO EN PACIENTE ADULTO

LAURA RUFINO VALENCIA, OLGA FLORES MUÑOZ, JOSE ADDISON FLORIDO NASSAU

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 62 años acude a urgencias por varios episodios sincopales por la mañana. Refiere dolor torácico, malestar general y sudoración. Sus antecedentes personales son: Hipertensión arterial, y TVP hace 3 años.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física general fue la siguiente: TA 149/82 mmHg, FC 49 ppm, Sat O₂ 93%, Glucemia capilar 136 mg/dl. Se realiza un EKG y análisis de sangre completo.

JUICIO CLÍNICO: Bloqueo auriculoventricular de tercer grado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El EKG muestra que algunas ondas P no conducen una onda QRS, esto da lugar a pensar en bloqueo AV de segundo grado Mobitz II, pero tras dos episodios de asistolia el diagnóstico es bloqueo de tercer grado intermitente.

PLAN DE CUIDADOS: Ponemos marcapasos externo para evitar episodios de asistolia. Canalizamos VVP y empezamos con el tratamiento de aleudrina y midazolam IV Se pone gafas nasales a 2 litros. Y cursamos ingreso en unidad de hemodinámica para marcapasos definitivo.

CONCLUSIONES: En el bloqueo auriculoventricular de Tercer Grado (Completo) se produce una interrupción total de la conducción AV, provocando una desconexión eléctrica entre las Aurículas y los Ventrículos. Las aurículas son estimuladas por el nodo sinusal, si no hay otra alteración, mientras que los ventrículos son estimulados por un ritmo de escape en algún punto distal al sitio del bloqueo. En el EKG se pueden ver Intervalos PP y RR regulares. Las Ondas P y los complejos QRS no guardan relación entre ellos. Los bloqueos completos que se han manifestado con sincopes tienen muy mal pronóstico por lo que se requiere un marcapasos definitivo en el menos tiempo posible.

PALABRAS CLAVE: CUIDADO, CARDIOLOGÍA, SÍNCOPE, DOLOR TORÁCICO.

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DE ST INFERIOR

ESTEFANIA CRUZ CASTRO, CRISTINA LOPEZ OLIVARES, ANA POZO MARTIN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 77 años, refiere pérdida de conocimiento súbita sobre las 17h, sin relajación de esfínteres. Niega dolor torácico previo al mareo. Esta con tratamiento antibiótico e inhaladores en contexto de bronquitis aguda. Se realiza electrocardiograma que muestra elevación del ST en III y AVF y descenso especular en I y AVL. Avisan para valorar por UCI: síncope con ritmo Nodal a 33 pulsaciones. TA 105/75mmHg, Ingurgitación yugular severa. Realizo eco cardiografía que muestra un ventrículo derecho acontractil un ventrículo izquierdo con una FE normal. No alteraciones valvulares. No aprecio alteraciones en la aorta que no esta dilatada y no tiene signos aparentes de complicaciones mecánicas. Decido realizar fibrinólisis sistemática con 6500J de TNK e ingreso en UCI. Se informa a la familia de la gravedad. Al ingreso en UCI nueva bradicardia que recupera al aumentar la pauta de dopamina, continúa con elevación de ST y ya en fibrilación auricular que es su ritmo propio a 125 pulsaciones, iniciamos descenso de dopamina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Estado general estuporoso, pálida, impresiona de afectación estado general. Mínimo dolor torácico. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos, no ausculto soplos. Pulsos pedios fuertes pero lentos. Respiratorio: No signos de tromboembolismo pulmonar. Mortalidad estimada 8%. Electrocardiograma: bradicardia a 30 pulsaciones ascenso ST III. Trastorno en la repolarización en la cara anterior.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome coronario agudo con elevación de ST inferior. Bradicardia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras 150 minutos postfibrinólisis la paciente continua con el ST elevado 2mm en aVF y 3mm en III, sin apenas dolor torácico. Aviso al hemodinamista de guardia que aboga por esperar salvo complicaciones. A las 14h de la fibrinólisis, se normaliza el ST, onda Q en cara inferior, pico de troponina I de más de 82mg/ml de forma precoz. Se contacta con Servicio de hemodinámica aceptando a la paciente para realizar cateterismo.

PLAN DE CUIDADOS: Fibrinólisis en alto riesgo. Cateterismo preferente.

PALABRAS CLAVE: CATETERISMO, ELECTROCARDIOGRAMA, CUIDADOS INTENSIVOS, DOLOR TORÁCICO.

MIOCARDIOPATÍA DILATADA SEVERA CON DISFUNCIÓN SISTÓLICA EN PACIENTE PERINATAL

ESTEFANIA CRUZ CASTRO, ANA POZO MARTIN, CRISTINA LOPEZ OLIVARES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 10 meses, perinatal sin incidencias salvo estudio por soplo con diagnóstico de Ductus arterioso permeable mínimo con flujo izquierda- derecha y foramen oval permeable. Realizadas dos ecocardiografías. Ingreso el 16 noviembre 2017 por insuficiencia cardiaca, demostrándose miocardiopatía dilatada, con FE del 35%, sospechándose miocarditis de origen vírico. Ingreso el 25 de noviembre 2017 por descompensación de insuficiencia cardiaca por sobreinfección, se aísla enterovirus en aspirado nasofaríngeo. Ingreso en UCIP, ventilación mecánica, drogas vasoactivas. Dada el alta con FE del 40%. Actualmente en cardiología infantil por miocardiopatía dilatada severa con disfunción sistólica probablemente secundaria a miocarditis. Vista el 10 enero 2018 con FEVI 46% con tratamiento, captopril 1mg/ml, espironolactona 25mg/ml, carvedilol 0.625Mg/ml En la actualidad acude a urgencias por encontrarla decaída, cansada, irritable, algo pálida. Más taquipnea , se decide ingreso para observación. Progreso deterioro del estado general.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Valoración respiratoria: FR 60rpm, ritmo taquipnea, SatO₂ 100% con FiO₂ de aire ambiente. Valoración hemodinámica: FC 160-170 lpm. Ritmo taquicardia sinusal. Relleno capilar 2 segundos. Coloración central y periférica normal. Pulsos centrales y periféricos presentes. Valoración neurológica: Glasgow/Raimondi 15/15, pupilas: isocóricas, normoreactivas. Signos meníngeos: NO. Abdomen: normal. Hidratación. Mucosas secas y diuresis disminuida. Se realiza analítica completa. Cardiomegalia similar.

JUICIO CLÍNICO: Miocardiopatía dilatada severa con disfunción sistólica. **PLAN DE CUIDADOS:** Hemodinámico : se constata taquicardia importante 180lpm, manteniendo buenas tensiones, con buena perfusión periférica pero con empeoramiento claro del estado general. Se realiza ecocardiografía en la que se aprecia FE<20%, por lo que se inicia tratamiento con Levosimendan, disminuyendo FC y láctico, aunque persiste irritabilidad disminuyendo Sat <50% y progresiva polipnea. Se procede a intubación endotraqueal y se asocia tratamiento con dopamina y milrrinona. Neurológico: sedación con midazolam y fentanest. Hematológico: Anemización, se requiere trasfusión de concentrado de hematíes. Hidroelectrolitos: tras intubación y apoyo inatrópico inicia diuresis buena, aunque ha precisado furosemda para balances positivos.

PALABRAS CLAVE: INFANTIL, SALUD, TRATAMIENTO, CARDIOPATÍA.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

MARÍA FRANCISCA MORENO ARANCE, MARIA JOSEFA DEL MORAL CASADO, MARÍA TERESA GONZÁLEZ CARMONA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 45 años de edad que acude a Consulta de Cardiología por presentar desde hace un año dolores torácicos atípicos que aumentan con el movimiento pero no con el esfuerzo. Refiere mucha ansiedad y nerviosismo porque cree que tengan que realizarle pruebas y esto la angustia ya que tiene dos niños pequeños y está en proceso de separación.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Prueba de esfuerzo positiva precoz y tras ello se realiza coronariografía que muestra oclusión completa de la descendente anterior proximal.

JUICIO CLÍNICO: Ansiedad (00146) e intolerancia a la actividad (00093). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** 00093 Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aporte y demandas de oxígeno.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: 0005 Tolerancia a la actividad (1-4). NIC: 0180 Manejo de la energía: Determinar las limitaciones físicas de la paciente. Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad. 1800 Ayuda con los autocuidados: Controlar la respuesta del oxígeno de la paciente a los autocuidados y actividades de cuidados por parte de otros. Proporcionar ayuda hasta que la paciente sea capaz de asumir el autocuidado.

CONCLUSIONES: Los programas de Rehabilitación Cardíaca han demostrado la mejora de la calidad de vida de las personas con cardiopatía isquémica. La educación sanitaria es un sustento fundamental junto al entrenamiento físico y el apoyo psicológico.

PALABRAS CLAVE: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, DOLOR TORÁCICO, ANSIEDAD.

ENFERMERÍA EN LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL PACIENTE CORONARIO

JOSÉ DANIEL GUALDA MARTÍN, MARIA DEL CARMEN CARMONA RIVAS, MARÍA DOLORES CARMONA SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: La enfermedad coronaria es la principal causa de muerte en hombres y mujeres en Estados Unidos. Ocurre cuando las arterias se endurecen y estrechan, debido a la acumulación de colesterol y otros materiales. Esto puede llevar a una angina o a un infarto. La depresión y ansiedad son dos situaciones frecuentes en pacientes con infarto o angina inestable con una prevalencia del 17-40% y del 24-31%, respectivamente.

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de la educación sanitaria. Determinar la prevalencia de la depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad coronaria. Evaluar la calidad de vida de estos pacientes.

METODOLOGÍA: Se consultaron diferentes bases de datos (Dialnet, ISOC Ciencias Sociales y Humanidades, IME Biomedicina, cinahl, Medline, PsycINFO, Pubmed Central). La búsqueda se cerró al intervalo 2007-2016. Según las bases de datos (nacional o internacional), se usaron descriptores en español (“ansiedad”, “calidad de vida”, “educación en salud”, “enfermedad coronaria”), en inglés (“anxiety”, “coronary disease”, “health education”, “quality of life”). Los criterios establecidos fueron: 1) Estudios que analicen la ansiedad y depresión en la población con enfermedad coronaria; 2) con acceso al texto completo; y 3) escritos en inglés, español o portugués. De un total de 50 publicaciones, fueron seleccionadas 45.

RESULTADOS: Los estudios muestran que la depresión y la ansiedad se relacionan con un deterioro en la calidad de vida de quienes sufren un infarto, aumentando los gastos en salud. En el año 2020 la cardiopatía isquémica y la depresión estarán en primer y segundo lugar como causa de morbilidad mundial.

CONCLUSIÓN: Enfermería tiene un papel decisivo en la educación sanitaria. Los tratamientos con antidepressivos conducen a una mejora en la calidad de vida, por lo que es necesario tener en cuenta al detectar síntomas de ansiedad y depresión los tratamientos concomitantes para la cardiopatía isquémica y la ansiedad y depresión.

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, CALIDAD DE VIDA, EDUCACIÓN EN SALUD, ENFERMEDAD CORONARIA.

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

JOSE MARIA NUÑEZ TRIGOS, IGNACIO DIAZ MIRA, ANTONIO RUFINO BALSERA TREJO

INTRODUCCIÓN: La necesidad de revisar protocolos a la hora de unificar criterios se vuelve fundamental para proporcionar cuidados de calidad. Por ello pretendemos que al ingreso del paciente coronario en nuestra unidad todos los profesionales involucrados manejen las herramientas necesarias para una atención integral.

OBJETIVOS: Analizar el protocolo ya existente con el fin de conocer material necesario a preparar, así como las intervenciones del personal de enfermería.

METODOLOGÍA: Utilizando como base nuestro protocolo de acogida al paciente coronario, realizamos una búsqueda bibliográfica en el buscador de Google académico y bases de datos como Pubmed, Cuiden y Scilio Palabras clave: UCI, Cardiología, paciente coronario, cuidados intensivos.

RESULTADOS: Material a preparar: Monitor, respirador, toma de oxígeno, equipo de aspiración, bombas de infusión y perfusores, EKG... Intervención de enfermería al ingreso: Identificación del paciente; monitorización; administración de oxígeno; verificación de catéteres venosos y/o arteriales; drenajes, ostomías, heridas y sondajes; controles analíticos y electrocardiográficos; valoración, planificación de cuidados de enfermería y registro en la historia. A pacientes conscientes es necesario aportarle un ambiente seguro: Debemos presentarnos, hablarle por su nombre, explicarle donde se encuentra así como los procedimientos que se le van a realizar... Acoger a la familia, presentarse, informar en lo que precisen aportar seguridad y entregar el documento con normas de funcionamiento de la unidad, dando importancia al descanso del paciente e incidiendo en los horarios y número de visitas.

CONCLUSIÓN: Al unificar criterios ponemos en valor todo el trabajo que realizan todos los profesionales que atienden al paciente, aportando seguridad tanto al propio paciente como a la familia, al mismo tiempo logramos facilitar el trabajo a los integrantes de la plantilla, como a nuevas incorporaciones así como a compañeros que acuden de la unidad de apoyo.

PALABRAS CLAVE: UCI, CARDIOLOGIA, PACIENTE CORONARIO, CUIDADOS INTENSIVOS.

REFRACTORY CONGESTIVE HEART FAILURE AFTER AORTIC VALVE REPLACEMENT: AORTIC ROOT TO LEFT ATRIAL FISTULA

JUAN SANCHEZ SERNA, MIRIAM GOMEZ MOLINA, ANA ISABEL RODRIGUEZ SERRANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: A 59 year-old woman was admitted to the hospital due to complaints of chest pain on exertion. The physical examination revealed a systolic murmur. A transthoracic echocardiogram showed severe aortic stenosis, important calcification of the mitroaortic junction and left ventricle hypertrophy with normal function. The patient underwent aortic leaflet excision and annular debridement followed by aortic valve replacement. The early postoperative period in the intensive care unit developed without any relevant complication. During her hospitalization symptoms and signs of congestive heart failure despite the use of high doses of intravenous loop diuretics were presented.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: The control transthoracic echocardiogram identified a prosthetic aortic valve with high gradients through it, left atrial enlargement with turbulent and continuous flow and severe pulmonary hypertension (estimated pulmonary artery pressure, 80 mmHg). In order to assess the prosthesis and the origin of the turbulent flow a transesophageal echocardiography was performed, showing preserved prosthetic function and an aortic wall defect above the aortic prosthesis, at the level of the noncoronary sinus, with a patent communication between the aortic root and left atrium with shunt throughout the cardiac cycle.

JUICIO CLÍNICO: Aorto-atrial fistula. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** The main differential diagnosis was prosthetic aortic disfunction.

PLAN DE CUIDADOS: We decided on transcatheter closure of the fistula under transesophageal echocardiogram control. A first attempt was made with an amplatzer septal occluder device but the prosthetic valve movement was restricted so the device was removed and a second attempt with an amplatzer vascular plug III device was performed with normal function of the prosthesis and with no residual shunt. After this procedure the congestive clinic progressively diminished, and the woman was finally discharged home.

CONCLUSIONES: Aorto-atrial fistula is a rare complication after aortic valve and aortic root surgery, most often after excessive debridement of calcium from the annulus that should be suspected in patients with poorly controlled heart failure.

PALABRAS CLAVE: AORTIC SURGERY, COMPLICATION, HEART FAILURE, ECHOCARDIOGRAPHY.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE SOMETIDO A CATETERISMO CARDÍACO

ANA ROSA TORRES LORENTE, TERESA FERNÁNDEZ FUNES, CRISTINA GUIL LORA

INTRODUCCIÓN: El cateterismo cardíaco es un procedimiento invasivo que consiste en la introducción de unos catéteres en la arteria radial o femoral (inyectando un líquido de contraste opaco) que se llevan hasta el corazón para valorar la anatomía del mismo y de las arterias coronarias, así como para ver la función, medir presiones de cavidades cardíacas o saber si hay válvulas alteradas.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados inmediatos que debe realizar el personal de enfermería a pacientes sometidos a un cateterismo cardíaco.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una búsqueda y revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed, Cochrane plus, Medline.

RESULTADOS: Al retirar el dispositivo arterial se debe realizar compresión de 10 minutos y colocar apósito compresivo. Cuando la vía de abordaje es la femoral, es preciso reposo absoluto en cama durante 24 horas después del procedimiento. Importante que el paciente no flexione ni movilice la extremidad. Si la vía de abordaje es la radial no es preciso reposo en cama, solo mantener la mano inmovilizada 4 horas y evitar grandes esfuerzos. Se revisará el apósito cada 30 minutos las dos primeras horas y después cada 6 hasta la retirada del mismo, con el fin de observar si hay hematomas o hemorragias y ver aspecto y temperatura del miembro. Necesario controlar constantes vitales, pulsos distales, diuresis, aparición de dolor agudo en la zona de punción y mantener la hidratación adecuada.

CONCLUSIÓN: El establecimiento de un plan de cuidados de enfermería, facilita y mejora la atención del paciente sometido a cateterismos, dando como resultado una mayor calidad en los cuidados prestados, así como una disminución de las complicaciones.

PALABRAS CLAVE: CATETERISMO CARDÍACO, CATÉTERES, ARTERIAS, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

INTERVENCIONISMO CORONARIO GUIADO POR IMAGEN INTRAVASCULAR EN LESIONES DE TRONCO COMÚN IZQUIERDO NO PROTEGIDO

MIRIAM GOMEZ MOLINA, ANA ISABEL RODRIGUEZ SERRANO, JUAN SANCHEZ SERNA

INTRODUCCIÓN: Estudios previos han indicado mejores resultados con el uso de imagen intravascular como guía para el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) en tronco común izquierdo (TCI).

OBJETIVOS: Evaluar el impacto del uso de la imagen intravascular en pacientes sometidos a implante de stent en TCI no protegido y compararlo con el ICP guiado únicamente por angiografía.

METODOLOGÍA: Estudio retrospectivo de pacientes con lesión severa del TCI no protegido sometidos a ICP en 2015 y 2016. Se comparó la población y los eventos adversos en el seguimiento en ambos grupos (con y sin imagen-intravascular): mortalidad cardiovascular, IAM-no-fatal y revascularización de la lesión diana(RLD).

RESULTADOS: Se realizó imagen-intravascular en 41 pacientes(35.6%) De un total de 115. Se utilizó ecografía intravascular (IVUS) en 26, tomografía coherencia óptica (OCT) en 17 y ambas técnicas en 2 pacientes. El grupo de tratamiento guiado por imagen tenía mayor tasa de pacientes con FEVI conservada, menor puntuación en la escala Syntax Score 1 y Syntax 2 para ICP, la indicación de coronariografía fue enfermedad coronaria estable en mayor porcentaje de pacientes y presentaba una tendencia a menor edad y menor necesidad de ICP urgente, comparado con el grupo guiado por angiografía. En el seguimiento (301 ± 158 días) la mortalidad cardiovascular fue menor en el grupo de imagen (12.2% Vs 28.4%, P: 0.04) Y este grupo presentó una tendencia hacia menor tasa de IAM-no-fatal (11% vs 15.9%, P: 0.079) Y de RLD (2.2% Vs 6.8%, P: 0.273). En el análisis multivariante, únicamente la FEVI normal fue predictor independiente de menor mortalidad.

CONCLUSIÓN: La ICP guiada con imagen intravascular para el tratamiento del TCI se realizó más frecuentemente en pacientes con menor comorbilidad y menor complejidad anatómica. Únicamente la FEVI conservada fue predictor independiente de la mortalidad. Son necesarios estudios adicionales poder corroborar la clara utilidad de la imagen intravascular en estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: INTERVENCIONISMO, CORONARIO, IMAGEN INTRAVASCULAR, RESULTADOS.

SOSPECHA DE MIOCARDITIS EN PACIENTE CON CUADRO GRIPAL

MARÍA DEL ROCÍO SAAVEDRA PAJUELO, ESTHER MOTA BOBIS, BEGOÑA ARZA VARO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 37 años con AP hipotiroidismo, que acude a médico de familia por fiebre de 40° de 24h, dificultad respiratoria y sensación de opresión torácica, no irradiado, tos con mucosidad clara, no ortopnea. Palpitaciones días previos. No consumo de tóxicos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: BEG, eupneica, temperatura 37,7°, ACR: tonos rítmicos a 130 lpm sin soplos, BMV bilateral, no se escuchan ruidos respiratorios patológicos. Abdomen normal. MMII no edemas ni signos de TVP. Pulso conservado. E. Neurológica dentro de la normalidad. TA: 120/70. Sat O2: 98% FC 130-140 LPM. ECG Taquicardia sinusal 135 lpm. T negativas en II, III, AVF, V4, V5 y V6.

JUICIO CLÍNICO: Posible miocarditis, cuadro gripal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Neumonía, SCA, TEP, pericarditis.

PLAN DE CUIDADOS: La paciente se derivó a centro hospitalario donde se le realizó analítica con neutrofilia 8.600. Enzimas cardiacas dentro de la normalidad. Rx tórax: índice cardiorácico normal, no derrames ni condensaciones. Valorada por cardiología realizando ecocardiografía dentro de la normalidad. Se dio de alta con analgésicos y reposo relativo 2 semanas y cita preferente con cardiología.

CONCLUSIONES: Ante clínica de dolor torácico en cuadro febril debemos realizar ECG y buen ACR para descartar patología cardíaca.

PALABRAS CLAVE: FIEBRE, TOS, DOLOR TORÁCICO, PALPITACIONES.

ESTATINAS EN LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS

MARIA MIRANDA LOZANO, GABRIEL DOMINGUEZ FERNANDEZ, MARIA INMACULADA BLANCO JIMENEZ

INTRODUCCIÓN: La arteriosclerosis es una afectación, producida por el acumulo de lípidos, colesterol y otras sustancias en la pared arterial. Estas acumulaciones se denominan placas. Al paso del tiempo pueden ocluir, total o parcialmente la luz arterial, provocando un síndrome coronario agudo (SCA).

OBJETIVOS: Revisar las propiedades de las estatinas y analizar su comportamiento cuando se administran a los pacientes que sufren un SCA.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en las bases de datos Elsevier; Scielo; Revista española de cardiología. Descriptores: síndrome coronario agudo, arteriosclerosis, pleiotropía genética/efectos de fármacos. Criterios de inclusión: español/inglés y publicaciones posteriores a 2011.

RESULTADOS: No existe un protocolo sobre la utilización de las estatinas en los SCA, así, la IV Directriz Brasileña sobre Dislipidemias y Prevención de la Arterioesclerosis de la Sociedad Brasileña de Cardiología 27, pondera lo siguiente sobre el uso de estatinas: para los individuos con SCA, dosis terapéutica LDL-C < 70 mg/dl. Las tasas de LDL-c se reducen significativamente pasadas las primeras 24 horas desde el inicio del evento agudo, y se retrasa cerca de tres meses para retornar a los valores previos.

CONCLUSIÓN: Es importante iniciar el tratamiento lo más inmediatamente posible, quizás en el mismo momento en que se atiende al paciente. Es esencial que el tratamiento con estatinas esté presente al alta del paciente, y es apropiado controlar las concentraciones lipídicas y la función hepática y renal al paso de unas semanas del alta.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME CORONARIO AGUDO, ARTERIOESCLEROSIS, PLEITROPÍA, EFECTOS DE FÁRMACOS.

COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS: ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

EVA MARIA NICOLAS LUCAS, RAQUEL PONS ORTEGA, PEDRO ANTONIO SANCHEZ ALCAZAR, CARMEN GARCIA ALBACETE, VERONICA VILLA AROCA

INTRODUCCIÓN: La importancia de las complicaciones vasculares reside en que son la primera causa de morbimortalidad de la diabetes mellitus (DM). La enfermedad arterial periférica (EAP) es la causa principal de la amputación no traumática y su incidencia es al menos 4 veces mayor en diabéticos que en no diabéticos, estando presente entre el 12% y el 20% de los diabéticos. La enfermedad arterial periférica es el conjunto de síntomas y signos clínicos presentes en una o en las dos extremidades inferiores secundarios a la obstrucción arterial secundaria a la aterosclerosis ocasionada por la DM.

OBJETIVOS: Determinar la enfermedad arterial periférica. Identificar los métodos más efectivos de tratamiento y de detección precoz de la EAP.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sistemática en diferentes bases de datos y revistas científicas sobre la enfermedad cardiovascular. Criterios de selección: Se seleccionan artículos relacionados con el tema, publicados entre los años 2000-2017. Los idiomas elegidos son el español y el inglés.

RESULTADOS: Para su detección precoz es aconsejable la realización de un doppler de las extremidades inferiores, midiendo el índice tobillo-brazo (ITB), a todo paciente diabético menor de 50 años con otro factor de riesgo cardiovascular (dislipemia, hipertensión, hiperhomocisteinemia, tabaco), entre 50-69 años con historia de DM o tabaco, a todos los pacientes mayores de 70 años. Todos aquellos que presenten síntomas con el ejercicio o dolor en reposo, evidencia en la exploración de alteración de pulsos arteriales y en aquellos pacientes con enfermedad coronaria, renal o carotídea conocida.

CONCLUSIÓN: El test ITB es el mejor método y el menos invasivo para diagnosticar la presencia de EAP, además, tiene valor pronóstico para la extremidad afectada y para el desarrollo de IAM durante el seguimiento.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA, DIABETES MELLITUS, ATEROGENESIS, DIAGNOSTICO PRECOZ.

TROMBOSIS FEMORAL TRAS REALIZAR ANGIOPLASTIA CORONARIA

EVA MARIA GORDITO DE LA CERDA, MARIA EUGENIA RODRIGUEZ SANTOS, NATALIA RODRIGUEZ SANTOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 64 años, hipertenso, dislipémico y fumador. Se realiza angioplastia coronaria sobre el tronco común con colocación de introductor. Tras el procedimiento, que fue por acceso femoral izquierdo, se detecta cianosis, frialdad, dolor y ausencia de pulso en la extremidad inferior izquierda.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Temperatura: 36.6°C Frecuencia Cardíaca: 109 lpm Frecuencia Respiratoria: 17 rpm Presión Arterial: 164/91 mmHg Peso: 71 kg Talla: 1.65 M Analítica: Leucocitos 6140, Hematíes 5.920, Hb 18.30 G/Dl, Hta 53.81%, Plaquetas: 193.000 Linfocito: 19.60% Neutrófilos: 65.9% Eco-doppler venoso: Signos ecográficos sugestivos de trombosis a nivel femoral en 1/3 proximal de extremidad.

JUICIO CLÍNICO: Se sospecha de trombosis arterial femoral tras cateterismo cardíaco. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Posible hematoma o pseudoaneurisma secundario a la cateterización de la arteria femoral común. Los pseudoaneurismas se observan normalmente en pacientes obesos, que no es el caso. Tras realizar ecografía Doppler se descartan.

CONCLUSIONES: Se realiza trombectomía urgente. En el postoperatorio inmediato la extremidad recuperó la perfusión. A las 72 horas el paciente presentó fiebre y secreción purulenta a través de la herida quirúrgica que obligó al drenaje de la misma y cierre por segunda intención con terapia VAC y tratamiento antibiótico. En diez días el tejido de granulación creció y el paciente se fue de alta. Es fundamental un buen control de constantes y cuidados de enfermería durante todo el proceso de la angioplastia coronaria, ello facilitó la detección precoz de la complicación vascular femoral, su óptimo tratamiento y se evitaron complicaciones posteriores. Los cuidados de enfermería individualizados procuraron una pronta recuperación del paciente y su posterior alta domiciliaria.

PALABRAS CLAVE: TROMBOSIS YATROGÉNICA, ANGIOPLASTIA CORONARIA, CATETERISMO CARDÍACO, COMPLICACIONES VASCULARES.

MIOCARDIOPATÍA DILATADA POR TAQUIARRITMIA

MARÍA PÉREZ ESLAVA, MARCOS FERNÁNDEZ GARCÍA, ELVIRA MARÍA FLORES CEBADA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón, 39 años, con antecedentes familiares de tíos paternos con fibrilación auricular, no hábitos tóxicos y sin antecedentes personales de interés ni tratamiento domiciliario. Acude a su centro de salud por disnea intensa y sensación de palpitaciones. Días previos cuadro catarral. Se realiza EKG detectando fibrilación auricular (FA) con respuesta ventricular rápida (RVR), pautándose digoxina intravenoso y atenolol 50mg sin control de la frecuencia, por lo que se deriva a SCCU. A la llegada al hospital, pautan perfusión de amiodarona sin control de la frecuencia cardíaca, así como comienza con signos de hipoperfusión, ingresando a cargo de UCI.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Auscultación cardíaca: Taquiarrítmia a unos 180 lpm, soplo mitral ligero, Auscultación pulmonar: Hipoventilación generalizada, crepitantes bibasales. Analítica sin hallazgos. Tac tórax urgente: Sin signos de TEP, cardiomegalia, derrame pleural y engrosamiento septal. Ecocardiograma: Miocardiopatía dilatada, con disfunción sistólica biventricular sin elementos de necrosis. Insuficiencia mitral severa. Cateterismo sin signos de necrosis.

JUICIO CLÍNICO: FA con RVR. Disfunción biventricular. Miocardiopatía dilatada (MCD).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Tromboembolismo Pulmonar; Taponamiento cardíaco; Infección respiratoria; Insuficiencia cardíaca; Síndrome Coronario Agudo.

PLAN DE CUIDADOS: Se realiza 3 cardioversiones eléctricas sin éxito. Un día posterior al ingreso el paciente sufre una fibrilación ventricular, que tras desfibrilación eléctrica recupera el ritmo sinusal. 48 Horas después el paciente vuelve a FA con respuesta ventricular ya controlada y se decide implantación de DAI por registrarse además taquicardias ventriculares autolimitadas.

CONCLUSIONES: La MCD es una enfermedad del músculo cardíaco que conduce a insuficiencia cardíaca, pudiendo degenerar a trasplante cardíaco por su mal pronóstico. La etiología más prevalente es la isquémica, siendo otras posibles causas infecciosas, metabólicas, tóxicas, hereditarias o por taquiarritmias como es el caso de nuestro paciente.

PALABRAS CLAVE: DISNEA, CARDIOPATÍA DILATADA, FIBRILACIÓN ATRIAL, INSUFICIENCIA CARDÍACA.

SÍNDROME DE DOWN Y CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

CARLOTA RÓDENAS TORRES, IRENE CORTÉS MARTÍNEZ, ALBA ABARCA ESTÉVEZ

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Down es un trastorno genético que se caracteriza por una trisomía completa del cromosoma 21 en el 95% de los casos. Es la alteración cromosómica más común en la especie humana, ocurre en 1 de cada 680 nacidos vivos. En su mayor parte, está asociado a cardiopatías congénitas que ocurren en un 40 a 50% de los pacientes, las cuales son una de las primordiales causas de morbimortalidad fundamentalmente en los primeros dos años de vida.

OBJETIVOS: Determinar la relación entre el síndrome de Down y las cardiopatías congénitas, así como describir los signos y síntomas más frecuentes en estos niños.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos Scielo y ScienceDirect con las siguientes palabras clave: Síndrome de Down, cardiopatía congénita, niños y recién nacido.

RESULTADOS: Según estudios revisados, las cardiopatías congénitas más frecuentes en niños con síndrome de Down son en orden decreciente las siguientes: comunicación interventricular perimembranosa, comunicación interauricular, ductus arterioso, canal aurículo – ventricular, foramen oval permeable, tetralogía de Fallot y atresia pulmonar. En relación a la presencia de signos y síntomas, destacan en orden decreciente: soplo cardíaco, disnea, cianosis, arritmias y por ultimo y de escasa prevalencia, ortopnea.

CONCLUSIÓN: En niños con síndrome de Down, la realización de un examen físico correcto y la educación a los padres en relación a la vigilancia de signos y síntomas más frecuentes sumado al uso adecuado de las técnicas de diagnóstico y tratamiento, pueden contribuir al diagnóstico y la intervención precoz.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME DE DOWN, NIÑOS, RECIÉN NACIDO, CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS.

EL ELECTROCARDIOGRAMA: UNA PRUEBA FUNDAMENTAL PARA EL PACIENTE HIPERTENSO

ASUNCION MARIA LOPEZ GARCIA, MARIA ANGELES RIDAO SOLA, ROCIO LOPEZ SEGURA

INTRODUCCIÓN: Se considera ECG a la forma que se presenta la actividad eléctrica del corazón detectada a través de una serie de electrodos, los profesionales de enfermería, además de ser los encargados de obtener el registro electrocardiográficos, deben estar formados para interpretar y decidir si el trazado es normal o si sugiere alguna alteración que ponga en riesgo la vida del paciente.

OBJETIVOS: Analizar e identificar el procedimiento y la utilidad del electrocardiograma (ECG).

METODOLOGÍA: Revisión Bibliográfica: se ha buscado información en las siguientes bases de datos: Cochrane, Dialnet, Pubmed, donde se han usado los siguientes descriptores: ECG, riesgo, actividad eléctrica.

RESULTADOS: En la lectura del ECG se debe analizar el ritmo, la frecuencia cardiaca, el eje, las ondas y segmentos, P,QRS,ST,T,QT,U y reconocer los criterios de normalidad/anormalidad de cada uno, se analizan las arritmias más comunes: taquicardia sinusal, bradicardia sinusal, fibrilación ventricular, flutter, taquicardia paroxística supra ventricular, taquicardia ventricular, fibrilación ventricular, asistolia, se describen diferentes bloqueos aurículo-ventriculares: de 1º,de 2º, Mopbitz1 y Mobitz2 y 3º grado completo, finalmente se exponen los cambios visibles en el ECG en los síndromes coronarios cuando aparece isquemia, lesión necrosis miocárdica.

CONCLUSIÓN: Es imprescindible una correcta realización del ECG por parte de los profesionales sanitarios, con la interpretación de las arritmias más comunes por parte del personal sanitario, bloqueos aurículo-ventriculares y daño miocárdico, aumenta la seguridad y la calidad asistencial, además de disminuir la mortalidad hospitalaria.

PALABRAS CLAVE: ECG, VENTRICULARES, MIOCARDIO, MORTALIDAD.

IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS EN PACIENTE CON BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR

CELIA LINARES TARIFA, MARIA DEL CARMEN CASTRO CASTILLO, JAVIER SOTO MARTINEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 64 años que acude a urgencias por síncope. Refiere que al levantarse del sofá se ha mareado y ha perdido durante unos segundos el conocimiento, precipitándose sobre el sofá. Su esposa calcula que ha perdido el conocimiento sobre 5-10 segundos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se toman constantes vitales. TA: 163/80 mmHg FC: 36 lpm SO₂: 96% T^a 36.5°C Glucemia capilar: 135 mg/dl. Antecedentes personales: hipotiroidismo, diabetes mellitus tipo II, hipercolesterolemia. Intervenciones quirúrgicas previas: colecistectomía, artroscopia rodilla derecha. En tratamiento actual con omeprazol, metformina, insulina lantus, levotiroxina y atorvastatina. Alergias medicamentosas: metamizol. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Se realiza electrocardiograma y tira de ritmo cardiaco. Se aprecia bloqueo auriculoventricular de tercer grado. Se completan pruebas preanestésicas: radiografía de tórax y analítica de sangre completa.

JUICIO CLÍNICO: Bloqueo AV de tercer grado. **PLAN DE CUIDADOS:** Monitorización continua de constantes vitales. Se administran bolos de atropina en una dosis total de 2mg, con escasa respuesta cardiaca (FC < 40 lpm). Se procede a la implantación de marcapasos temporal y es ingresado en UCI cardiaca. A los 2 días se procede a la implantación de marcapasos definitivo. A las 12 horas pasa a planta de cardiología. A las 24 horas recibe alta médica.

CONCLUSIONES: Con la implantación del marcapasos se consiguió solucionar la bradicardia y el bloqueo AV. El paciente recibe el alta, sin presentar complicaciones asociadas a la intervención.

PALABRAS CLAVE: BRADICARDIA, BLOQUEO, TERCER GRADO, MARCAPASOS.

PACIENTES CON OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA

MARÍA ESTER MARTINEZ GARCIA, MERCEDES PÉREZ AZOR, CRISTINA RECHE GARCÍA

INTRODUCCIÓN: Es un sistema de soporte de la función cardíaca y pulmonar por medio de un bypass cardiopulmonar. Consiste en extraer sangre mediante una bomba hacia una membrana de intercambio gaseoso para mantener la Pco₂ y después volver a introducirla en el paciente. Hay 2 tipos: Venó arterial (VA), de soporte respiratorio; y Venó venoso (VV) soporte respiratorio y cardíaco.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica sobre pacientes con oxigenación por membrana extracorpórea.

METODOLOGÍA: Búsqueda y revisión en diferentes bases de datos y artículos científicos (plus Español, Google Académico, Cochrane).

RESULTADOS: Indicaciones para la asistencia de ECMO: Hipertensión pulmonar, Neumonía, Aspiración abundante de meconio, Insuficiencia respiratoria, Enfermedad membrana Hialina, cardiopatía congénita. Cuidados enfermeros: Toma de la T^a axilar y central, son frecuentes las hipotermias. Controlar sangrados por heridas, drenajes, sondas. Valorar el estado de la piel, para evitar UPP. Cambios de equipos de infusión a las 72h máximo. Profilaxis antibiótica durante 48h. Higiene bucal con Clorhexidina. Aspiración de secreciones bronquiales. Cambios posturales cada 2-3h. Vigilar el estado del circuito extracorpóreo. Vigilar el agua del calentador y de la membrana de oxigenación. Control de coagulación cada hora para determinar pauta de heparina. Complicaciones: Del sistema: acodamiento de cánulas, coagulación del sistema, embolias, disfunción de la bomba, hemólisis. Del paciente: hemorragias, infecciones, taponamiento cardíaco, Hemotórax, Neumotórax, hipotermia.

CONCLUSIÓN: Es necesario que el personal sanitario tenga una buena formación en la técnica. Los cuidados están asociados a un confort del paciente y de la máquina.

PALABRAS CLAVE: ECMO, OXIGENACIÓN, HIPERTENSIÓN PULMONAR, BYPASS, CARDIOPATÍA.

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE SOMETIDO A PRUEBAS DE HEMODINÁMICA

BEATRIZ CASTRO CID, INMACULADA CASTRO GARCIA, ELISA MARIA MEDINA ALMENDROS

INTRODUCCIÓN: El cateterismo cardíaco es una prueba invasiva que permite el diagnóstico de lesiones valvulares, visualizar la estructura coronaria y la correcta función ventricular.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados que precisan los pacientes sometidos a procedimientos hemodinámicos para garantizar el éxito de la prueba y prestar una atención de calidad.

METODOLOGÍA: Se revisó una bibliografía en la base de datos Scielo, MEDLINE y Google, usando como descriptores: inmovilización, cuidados, sangrado.

RESULTADOS: Para establecer una guía de trabajo para el TCAE, se recopilaron los principales cuidados para los pacientes sometidos a un cateterismo, mediante acceso femoral o radial. Acceso femoral: paciente monitorizado, en reposo con el cabecero de la cama a 0°C y dieta absoluta. Importante la observación en el sangrado y hacer hincapié al paciente del cuidado de la observación de la zona. Ayudaremos en el retirado de los inductores preparando el vendaje compresivo que deberá llevar. Para prevenir y reducir el riesgo de complicaciones en 24h, habremos informado al paciente de la posición de la pierna lo más estirada e inmóvil posible y no podrá incorporarse. Movilizar al paciente con cuidado para reducir la incomodidad y prestar confort. Iniciar la dieta oral cuando nos lo indique. Pasado el tiempo y la retirada del vendaje, una vez comprobado la zona, se iniciará la deambulaci3n. Acceso radial: paciente monitorizado. Vendaje compresivo 4 h o más. El brazo deberá estar inmovilizado y no hará fuerza con la mano. Indicar al paciente que mueva los dedos de la mano. Observaremos que no exista sangrado ni hematomas o que la mano se ponga fría, tenga hormigueo o sensaci3n de adormecimiento.

CONCLUSIÓN: Con estas indicaciones proporcionamos una guía sobre los cuidados que debe ofrecer el TCAE a un paciente sometido a un proceso hemodinámico.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, INMOVILIZACIÓN, SANGRADO, CATETERISMO.

ABORDAJE SOBRE LA CARDIOVERSIÓN EN LAS UNIDADES SANITARIAS

EVA FERNANDEZ SANTOS, SARA VERA LOPEZ, SUSANA MORCILLO SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: La cardioversión eléctrica (CVE) es una técnica muy utilizada, de gran eficacia y seguridad, aunque no exenta de complicaciones. El personal de enfermería debe estar preparado, tanto para el post como para preejecución, al igual que entender el proceso por su colaboración en la misma aplicación.

OBJETIVOS: Determinar el procedimiento y sus indicaciones. Conocer la posición de los parches/palas.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Enfocamos el objetivo en entender el procedimiento, que aunque simple en la ejecución, es de alta importancia comprender el mecanismo e indicaciones. Obtenemos una clasificación según el lugar de descarga; CVE interna o Intracardíaca: Procedimientos invasivos (DAI, Ablaciones). CVE externa o Trastorácica: Procedimiento no invasivos Que a su vez pueden ser indicación: Urgente: T. Supraventricular, T. Ventricular, Fibrilación Auricular Programada (electiva): Flutter Auricular, Fibrilación Auricular. La colocación de los parches o palas debe ser la correcta, Anteroposterior/ anterolateral. Su correcta utilización proporcionara un % alto de eficacia.

CONCLUSIÓN: No debemos confundir la cardioversión con la desfibrilación, puesto que una es el paso continuo de corriente sin sincronización con la actividad eléctrica, mientras que la CVE, es el paso de corriente eléctrica continúa al corazón, de breve duración, sincronizada con las ondas R del complejo QRS. La correcta ejecución aumenta considerablemente la eficacia del proceso.

PALABRAS CLAVE: CARDIOVERSIÓN, ENFERMERÍA, ENFERMERÍA INTERVENCIONISTA, CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA.

PRINCIPALES ANTICOAGULANTES ORALES EN ESPAÑA

MARIA DEL PILAR FERNÁNDEZ FIGUEIRAS, ELVIRA MARIA VEGA VALENCIA, ESTEFANIA VEGAS PARDAVILA, VANESA PIQUERAS GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: La enfermedad tromboembólica es una enfermedad clínica con una severa morbilidad y mortalidad si no se trata de forma adecuada.

OBJETIVOS: El objetivo del tratamiento con los ACO es alargar el tiempo de coagulación hasta un intervalo eficaz y seguro (Rango terapéutico) en el que se evite la aparición de trombosis sin provocar riesgo hemorrágico.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicas.

RESULTADOS: Existen 2 presentaciones del anticoagulante más utilizado en nuestro país: Acenocumarol (Sintrom) y Warfarina (Aldocumar). Ambos no se pueden intercambiar porque las cantidades no son equivalente ¿Quiénes toman ACO? Pacientes con problemas válvulas cardíacas, arritmias tipo FA, corazón dilatado, portadores prótesis válvulas cardíacas, quien haya sufrido trombosis Siempre se administran vía oral y cada persona necesita dosis distinta para alcanzar mismo efecto Los AVK tienen gran número de interacciones farmacológicas, dietéticas, con preparados de herboristería, suplementos alimentarios o cambios de dieta Inicio de la toma se asocia con HBPM en los primeros 5 días hasta alcanzar niveles deseados Prueba control: INR (International Normalized Ratio) Valores INR: 2-3 Trombosis venosa y FA, 2.5-3.5 Prótesis valvular y enfermedad valvular.

CONCLUSIÓN: El empleo de ACO en paciente con riesgo sufrir enfermedad tromboembólica disminuye su morbilidad y mortalidad de forma adecuada ,manteniendo INR dentro valores estandarizados los gastos originados para el control son 16 veces menores que los que supondría las complicaciones. El desarrollo clínico de los nuevos anticoagulantes se ha centrado en la prevención y el tratamiento de la tromboembolia venosa, la prevención del ictus y la embolia de origen cardiaco en pacientes con FA no valvular y en prevención secundaria después de un síndrome coronario agudo.

PALABRAS CLAVE: ACENOCUMAROL, WARFARINA, ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, RANGO TERAPÉUTICO.

ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

ROCIO MALDONADO LARIO, JUAN MANUEL MARTINEZ GUERRERO, INMACULADA SÁNCHEZ GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 89 años que ingresa derivado de atención primaria por taquicardia (113 ppm) y disnea de tres semanas de evolución. Disnea de mínimos esfuerzos hasta hacerse ortopnea, no refiere dolor torácico ni precordial, no náuseas ni vómitos. No tolera el decúbito, pero si descansa en sedestación. Edemas en EEII de una semana de evolución.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente consciente y orientado. Eupneico en reposo, aunque taquipneico con mínimos esfuerzos. Auscultación cardíaca: ruidos cardíacos arrítmicos, frecuencia 113 ppm; no soplos. Auscultación pulmonar: Normo ventilación. Crepitantes bilaterales asociados a sibilantes espiratorios. Abdomen blando, depresible, peristaltismo aumentado, no doloroso, no se palpan masas. Edemas hasta tercio superior de ambas EEII con fóvea. Se le realiza una Analítica con gasometría arterial, Rx de tórax, PA: cardiomegalia, edema intersticial y derrame pleural derecho. ECG: ACxFA a 99 ppm.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia cardíaca descompensada e infección respiratoria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras la realización de las pruebas complementarias se observa, cardiomegalia, edema intersticial y derrame pleural derecho y confirma el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva.

PLAN DE CUIDADOS: El objetivo del tratamiento urgente consiste en mejorar el aporte de oxígeno y reducir la congestión mediante el control y optimización del equilibrio hidroelectrolítico, manteniendo un buen gasto cardíaco, recuperando y manteniendo la tolerancia a la actividad y conservando la integridad de la piel. Los cuidados de Enfermería irán encaminados a: Posición de Fowler para facilitar la expansión pulmonar, control de constantes y monitorización cardíaca, aliviar la ansiedad, explicarle los procedimientos que se le realizan y sondaje vesical para control de diuresis preciso.

CONCLUSIONES: La Insuficiencia cardíaca es, en España, uno de los problemas de Salud Pública más importantes ya que constituye una de las causas más frecuentes de hospitalización en personas mayores, siendo habitual entre estos pacientes el reingreso. El paciente ingresa en planta de Medicina Interna por disnea y descompensación cardíaca para ajustar tratamiento y valoración de evolución clínica.

PALABRAS CLAVE: DISNEA, TAQUICARDIA, ORTOPNEA, INSUFICIENCIA CARDÍACA, EDEMAS.

PACIENTE GERIÁTRICA CON SÍNCOPE TRAS BRADICARDIA

MONTSERRAT SANCHEZ GARCIA DE QUIROS, MIRIAN ACEVEDO PEREZ, MARIA DEL CARMEN CLAVAÍN NOGALES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 81 años, que es traída por DCCU por episodio de pre síncope en domicilio presenciado por su hijo, sin sufrir pérdida de conocimiento ni control de esfínteres. No refiere palpitaciones ni dolor, no vómitos, ni diarreas ni clínica miccional. No RAM, HTA, FA, IRC, meningioma hace 26 años. Tto apocard+ irbesartan+ Sintrom.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemodinámicamente estable. Sat, 99%. FC, 35x'. T/A100/65. Consciente y orientada. AC: rítmica sin soplos. Ap. : Buena ventilación, sin alteraciones del murmullo vesicular. Se solicita EKG, RX tórax, Analítica HC, BQ, Enzimas cardíacas. Se pauta una ampolla de atropina. Pasa a Observación.

JUICIO CLÍNICO: FA lenta. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos obtenidos a través de pruebas diagnósticas se evidencia en EKG bradicardia sinusal, bloqueo AV 1º grado y QT largo. Analítica: Creatinina 1.64, Na 133, K 5.45. Troponina 0,01, INR 4. Rx tórax: Cardiomegalia, no alteraciones en parénquima pulmonar. Ingresa en cardiología, se indica colocación de Holter 48 horas, tto hiperpotasemia, nada vía oral, control de constantes, repetir analítica en 24 horas.

CONCLUSIONES: La fibrilación auricular es el trastorno del ritmo más frecuente en la práctica clínica incrementándose su prevalencia con la edad. Lo normal es que la frecuencia cardíaca esté entre 60/100 lpm. Se produce una arritmia cuando la fc baja (bradicardia) o aumenta (taquicardia) La hiperpotasemia o hiperkalemia se define como un nivel elevado de potasio. Niveles muy altos de potasio constituyen una urgencia médica debido al riesgo de arritmias cardíacas. Las causas pueden ser muy diversas entre ellas la IRC. La paciente va a ser tratada durante su ingreso de las dos patologías mencionadas con anterioridad para estabilizar la frecuencia cardíaca y mantenerla en los límites dentro de la normalidad.

PALABRAS CLAVE: BRADICARDIA, HIPERPOTASEMIA, EKG, SÍNCOPE.

SÍNDROME POSTPERICARDIOTOMÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

ELENA MARIA JIMENEZ GONZALEZ, MARTA RUIZ PEREZ DE LA BLANCA, FRANCISCA GARRIDO MOYANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 41 años que acude remitida por su médico para cura de herida quirúrgica. Barrera idiomática. Al leer informes clínicos, se comprueba que fue dada de alta el día anterior tras ser intervenida de doble válvula (aórtica/mitral).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Destaca mal estado general de la paciente. Se realiza toma de constantes encontrándose temperatura de 37,9°C, TA: 94/55. Resto de exploración sin hallazgos relevantes. Se realiza analítica donde únicamente destaca una PCR de 9,2, Resto normal. Durante su estancia en observación sufre episodio sincopal de segundos de duración con TA de 80/50 en ese momento, y temperatura de 38. °C, con buena repuesta a sueroterapia. Dada la reciente intervención se deriva al hospital de referencia para ecocardiografía. Al realizarla no se encuentran hallazgos compatibles con endocarditis infecciosa. Es ingresada en la unidad de Enfermedades Infecciosas, donde permanece durante un mes. Durante ese tiempo es tratada con antibioterapia, se realiza TAC donde únicamente se evidencia un derrame pleural que requiere toracocentesis diagnóstica evacuadora con microbiología y exudado de líquido pleural negativo. También se realizan hemocultivos, exudados nasofaríngeos y serologías, todo ello negativo. Dada la sintomatología, así como los hallazgos encontrados finalmente es diagnosticada de posible síndrome postpericardiotomía.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome postpericardiotomía. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Endocarditis infecciosa, enfermedad infecciosa nosocomial.

CONCLUSIONES: El síndrome postpericardiotomía se caracteriza por dolor pleurítico, radiografía tórax patológica, fiebre y derrame pericárdico y/o pleural de tipo exudado. Siempre debe realizarse el diagnóstico diferencial de otras complicaciones tras intervenciones cardíacas, en especial de las causas infecciosas. En su fisiopatología se ha descrito la presencia de anticuerpos contra antígenos cardíacos que aparecen tras el daño cardíaco. El tratamiento incluye uso de AINES y corticoides. Aunque puede recidivar, suele tener un pronóstico favorable.

PALABRAS CLAVE: ENDOCARDITIS INFECCIOSA, FIEBRE, COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS, SÍNDROME POSTPERICARDIOTOMÍA.

LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA LA PREVENCIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

MIRIAM LUCAS MUÑOZ, NATALIA RODRIGUEZ MORENO, JOSÉ MOYA LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de mortalidad en todo el mundo, donde el infarto agudo (IAM) de miocardio es la manifestación clínica más significativa de la cardiopatía isquémica. Los enfermeros por su formación y conocimientos representan un papel primordial en la prevención o disminución del riesgo de padecer un IAM en la población, utilizando como herramienta fundamental sus habilidades de comunicación y un lenguaje adaptado a cada paciente.

OBJETIVOS: Conocer la labor de enfermería en la prevención de un IAM.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos MEDLINE y COCRANH PLUS acotando la búsqueda en los resultados de los últimos diez años y artículos publicados en España, de donde fueron excluidos los artículos que no trataban del papel enfermero, finalmente 8 artículos fueron seleccionados.

RESULTADOS: La labor de enfermería en la prevención del IAM consiste en la detección de los factores de riesgo asociados a conductas no saludables fomentando una alimentación saludable, aconsejando la práctica de ejercicio físico y el abandono del hábito tabáquico y otro tóxicos.

CONCLUSIÓN: Los profesionales de enfermería, en especial los de atención primaria, deben saber detectar hábitos de vida poco saludables durante la consulta mediante entrevistas, para si fuera necesario, informar de estos riesgos y poner en conocimiento del paciente de las diferentes herramientas que existen para prevenirlos o reducirlos. Una comunicación adecuada en la entrevista ayudará a detectar estos problemas con efectividad.

PALABRAS CLAVE: INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, PREVENCIÓN, ENFERMERÍA, COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO HIPERTENSION ARTERIAL

SUSANA MOLINA VICO, FRANCISCA TORRENTE NAVARRO, MARIA AIDA RODRÍGUEZ GEA

INTRODUCCIÓN: Los factores de riesgo son las variables de origen biológico, físico, químico, psicológico, social, cultural etc, que influyen en los futuros candidatos a presentar HTA.

OBJETIVOS: Analizar los factores de riesgo de HTA.

METODOLOGÍA: Realizamos una búsqueda bibliográfica de la literatura que aborda la temática del estudio en las principales bases de datos como Pubmed, Scielo, y el buscador de Google académico, seleccionando los artículos que abordan y explican el efecto de las dietas hiperproteicas para adelgazar. Tras realizar una lectura completa del abstract de todos los artículos, fueron seleccionados finalmente tres artículos, publicados entre los años 2013 y 2017.

RESULTADOS: Hay dos tipos de factores de riesgo los modificables, si modificamos nuestro estilo de vida, como son el control de peso, el consumo de alcohol, la práctica de deporte, la ingesta de sodio, la ingesta de potasio, el consumo de tabaco, la ingesta de cafeína y los cambios en la dieta. Están los factores de riesgo no modificables como son: los antecedentes familiares, sexo y la raza.

CONCLUSIÓN: En los factores de riesgo anteriormente mencionados solo podremos influir en los modificables.

PALABRAS CLAVE: FACTOR, RIESGO, HIPERTENSION, ARTERIAL.

CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PACIENTE CON BALÓN INTRAAÓRTICO DE CONTRAPULSACIÓN

JOSE MARCOS ARTILES RAMIREZ, MAR LAZARO HOZ, MARIA DEL CARMEN GOMEZ BEAS

INTRODUCCIÓN: El balón intraaórtico de contrapulsación es un dispositivo que se utiliza para asistir al ventrículo izquierdo cuando la función ventricular es baja. Se accede a través de la arteria femoral en la zona inguinal y se aloja en la arteria aorta, entre las arterias renales y a tres centímetros antes de la arteria subclavia izquierda.

OBJETIVOS: Crear un protocolo estandarizado que recoja los cuidados y las valoraciones de enfermería necesarias para asegurar un correcto cuidado del paciente con balón de contrapulsación y prevenir posibles complicaciones.

METODOLOGÍA: Se han buscado artículos en las bases de datos científicas Medline, Pubmed en un periodo de tiempo de 4 años, desde 2013 hasta 2017. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron balón de contrapulsación, cuidados, enfermería y los operadores booleanos Yes, Or y Not. Se han buscado textos en inglés y español.

RESULTADOS: Se han demostrado los beneficios del balón de contrapulsación en el paciente con fallo cardiaco, pero a pesar de los beneficios, esta técnica conlleva una serie de riesgos para el paciente. El paciente ha de permanecer en cama sin flexionar la ingle de la pierna donde está insertado el balón para impedir que este se acode. Esto representa un riesgo para la integridad de la piel del paciente, dificulta la nutrición del paciente, existe un severo riesgo de sangrado así como de obstrucción de alguna de las ramas arteriales si el balón se mueve.

CONCLUSIÓN: El estricto control por parte de enfermería de forma sistematizada ayuda a reducir los riesgos que conlleva el balón de contrapulsación. Los cambios posturales cada dos horas reducen drásticamente el riesgo de úlceras por presión, el control de pulsos radiales y pedios y de orina horarios ayudan a prevenir las consecuencias del desplazamiento del balón y el control de la zona de inserción reduce el riesgo de sangrado.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, BALON DE CONTRAPULSACIÓN, PROTOCOLO, ENFERMERÍA.

INFLUENCIA DE LA DIETA DASH EN LA HIPERTENSIÓN

CRISTINA ENCINAS BERRUEZO, VERONICA DOMENE MARTINEZ, VERÓNICA OSUNA SAEZ

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades cardiovasculares se ven influenciadas por la dieta, la corrección de la misma supone su disminución. Hacer cambios en la dieta es una forma comprobada de ayudar a controlar la hipertensión arterial. Estos cambios también pueden ayudar a bajar de peso y disminuir la probabilidad de sufrir una cardiopatía y un accidente cerebrovascular. La dieta hiposódica DASH, ha demostrado que ayuda a bajar la presión arterial. Esta dieta no sólo es rica en nutrientes importantes y fibra, sino que también incluye alimentos que son más ricos en potasio, calcio y magnesio.

OBJETIVOS: El objetivo principal de analizar y conocer los beneficios de la dieta DASH en el paciente hipertenso y demostrar la efectividad de dicha dieta en este tipo de patología cardiovascular.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sobre los beneficios y aportes nutricionales de la dieta DASH en los pacientes con patología hipertensiva, centrado en la población adulta.

RESULTADOS: La dieta DASH reduce la presión arterial alta al disminuir la cantidad de sodio en su dieta a 2300 miligramos (mg) al día. Bajar el sodio a 1500 mg al día reduce aun más la presión arterial. Con la dieta DASH: Consumiremos muchas verduras, frutas y productos lácteos sin grasa o bajos en grasa. Incluiremos granos enteros, legumbres, semillas, nueces y aceites vegetales. Comeremos pescado, aves y carnes magras. Reduiremos la sal, las carnes rojas, los dulces y las bebidas azucaradas. Disminuiremos las bebidas alcohólicas. También debemos practicar, por lo menos 30 minutos, de ejercicio de intensidad moderada casi todos los días de la semana.

CONCLUSIÓN: La dieta DASH es un plan dietético comprobado en diversas investigaciones. Llevando a cabo una restricción y dieta alimenticia, se puede controlar la tensión arterial. Destacando dentro de esta dieta, el consumo de verduras, frutas y productos lácteos sin grasa o bajos en grasa y añadiendo ejercicio moderado diario.

PALABRAS CLAVE: DASHE, HIERPETENSION, DIETA, CARDIOVASCULAR, ALIMENTACIÓN.

A PROPOSITO DE UN CASO: DOLOR TORÁCICO PACIENTE ADULTO EDAD MEDIA

CARMEN RANEA TORREGROSA, CARMEN MARIA SANCHEZ PEREZ, SILVIA MANCEBO TORRES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 48 años acude derivada por 061 por dolor torácico. No alergias. No hábitos tóxicos. AP:HTA. EA: Comienza el dolor a las 13:00h con dolor opresivo retroesternal irradiado a espalda acompañado de sudoración y sensación de palpitaciones pasados unos minutos. A las 14:30h acude a centro de salud por sus propios medios, comenzando de nuevo con dolor torácico acompañado de sudoración y nauseas. Desde el centro de salud avisan a 061 por dicho dolor y presencia de bigeminismo en ECG realizado. Administran AAS 300mg, clopidogrel 300mg y NG a 15ml/h, con mejoría sintomática durante el traslado.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En el momento ingreso no presenta dolor torácico, refiere dolor en espalda. Perfusión de NG a 15ml/h. Constantes: TA:170/75, FC:60, Sat: 100%, Afebril. CYO, BEG, eupneica en reposo y con conversación. Normocoloreada, BHYP. No focalidad. ACR: tonos rítmicos con FC controlada, sin soplos audibles. MVC. EEII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos simétricos bilaterales. ECG: bigeminismo, con FC de base a 60lpm, no observan cambios eléctricos. Se solicita AS con troponina y Rx torax portátil: AS (hB 13.7, Creatinina 0,73, FG>90, iones en rango, Troponina <0,015.

JUICIO CLÍNICO: Dolor torácico a filiar. **PLAN DE CUIDADOS:** NANDA: Ansiedad relacionado con amenaza en el estado de salud manifestado por expresión de preocupación. NOC: Autocontrol de ansiedad, controla la respuesta de ansiedad. -NIC: Apoyo emocional, comentar la experiencia emocional con el paciente, escuchar las expresiones de sentimientos.

CONCLUSIONES: Tras estabilización de TA 115/75, FC 69l pm y sin nuevos episodios de dolor torácico, se retira paulatinamente perfusión de NG. Se deriva al alta con revisión en consulta de Cardiología Tto y recomendaciones: control de TA en domicilio o Centro de salud y control por su médico de familia, continuar con toma de atenolol 50mg/24h, añadir AAS 100mg/24h. Si presenta nuevo dolor se pauta nitroglicerina aerosol sublingual y si empeoramiento volver a urgencias.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, TORACICO, URGENCIAS, IAM, CARDIOLOGIA.

SINCOPE: A PROPÓSITO DE UN CASO

ELOISA PIÑERO FLORES, MANUELA RUIZ OJEDA, MARÍA DEL SOL BLANCA SEGURA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 78 años hipertensa tratada con enalapril 20 mg/ 24h. Acude por síncope de repetición en los últimos meses. Casi todas las noches tiene mareos. Acude por caída tras dicho síncope con traumatismo craneoencefálico frontal y hematoma periorbitario izquierdo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, consciente, orientada, normohidratada, normoperfundida, eupneica. Exploración neurológica normal, Auscultación anodina sin soplos ni ruidos. Hematoma en región frontal izquierda y periorbitaria. Tomografía axial cráneo sin isquemia ni hemorragias, ni lesiones ocupantes de espacio. Analítica y gases venoso dentro de la normalidad. Electrocardiograma: bloqueo AV 2º grado tipo II no en electros previos, FC 45 latidos. Tensión arterial 110/60 mmHg. Saturación O₂ 98%.

JUICIO CLÍNICO: Síncope. Bloqueo 2º AV tipo II secundario a beta-bloqueante oftálmico sin necesidad de marcapasos. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síncope vasovagal. Síncope cardiogénico. Valvulopatía.

PLAN DE CUIDADOS: Permanece estable hemodinámicamente. Durante su estancia por la noche nos pregunta que si no le vamos a poner las gotas que se pone por la noche, que ella usa unas gotas para algo de la tensión del ojo. Rehistoriamos a la paciente confirmando que el colirio que usa es bimatoprost 300 mg/timolol 5 mg , no constaban en historia al pertenecer a compañía y ser recetado por oftalmólogo privado. Se procede a suspensión de dicho colirio. En unas semanas se consigue la recuperación auriculoventricular.

CONCLUSIONES: Muchos de los medicamentos para tratar el glaucoma se absorben sistémicamente y pueden causar toxicidad cardiovascular. Es frecuente que los pacientes no reconozcan estos fármacos como tratamientos y no los indiquen. El timolol puede causar efectos cardíacos como bradicardia, arritmia, hipotensión, síncope. Es recomendable previa prescripción realizar electrocardiograma. Los pacientes que pertenecen a privados no aportan suficientes informes y no tenemos los fármacos que consumen actualizados y eso dificulta los diagnósticos y las historias.

PALABRAS CLAVE: SINCOPE, BRADICARDIA, TIMOLOL, BLOQUEO AV.

BLOQUEO AURICULO VENTRICULAR COMPLETO CON IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS UNICAMERAL

FRANCISCO JOSÉ GALLEGO MARTI, PEDRO ALEJANDRO GÓMEZ SÁNCHEZ, PEDRO JOSÉ LÓPEZ LÓPEZ, JESÚS IZQUIERDO GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 70 años que acude a la puerta de urgencias por síncope. Comienzo de forma súbita con episodio de astenia y mareos, seguido de pérdida de conciencia. Constantes: TA 153/57, FC 49lpm, FR 32, Tª 36°, SpO2 95%.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Examen físico: Presenta buen estado general, bien hidratado, nutrido y normocoloreado. Contiente doble. AC: Rítmico, bradicárdico, no se auscultan soplos ni extratonos. Pulsos pedios palpables y simétricos. Pruebas complementarias: ECG: Bloqueo aurículo ventricular completo, ritmo auricular a 80lpm con escape ventricular a 30lpm con bloqueo incompleto de rama derecha observable en V1 y V2, QRS (0.1 Y 0.12S). Analítica urgente: Glucosa 251mg/dl; Urea 59mg/dl; Creatinina 1.24Mg/dl; Sodio: 130mEq/L; K+ 5.9MEq/L; Hemoglobina: 13.0 G/dL; Hematocrito: 38.6%; VCM 85.3; Plquetas 150.0 10E3/uL.

JUICIO CLÍNICO: Paciente con aspecto semiconsciente que acude por síncope a urgencias. Episodio de astenia y mareos, con posterior pérdida de conciencia. Saturación de 94%. TA: 153/57 y Fc: 49; HTA sistólica y una bradicardia, TA de 38° junto con sudoración. Los signos y síntomas indican que estamos frente un problema cardiaco tipo arritmia, en concreto una bradiarritmia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realizar un electro y seguidamente se diagnostica un bloqueo auriculoventricular completo ya que hay una disociación de la Onda P y del complejo QRS, el ritmo auricular es de 80lpm y el escape ventricular de 30lpm; Bloqueo aurículo ventricular completo, ritmo auricular a 80lpm con escape ventricular a 30lpm con bloqueo incompleto de rama derecha observable en V1 y V2, QRS (0.1 Y 0.12S).

PLAN DE CUIDADOS: Monitorización. Oxigenoterapia. Fluidoterapia. Valorar parada cardiorespiratoria. Según la disponibilidad, colocar un marcapasos externo transcutáneo. Administración de suero fisiológico de 100 ml con 3amp de aleudrina. Si procede, acompañar al equipo y paciente a unidad de arritmias.

CONCLUSIONES: Bloqueo aurículo ventricular completo, tto farmacológico con aleudrina, colocación de marcapasos transcutáneo y posterior implantación de marcapasos unicameral debido al cuadro agudo.

PALABRAS CLAVE: SALUD, BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR, ENFERMERIA, CARDIOLOGIA, SÍNCOPE CAR, SÍNCOPE.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

ANTONIO GUILLAMÓN GARRE, MARIA INMACULADA SORIANO GARCIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 60 años que acude al servicio de Urgencias del HVC por recidiva de una infección respiratoria manifestada por tos y expectoración verdusca de la que fue tratada hace 19 días. Presenta disnea ante mínimo esfuerzo, ortopnea, sibilancias. No presenta dolor torácico, ni edemas en MMII ni disminución de diuresis. Antecedentes personales: - HTA, DM-2 y DLP. Obesidad mórbida. - Nefropatía diabética con seguimiento por Nefrología de HUVA. - SAOS tratado con CPAP. - Antecedentes cardiológicos: cardiopatía isquémica crónica. IAM con cateterismo con 4 stents. Aterosclerosis. - Alergias: Codeína.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: CV: Tª: 35.8°C, TA: 180/68 mmHg, FC: 49 l. P. M. SAT: 97%. Glucemia: 152 mg/dl Edemas en miembro inferior con fóvea positiva. Eupneica en reposo. Disnea de esfuerzo. Apirética. ECG: Bradicardia sinusal a 55 l. P. M. Rx tórax: Patrón intersticial de apariencia lineal y septal que podría corresponder a ICC.

JUICIO CLÍNICO: -Insuficiencia Cardíaca Descompensada. -Infección respiratoria no neumónica en resolución. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se evidencia el diagnóstico de Insuficiencia cardíaca descompensada por las pruebas complementarias y la exploración física realizadas a la paciente. La insuficiencia cardíaca descompensada en la presente paciente puede manifestarse por: disnea de esfuerzo y ortopnea, visualización en Rx de líquido intersticial y edemas en MMII.

CONCLUSIONES: Con el objetivo de mejorar el estado cardiorespiratorio del paciente, éste queda ingresado en planta para control hídrico y administración de diuréticos, corticoides, nebulizaciones y antihipertensivos. La insuficiencia cardíaca (IC) es la incapacidad del corazón de bombear sangre en los volúmenes más adecuados para satisfacer las demandas del metabolismo.

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA CARDÍACA, CUIDADOS, DISNEA, EDEMA, ENFERMERÍA.

SALUD BUCODENTAL: FACTOR PROTECTOR DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

CRISTINA BUENO MARTIN, EVA GARCÍA NAVARRO, SILVIA ARRABAL COBOS

INTRODUCCIÓN: La enfermedad periodontal es una patología que afecta a los tejidos que soportan a los dientes. Es una patología infecciosa causada por bacterias presentes en la boca. La periodontitis está asociada al desarrollo de la enfermedad cardiovascular debido a que las proteínas inflamatorias y las bacterias del tejido periodontal entran en el torrente sanguíneo y causan daños en el sistema cardiovascular (engrosan la pared del vaso sanguíneo).

OBJETIVOS: Determinar la relación existente entre la enfermedad periodontal y la enfermedad cardiovascular para mejorar la práctica clínica enfermera en salud bucodental.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Medline, Pubmed y Science direct. Se utilizaron descriptores en español: “enfermedad periodontal”, “enfermedad cardiovascular”, “arterioesclerosis” y en inglés “arteriosclerosis”, “periodontal disease”, “cardiovascular disease”. Se aplicó un filtro de idioma (castellano e inglés) y período temporal (2008-2018). De un total de 538 referencias encontradas, fueron seleccionadas 25 para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos (estudios que analicen la relación entre EP y ECV, que aporten datos empíricos y de acceso completo).

RESULTADOS: Los estudios analizados muestran una clara relación entre enfermedad periodontal y enfermedad cardiovascular, es debido a la abundancia de bacterias gram negativas y metabólicas que se acumulan en las bolsas periodontales que pueden llegar al torrente sanguíneo liberando citoquina, desarrollando así una enfermedad cardiovascular.

CONCLUSIÓN: Se hace evidente que la salud bucodental actúa como factor protector en la prevención de enfermedades cardiovasculares. Se sugiere a los profesionales de enfermería llevar a cabo educación para la salud insistiendo en cuidados bucodentales y a los pacientes propensos a enfermedades cardiovasculares realizarse controles bucodentales de forma periódica.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD, PERIODONTAL, CARDIOVASCULAR, ARTERIOESCLEROSIS.

PERICARDITIS AGUDA SECUNDARIA A PROCESO VIRAL

NOEMÍ JIMÉNEZ DEL MARCO, ANTONIO CALDERÓN RODRÍGUEZ, JOSÉ MANUEL BLANCO ROMÁN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 61 años que acude a consulta refiriendo fiebre de 38.5°C y tos seca desde hace cuatro días. Ha iniciado tratamiento anticatarral y antitusivo con escasa mejoría y poco control de síntomas. Además comenta que desde ayer presenta cierta sensación disneica con molestias torácicas inespecíficas y astenia a moderados esfuerzos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general. Febrícula de 37.3°C. Orofaringe: leve hiperemia sin exudados amigdalinos. Auscultación cardio-pulmonar: tonos rítmicos sin soplos audibles, buena ventilación pulmonar con espiración alargada y discretos crepitantes en bases pulmonares. Abdomen normal. Miembros inferiores escasos edemas con fóvea bimaleolar. Realizamos en consulta Radiografía tórax urgente donde objetivamos posible cardiomegalia en paciente sin antecedentes cardiológicos previos por lo que decidimos derivarla a urgencias hospitalarias donde realizaron ecocardiograma objetivando pericarditis aguda con derrame pericárdico moderado.

JUICIO CLÍNICO: Pericarditis aguda secundaria a proceso viral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Gripe, catarro de vías altas, infección respiratoria o insuficiencia cardiaca descompensada.

PLAN DE CUIDADOS: Se inició tratamiento con AINES y diuréticos con buena evolución y resolución de la clínica y del derrame pericárdico.

CONCLUSIONES: El principal agente causal de la pericarditis aguda es de origen viral idiopático (entre 85-90%), otras causas pueden ser bacteriana, tumoral, traumática entre otras. La pericarditis es la inflamación del pericardio. Su diagnóstico es principalmente clínico, caracterizándose por la triada: dolor torácico, roce pericárdico y fiebre. Las pruebas de laboratorio o imagen ayudan al diagnóstico diferencial y a identificar la presencia de derrame pericárdico. El tratamiento principalmente se basa en AINES. Dentro de las complicaciones la más grave es el taponamiento cardíaco, aunque lo más frecuente es que curse sin complicaciones. Debemos tener en cuenta las posibles complicaciones de los catarros virales comunes y estar pendiente a las posibles manifestaciones que nos pueden poner en alerta de que debajo de ese catarro hay algo más.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN PRIMARIA, CATARRO COMÚN, DISNEA, PERICARDITIS.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

CRISTINA ORELLANA LEGUPÍN, JOSÉ MANUEL BLANCO ROMÁN, ROCÍO RUIZ HINOJOSA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 68 años que acude a consulta de su Médico de Familia para revisión y renovación de tratamiento. Entre sus antecedentes personales destaca cardiopatía isquémica: episodios de angor estable. Actualmente asintomático según refiere. Hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento, bien controlado. Ex fumador.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Realizamos exploración física sistemática de rutina con auscultación cardiopulmonar normal. Neurológico sin alteraciones. Nos llama la atención una prominente pulsación aórtica en el abdomen. El paciente no refiere dolor abdominal pero al preguntarle si comenta lumbalgia en los últimos meses que atribuye a esfuerzos físicos. Se realiza en Urgencias una Tomografía Computarizada abdominal que demuestra un aneurisma aórtico de 4,3 cm de diámetro en situación infrarrenal sin signos de rotura.

JUICIO CLÍNICO: Aneurisma de aorta abdominal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ante los antecedentes de angina estable, hipertensión, dislipemia y tabaquismo debemos realizar exploración física completa para descartar complicaciones entre las que se encuentra el aneurisma de aorta. La masa pulsátil nos hace pensar en el diagnóstico de aneurisma.

PLAN DE CUIDADOS: Ante la sospecha de aneurisma de aorta abdominal decidimos derivar a Urgencias Hospitalarias para acelerar estudio y descartar complicaciones, donde confirman el diagnóstico. Recomiendan vigilancia anual.

CONCLUSIONES: Se denomina aneurisma de aorta abdominal a la dilatación segmentaria de la aorta infrarrenal. Es una entidad peligrosa con un porcentaje alto de mortalidad en caso de rotura. En más de un 90% de los casos se acompaña de lumbalgia por lo que es importante incluirlo en el diagnóstico diferencial de la misma. Entre los factores etiológicos se encuentra hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, dislipemia, tabaquismo, EPOC. En la mayoría de los casos el diagnóstico es casual durante el estudio de otras patologías. De ahí la importancia de la exploración clínica en la consulta.

PALABRAS CLAVE: ANEURISMA, AORTA, CARDIOPATIA, EXPLORACION FISICA, TABAQUISMO.

REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DEL SINTROM EN UN LABORATORIO

MACARENA SANCHEZ CARDENAS, ESTEFANIA SANCHEZ ARANA, MARIA JOSE RUIZ RUIZ

INTRODUCCIÓN: Sintrom es un medicamento que incluye el principio activo acenocumarol. Este forma parte del grupo de medicamentos que se denominan anticoagulantes, que reducen la capacidad de coagular de la sangre y por tanto, ayudan a prevenir la formación de coágulos en los vasos sanguíneos.

OBJETIVOS: Conocer qué es la prueba del sintrom, como se realiza y sus valores.

METODOLOGÍA: Revisión de estudios y cuestionarios de personas que se realizan la prueba del sintrom a través de las diferentes bases de datos científicas.

RESULTADOS: La prueba del sintrom es la medición de la determinación del INR (Razón Normalizada Internacional) es decir, saber cuánto tarda una muestra de sangre en formar un coágulo. A esta prueba también se la conoce como “tiempo de protrombina” o “prueba de Quick”. Esta prueba se la deben de realizar todas las personas que toman anticoagulantes orales. Debe realizarse este test al menos una vez al mes en el laboratorio (depende de los resultados y del médico de cabecera). El método de realización ha ido cambiando con los años ahora, en vez de abrir una vena para extraer sangre basta con un pinchazo en el dedo, y el 'coagulómetro' da enseguida el resultado, la velocidad momentánea de coagulación. Los valores de INR que se dan en el laboratorio pueden ser: Valor entre 3-4: son valores altos, por lo que el riesgo de sufrir sangrados o hemorragias aumenta. Valor entre 2-3: nivel óptimo. Valor entre 1-2: el riesgo de sufrir trombos aumenta y el médico debe aumentarnos la dosis de nuestro tratamiento.

CONCLUSIÓN: Es muy importante esta prueba en el laboratorio para la prevención del fármaco SINTROM. Actualmente la prueba es más rápida y fácil tanto para el paciente como para el personal del laboratorio.

PALABRAS CLAVE: SINTROM, LABORATORIO, ACENOCUMAROL, SANGRE.

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

MARÍA DEL ROSARIO GIRALDO RAMÍREZ, ANTONIO JAVIER NAVARRO VIDAL, FRANCISCO MANUEL RODRÍGUEZ NARANJO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 79 años con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, fumador de 15 paquetes al año), con antecedentes de enfermedad renal crónica e hiperplasia benigna de próstata. En 2006 se le realizó cateterismo urgente por un infarto de miocardio inferolateral y apareció una obstrucción total de la arteria circunfleja y una extensa lesión en la arteria descendente anterior. El resto del árbol coronario estaba sin lesiones. Se decidió tratar mediante angioplastia primaria e implante de stent farmacoactivo a lesión de la arteria circunfleja y la lesión de la arteria descendente mediante angioplastia y stent farmacoactivo en un segundo tiempo. La función sistólica del ventrículo izquierdo estaba conservada. Al alta el tratamiento consistió en ácido acetilsalicílico 100mg/día, clopidogrel 75mg/día, atorvastatina 40mg/día, atenolol 50mg/día y enalapril 10mg/día. En 2009 sufrió episodio de dolor torácico y en el electrocardiograma se observó elevación del segmento ST inferolateral. Se realizó un cateterismo de urgencia y se observó oclusión total de la arteria circunfleja donde se había implantado el stent anteriormente. Se le realizó aspiración del material trombótico, angioplastia primaria e implantación de stent farmacoactivo. Al alta, el tratamiento consistió en ácido acetilsalicílico 100mg/día y clopidogrel 150mg/día.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Realización de EKG, canalización de vía periférica y se realizó cateterismo de urgencia donde se observa obstrucción del stent colocado previamente. Se decidió realizar angioplastia y colocación de un nuevo stent.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome coronario agudo con elevación de ST. **PLAN DE CUIDADOS:** Al alta, el tratamiento fue ácido acetilsalicílico 100mg/día y pasugrel 10 mg/día.

PALABRAS CLAVE: VIDA, SALUDABLE, PREVENCIÓN, INFARTO.

PACIENTES CON TENSIÓN ARTERIAL Y TERAPIA GRUPAL: EFECTOS

MIGUEL ÁNGEL GARCÍA CUESTA, MARÍA TERESA CERVILLA SUÁREZ, MARIA CANDELARIA BERMÚDEZ JIMÉNEZ

INTRODUCCIÓN: La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. Cada vez que el corazón late, bombea sangre hacia las arterias, que es cuando su presión es más alta.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es conocer los efectos que pueda tener la terapia grupal en pacientes con Tensión Arterial.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinahl, Web of Science y Cuiden. Los criterios de inclusión fueron artículos publicados tanto en inglés como español, a texto completo desde Enero del año 2009 hasta Febrero del año 2018.

RESULTADOS: Tras los artículos que se han escogido, se ha realizado una terapia grupal durante 6 meses, con un seguimiento de 2 años. La presión arterial inicial en 56 de esas personas excedió 140/90 mmHg. En los 43 pacientes hipertensos con pérdida de peso superior a 3 kg (una media de 10,4 kg) la presión arterial sistólica fue normal y la diastólica casi normal después del tratamiento, y el peso corporal medio se mantuvieron sin cambios durante el seguimiento. En pacientes hipertensos que no perdieron peso, la presión arterial permaneció constante durante todo el proceso. La presión arterial disminuyó ligeramente en los 34 pacientes normotensos que perdieron más de 3 kg.

CONCLUSIÓN: Tras el respectivo análisis de los artículos que han sido seleccionados, se puede concluir que las intervenciones grupales en pacientes con hipertensión arterial son efectivas en el contexto de la tensión arterial, siempre que se produzca una disminución del peso de dicho paciente.

PALABRAS CLAVE: TENSIÓN ARTERIAL, TERAPIA, GRUPAL, EDUCACIÓN.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE RIESGO

NURIA VALDIVIA ROCHA, SONIA LORETO MARTÍN SALGADO, ROCIO VERA SUANES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Adulto masculino de 47 años que acude al servicio de urgencias, acompañado por su mujer, por presentar dolor opresivo centrotorácico, irradiado a cuello y brazo derecho, de varias horas de evolución, acompañado de disnea al mínimo esfuerzo. Ap: No RAMc, no DM, HTA e hipercolesterolemia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se le realiza EKG donde se objetiva IAM anteroseptal con elevación de ST. Placa de tórax. Monitorización de constantes vitales: TA 180/95, Saturación de oxígeno 92%. Se canaliza vía venosa periférica y se cursa control analítico de enzimas cardíacas.

JUICIO CLÍNICO: Infarto agudo de miocardio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Los datos aportados por el EKG, la seriación enzimática son claves para la realización del cateterismo cardíaco.

PLAN DE CUIDADOS: Nuestro objetivo será identificar las necesidades alteradas del paciente con IAM, instaurar un plan de cuidados y fomentar la educación para la salud. Se canalizará una vía venosa periférica para iniciar tratamiento intravenoso y por último el tratamiento de elección será la realización de una angioplastia coronaria con implantación de un stent.

CONCLUSIONES: Las enfermedades cardiovasculares representan una de las causas de mayor mortalidad y morbilidad en la época actual. El Infarto Agudo de Miocardio se presenta a consecuencia de la oclusión de una arteria coronaria. Lo factores de riesgo son la edad, la obesidad, sedentarismo, HTA, consumo de tabaco y alcohol, hipercolesterolemia, etc.

PALABRAS CLAVE: IAM, ANGIOPLASTIA, DISNEA, DOLOR CENTROTORÁCICO.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA

ISABEL GARCÍA QUILIS, MARTA VALENCIA ROYO

INTRODUCCIÓN: La membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) es un sistema de asistencia mecánica circulatoria y respiratoria extracorpórea durante un tiempo limitado hasta la espera de la recuperación del corazón y/o pulmones. Indicada en el shock cardiogénico e insuficiencia respiratoria, cuando las medidas terapéuticas convencionales fracasan. La característica de estos pacientes es que están descoagulados mediante bomba de heparina conectada al circuito, para evitar la formación coágulos a lo largo del circuito.

OBJETIVOS: Analizar el riesgo de complicaciones. Determinar cuidados que garanticen mayor seguridad del paciente.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en bases de datos Pubmed, Cuiden. Se emplean los 5 artículos más relevantes y posteriores al 2007.

RESULTADOS: Cuidados: Hemodinámicos: valorar constantes vitales, soporte inotrópico, registro de datos de la ECMO, vigilar signos de hipovolemia, bajo gasto cardíaco e hiperdinamia. Respiratorios: aspirar con suavidad. Comunicar si secreciones hemáticas. Hematológicos: analítica de control de coagulación cada 6h. Vigilar zonas de posible sangrado. Solo administrar concentrado de hematíes por el sistema. Nefrológicos: tira reactiva de orina control cada 6h. Control sedimento y urocultivo cada 72h. Neurológicos: Control pupilar cada 2h, control oximetría, nivel de sedación, eco-doppler cerebral. Nutricionales: nutrición parenteral precoz, control de glucemias (no analítica por capilares), profilaxis gástrica, termómetro transesofágico. Cuidados de la piel: movilizaciones pasivas cada 3h, alineación corporal. Control ECMO: parámetros, nivel del agua del calentador, batea de urgencia, control del circuito cada 3h (rayas de fibrina, coágulos, etc.).

CONCLUSIÓN: Cuando la patología es refractaria al tratamiento, la ECMO supone un aumento de la supervivencia, pero conlleva una serie de complicaciones a nivel del paciente a causa de la canalización de grandes vasos y anticoagulación del paciente, como a nivel mecánico por la máquina. Por ello siempre debe ser manejada por personal experto que conozca los cuidados mínimos que requiere.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, CUIDADO, PROTOCOLO, MEMBRANA DE OXIGENACIÓN.

ATENCIÓN EN URGENCIAS A PACIENTE CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA

ADRIÁN RODRÍGUEZ VEGA, MIGUEL ANGEL GONZÁLEZ GAGO, MARIA DE LOS ANGELES MARQUEZ SANCHEZ, MARIA CANDIDA HERNANDEZ MARFIL, SONIA PULIDO GONZALEZ, VERÓNICA AGUILAR CASADO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 83 años que acude a urgencias por angina de pecho de 6 meses de evolución y tras varios pérdidas de conciencia estando en su domicilio. Paciente sin alergias medicamentosas conocidas, parcialmente dependiente para actividades de la vida diaria con antecedentes de HTA, dislipemia, EPOC leve y deterioro cognitivo leve. Con antecedentes de cardiopatía isquémica de larga evolución en forma de IAM inferior, por lo que se procedió a colocar 2 stents en arteria CD.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientado. Estable HDM. Eupneico en reposo. Auscultación cardíaca con soplo sistólico eyectivo (3/6) irradiado a ápex sin tercer ruido. Pulsos carotídeos disminuidos. Soplo femoral bilateral. MVC bilateral. Abdomen blando y depresible. Pulsos periféricos presentes, pero débiles. Palidez cutánea y edemas en EEII. Signos anterógrados y retrógrados de IC. ECG muestra lesión subepicárdica difusa. Analítica con marcadores de daño miocárdico levemente positivos. Además presenta criterios de hipertrofia ventricular izquierda y de sobrecarga sistólica. ETT muestra diámetro aórtico de 0,75cm con disfunción ventricular severa (FE:22%). Se realiza cateterismo urgente que muestra lesiones difusas no revascularizables con imágenes similares al cateterismo previo.

JUICIO CLÍNICO: Estenosis aórtica (EAo) severa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se orienta como EAo severa debido a la clínica que presenta el paciente y la exploración (soplo cardíaco), criterios ecocardiográficos y electrocardiográficos. Cuando el diámetro es inferior a 1 cm se considera la estenosis como severa.

CONCLUSIONES: La estenosis aórtica severa consiste en un estrechamiento del diámetro de la válvula aórtica impidiendo la salida de la sangre del ventrículo izquierdo hacia el resto del cuerpo. El pronóstico suele ser grave debido a que el flujo de sangre se puede ver disminuido en gran cantidad. En este caso el paciente se traslada a la unidad coronaria para el control de los síntomas que presenta y se le planteará la opción de realizar una recambio valvular transcutánneo (TAVI).

PALABRAS CLAVE: ESTENOSIS AÓRTICA, SÍNCOPES, VALVULOPATÍA, VÁLVULA AÓRTICA.

IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO PARA LA PREVENCIÓN DE CARDIOPATÍAS

MARIA DEL CARMEN MORALES REDONDO, FULGENCIA INMACULADA SANCHEZ VALVERDE, EUSEBIA SEGURA HERRERO, DIEGO FABIAN CABRERA CUEVA, CARLOS RUIZ SEGURA, FRANCISCO RUIZ PARRA, FRANCISCO JAVIER RUIZ SEGURA

INTRODUCCIÓN: En la actualidad el sedentarismo es un problema de salud pública, este va relacionado a su vez con un mayor riesgo de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, aumentando el índice de enfermedades cardiovasculares. Está demostrado la relación positiva entre mejor capacidad física y menor mortalidad.

OBJETIVOS: Determinar la importancia del ejercicio físico en la protección cardiaca.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica sobre los beneficios del ejercicio físico para la protección cardiaca. Para ello nos hemos apoyado en bases de datos como la Fundación Española del Corazón, Science Direct-Medicina Clínica, Revista Española de Cardiología.

RESULTADOS: Los beneficios de la práctica de ejercicio físico están demostrados. Solo es necesario practicarlo a una intensidad ligera-moderada. Se regula la tensión arterial, disminuyéndola, tanto la sistólica como la diastólica. Aumenta el HDL –colesterol, también llamado colesterol bueno. Disminuye los triglicéridos. Aumenta la actividad fibrinolítica, disminuyendo el riesgo de trombosis. Mejora el control de la glucemia, aumentando la sensibilidad a la insulina, y facilita la pérdida de peso. Disminuye la aparición de arritmias. Mejora el funcionamiento del endotelio, disminuyendo el riesgo de padecer aterosclerosis.

CONCLUSIÓN: Aunque durante la realización de un ejercicio extenuante aumenta temporalmente el riesgo de infarto agudo de miocardio, el balance entre los riesgos y los beneficios es claramente favorable a éstos, aunque hay un umbral mínimo de gasto energético semimal necesario para disminuir el riesgo cardiovascular.

PALABRAS CLAVE: PROTECCIÓN CARDIACA, MORTALIDAD CARDIOVASCULAR, SALUD PÚBLICA, EJERCICIO FÍSICO.

SÍNCOPE CARDIOGÉNICO EN PACIENTE ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO

EVA CABRERA GARCÍA, MARIA ISABEL VALLEJO HERRERA, ANA MARÍA HERRERA RUBIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 84 años con antecedentes de HTA, ex fumador desde hace 15 años, colecistitis aguda litiásica resuelta con tratamiento conservador, gastropatía por consumo de AINES, anemia normocítica, hiperuricemia. No alergias medicamentosas. Ingresa en la planta de cardiología para estudio por síncope de repetición.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su ingreso en planta presenta un buen estado general, eupneico en reposo y al habla, TA 140/72 mmHg. Tonos cardiacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular normal, con ligeros crepitantes en bases. No edemas en miembros inferiores ni signos de TVP. ECG basal: ritmo sinusal a 78 lpm, con BAV de primer grado con PR en torno a 300 msg, eje normal, sin trastornos de conducción intraventricular ni alteraciones de la repolarización. Varios trazados con BAV de segundo grado Mobitz I. Analítica: Glucosa: 88 mg/dl; Urea: 69 mg/dl; Creatinina: 1,34 mg/dl; Sodio: 139 meq/L; Potasio: 4,8Meq/L; Leucocitos: 3,8; Hemoglobina: 10g/dl; Mcv: 99,4fl; Mch:33,6pg; Inr: 1,34. Rx tórax: ICT normal, sin signos congestivos. Ecocardiografía: HVI ligera con FE conservada. AI ligeramente dilatada. Esclerosis valvular aórtica con buena apertura. En la monitorización en planta se aprecian episodios de bloqueo AV de segundo y tercer grado por lo que cardiología propone la implantación de un marcapasos definitivo. Al paciente se le implanta un marcapasos definitivo por vía subclavia izquierda sin incidencias.

JUICIO CLÍNICO: Síncopes recurrentes secundario a Bloqueo AV de alto grado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Existen diferentes etiologías para el síncope: vasovagal, por hipotensión ortostática, arritmias cardíacas, enfermedades estructurales cardíacas o pulmonares, cerebrales. Es a través de la exploración y las pruebas complementarias, en este caso con la monitorización y ECG, como se confirma el diagnóstico.

CONCLUSIONES: Es importante el diagnóstico precoz de la causa subyacente del síncope ante la sospecha de arritmias e instaurar el tratamiento adecuado con objeto de disminuir la morbimortalidad del paciente.

PALABRAS CLAVE: SÍNCOPE, ETIOLOGÍA, TRATAMIENTO, MARCAPASOS, BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR.

A PROPOSITO DE UN CASO: ANGINA INESTABLE DESDE URGENCIAS

ANDREA MARTIN ALVAREZ, ANDREA MARTINEZ URQUIJO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 30 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias en UVI móvil, el aviso al servicio de emergencias fue dolor centrotorácico opresivo (EVA: 8/10). En el traslado le administran 1 cp Cafinitrina SL + 3mg Cl. Mórfico IV con mejoría del dolor (2/10). AP: Tabaquismo desde los 14 años, diabetes insulínica desde hace 16 años, HTA a tratamiento desde hace 6 meses.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Eupneico, consciente y orientado, fetor etílico. PVY normal, ACP normal, abdomen indoloro sin RHY. EE sin edema, tibiales posteriores de amplitud media. EKG: Ritmo sinusal a 90 lpm, mínima alteración de la repolarización en inferiores. Rx Tórax: ICT normal, sin congestión ni infiltrados. Analítica venosa completa: Troponina 8, CK 200, glucemia 210, K 3,2 resto normal Eco-Transtorácica.

JUICIO CLÍNICO: Angor inestable. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** IAM.

PLAN DE CUIDADOS: Control del riesgo. Apoyo emocional. Enseñanza. Proceso-Enfermedad.

CONCLUSIONES: Un paciente con una angina inestable precisa un ingreso en unidad de hospitalización con monitorización hemodinámica continua (control por enfermería), para prevenir complicaciones; controles analíticos seriados de enzimas cardíacas, pruebas de esfuerzos y cateterismo diagnóstico así como fármacos vasodilatadores y anticoagulantes. Cuidados de enfermería en cuanto a infecciones, y apoyo en las esferas biopsicosociales, educación para la salud.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, ANGINA, URGENCIAS, MONITORIZACION.

CUIDADOS EN PACIENTES INTERVENIDOS POR CATETERISMO CARDÍACO

RAQUEL LÁZARO ALEGRE, IRENE MILLA PEINADO, MARÍA DEL CARMEN MORAL GARRIDO

INTRODUCCIÓN: El cateterismo cardíaco, es una técnica invasiva, mediante la cual se puede estudiar la anatomía del corazón, arterias coronarias y su funcionamiento. Tiene objetivo tanto diagnóstico como terapéutico. Como toda técnica invasiva tiene unas complicaciones: propias de la técnica como arritmias graves, bradicardia, hipotensión o cierre súbito del stent y locales como hematoma o sangrado.

OBJETIVOS: Conocer la función de enfermería en el cateterismo cardíaco.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sobre la función que realiza enfermería en la preparación y control del paciente. Se consultaron revistas científicas (Cuiden, Dialnet, Pubmed, Enfermería intensiva) utilizando descriptores: cateterismo cardíaco, preparación, enfermería, complicaciones.

RESULTADOS: Se muestra las intervenciones realizadas por enfermería en el pre-cateterismo: modificación de medicación habitual. ECG. Analítica Sanguínea. Pesar y tallar. Rasurado como previsión a un posible acceso femoral. Ayunas de 6 horas. Toma de constantes. Y check-in de todo lo anterior antes de pasar al servicio de hemodinámica. Post-cateterismo: acogida del paciente y toma de constantes, asegurarse de las recomendaciones por parte del servicio de hemodinámica, ECG. Valorar pulsos del miembro en el que se ha realizado el acceso. Recordatorio de evitar movimiento del miembro por riesgo de hemorragia. Retirada de vendajes compresivos tras las horas necesarias según la zona y función de la intervención. Reinicio de medicación.

CONCLUSIÓN: La función de enfermería en el proceso es básica, tanto en su función preparadora para la intervención mediante la modificación y comprobación de la medicación habitual de anticoagulantes, antiagregantes; como en la función informativa sobre la intervención y conseguir que el paciente esté informado de lo que se le va a realizar y evitar así sentimientos de miedo o indefensión; como en el post-cateterismo, en el control del paciente para el reconocimiento de complicaciones derivadas de la intervención.

PALABRAS CLAVE: CATETERISMO, COMPLICACIONES, HEMORRAGIA, ENFERMERÍA.

LA MUERTE SÚBITA: UN PROBLEMA SANITARIO

MARIA DEL MAR HERNANDEZ ROMERA, MARÍA MÉNDEZ SÁNCHEZ, ELISABET LOPEZ MONTES

INTRODUCCIÓN: La muerte súbita representa un desafío para la sanidad, ya que es inesperado y dramático para el paciente y para el que se encuentre a su alrededor. Sabemos que las enfermedades cardíacas son la principal causa de muerte y en algunas ocasiones provocan esta muerte súbita cardiovascular (MSC). Por ello nos parece interesante ahondar en las causas de este fenómeno que nos deja sin aliento.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es analizar las causas principales de la aparición de la MSC.

METODOLOGÍA: Para ello hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema. Hemos delimitado la selección de artículos en un intervalo entre 2014-2018, en webs como Scielo y bases de datos cómo Dialnet.

RESULTADOS: Hemos conocido que las principales causas son principalmente si prevalece una enfermedad cardiovascular, pero la mayoría de los casos de MSC son aquellos en los que el paciente tiene factores de riesgo de Cardiopatía Isquémica (CI) pero no está diagnosticada la enfermedad. Cómo por ejemplo la HTA, tabaquismo, DM, obesidad, dislipemia o sedestariamo. En un segundo grupo podemos encontrar a pacientes con alguna cardiopatía congénita o adquirida que no se presupone que pueda ocurrir este fenómeno; y, por último, un tercer grupo con pacientes que tiene antecedentes de TV, FV o síncope y han sido recuperados de una parada. Al reconocer a pacientes de mayor riesgo, podemos así optimizar recursos y tomar medidas preventivas, cómo es la colocación de un DAI, en ciertos casos.

CONCLUSIÓN: Lo que tenemos claro que la principal medida es la prevención, ya que este episodio va a ocurrir en un espacio extrahospitalario a pacientes con factores de riesgo, por lo que nuestro trabajo será incidir, sobre todo, en la educación de éstos pacientes para reducir esta complicación que, en muchos casos, y según la rapidez de actuación puede ser mortal para estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: MUERTE SÚBITA, CAUSAS, INCIDENCIA, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

INFLUENCIA DEL AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

ANA MARTA SENABRE PÉREZ DE LA CRUZ, MARTA TOLEDO ARMENTEROS, HUGO BERMUDEZ RILO

INTRODUCCIÓN: La Insuficiencia Cardíaca (IC) es un síndrome clínico crónico y progresivo, donde el músculo del corazón no puede bombear suficiente sangre para satisfacer las necesidades metabólicas. Las principales causas de hospitalización están relacionadas con prácticas inadecuadas de autocuidado que contribuyen a la falta de adherencia del paciente al tratamiento farmacológico y no farmacológico, siendo fundamental la promoción del autocuidado, implicando actividades y habilidades que un individuo debe aprender y utilizar para mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS: El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer cómo afecta el autocuidado en personas que padecen IC.

METODOLOGÍA: La metodología se basa en la búsqueda de los artículos estudiados entre el año 2014 al 2017 mediante las bases de datos de Pubmed, The Cochrane Library, Elsevier y Cuiden, utilizando como estrategia de búsqueda los descriptores “autocuidado” y “IC” para cada base de datos. De los 109 artículos existentes, después de analizarlos con los criterios de inclusión y exclusión finalmente 8 artículos fueron elegidos.

RESULTADOS: Los resultados demuestran que el autocuidado es un aspecto fundamental en el seguimiento y tratamiento de estos pacientes. Tanto los hombres como las mujeres han mejorado su autocuidado tras una intervención mejorando su adherencia terapéutica. Un mayor autocuidado se relacionó con mejores conocimientos sobre la IC y el diagnóstico de cardiopatía isquémica.

CONCLUSIÓN: En conclusión, la IC causa un gran impacto en la vida. Un número significativo de pacientes todavía tienen limitaciones marcadas en diversas áreas de su vida, principalmente en la realización de prácticas de autocuidado. Palabras claves: enfermedad crónica, calidad de vida, intervenciones, tratamiento y corazón.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD CRÓNICA, CALIDAD DE VIDA, INTERVENCIONES, TRATAMIENTO, CORAZÓN.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y DESFIBRILACIÓN EXTERNA EN PACIENTES CON MARCAPASOS O DESFIBRILADORES

CLARA DE PABLO BOTA, MARTA DE PABLO BOTA, MIQUEL SITJAR SUÑER, NEUS BOSCH RUÉ, ÁNGELES LÓPEZ SÁNCHEZ, LAURA VILÀ PORSELL

INTRODUCCIÓN: La reanimación cardiopulmonar (RCP) y la desfibrilación externa son procedimientos médicos de urgencia que se utilizan para ayudar a las personas a sobrevivir a condiciones tales como una parada cardíaca, llamada la "muerte súbita". La RCP y la desfibrilación externa se practican habitualmente en hospitales, así como en la comunidad, bien por gente que no trabaja en sanidad como por profesionales que asisten en las urgencias. Se debe de seguir los procedimientos normales para administrar el soporte vital cardíaco (RCP y/o desfibrilación externa) para todas las personas. Si se sabe que un candidato a RCP tiene implantado un marcapasos o un desfibrilador, la persona que proporcione asistencia puede tener preguntas o dudas con respecto al soporte vital cardíaco.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca de las dudas a todo el colectivo sanitario y a todas aquellas personas que en un momento dado tengan que actuar ante esta situación, que pueden surgir entorno a la aplicación de RCP en personas que tienen implantados un marcapasos o un desfibrilador.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica existente en la última década (2008-2018) en las bases de datos: Medline, Pubmed, Cinahl y Cuiden. Los criterios de inclusión para los artículos utilizados fueron el idioma de publicación (español e inglés) y en referencia a la población adulta.

RESULTADOS: La RCP y la desfibrilación externa se puede aplicar en paciente que tienen implantados DAI o marcapasos siempre mirando de hacer las compresiones en la zona correcta no encima del dispositivo y para la desfibrilación externa es importante no colocar los parches encima del dispositivo.

CONCLUSIÓN: Enfermería, dentro del equipo sanitario, no debe tener dudas ante estas situaciones ya que es el personal que pasa la mayor tiempo con el paciente. Es una situación en la que se puede encontrar en ocasiones y debe de actuar rápido y sin tener ninguna duda.

PALABRAS CLAVE: MARCAPASOS, PACEMAKER, DAI, TRC-D, TRC-P, AHA.

ANGINA INESTABLE O INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: COMPLICACIONES DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

NOELIA DOMÍNGUEZ MANZANO, FÉLIX RODRÍGUEZ GÓMEZ, MARIA TERESA CARDEÑA RAMIREZ, MIRIAM VILCHES MORENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 65 años que acude a consulta de urgencias del centro de salud por disnea progresiva y cansancio desde hace tres meses. Refiere sensación de falta de aire con pequeños esfuerzos y ortopnea sin dolor torácico ni cortejo vegetativo asociado. De forma súbita mientras caminaba presenta síncope por lo que es atendido por el equipo de emergencias que detecta glasgow de 6, edema agudo de pulmón y shock cardiogénico con soplo de intensidad IV/VI en foco mitral. Se procede a intubación y estabilización hemodinámica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración inicial en la primera consulta se detecta un soplo pansistólico en foco mitral. No signos de ingurgitación yugular. No edemas en miembros inferiores. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal. ECG: ritmo sinusal a 87 latidos por minuto sin signos de sobrecarga ni isquemia. Tensión Arterial de 152/91mmHg. Saturación de oxígeno 95%. Se inicia tratamiento con IECA y se deriva a consultas de cardiología para valoración. En consulta externa de cardiología se realiza ecocardiografía que informa de insuficiencia mitral degenerativa con prolapso del velo posterior por rotura de cuerdas tendinosas con fracción de eyección ventricular izquierda del 40% por lo que se estima cirugía. Se realiza estudio hemodinámico para despistaje de lesiones previa intervención que muestra arterias coronarias sin lesiones significativas.

JUICIO CLÍNICO: Rotura de músculo capilar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Insuficiencia mitral; rotura de pared libre; IAM; aneurisma ventricular. Infarto de ventrículo derecho.

PLAN DE CUIDADOS: Cirugía urgente.

CONCLUSIONES: Las complicaciones del infarto son una realidad que habitualmente aparecen en las 48 horas posteriores al evento agudo. Pero a veces una angina inestable puede ser el pródromo y ser esta complicación el debut clarividente de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, ROTURA DE TABIQUE IV, INFARTO DE VENTRÍCULO DERECHO, ROTURA CARDÍACA, INSUFICIENCIA MITRAL.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE SOMETIDO A CATETERISMO CARDÍACO CON PULSERA NEUMÁTICA

VERONICA RAMOS ZALDIVAR, VALENTINA GOMEZ CASTRO, MARTA MARIA VILARÓ BELOSO

INTRODUCCIÓN: La enfermería realiza un papel importante para responder a las necesidades de información y conocer los cuidados previos, durante y después del procedimiento así como los aspectos relacionados con la calidad del proceso, para asegurar una asistencia integral. El Cateterismo cardíaco es una técnica radiológica invasiva que permite descartar lesiones en las arterias coronarias y la severidad y extensión de las mismas. Se realiza mediante la punción de una arteria, radial o femoral, por la que se introduce un catéter que llega a las arterias coronaria y cavidades cardíacas. Tras dicha técnica se realiza compresión sobre la zona de punción mediante vendaje compresivo o pulsera neumática.

OBJETIVOS: Establecer la evidencia disponible sobre el uso de pulsera neumática frente al vendaje compresivo en el cateterismo cardíaco de acceso radial, y valorar complicaciones y riesgos más frecuentes entre ambas técnicas de compresión.

METODOLOGÍA: Realizamos una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema en las bases de datos electrónicas como Dialnet, Medline, Scielo, y Lilacs y publicaciones científicas en revistas como Enfermería en Cardiología y Enfermería Clínica.

RESULTADOS: Las complicaciones más frecuentes tras un cateterismo cardíaco de acceso radial fueron: hematomas, sangrado leve, dolor y edema en la zona de punción, alteración, sensibilidad y obstrucción de la arteria radial (OAR). EL uso de vendaje compresivo es más seguro para evitar aparición de complicaciones vascular. La compresión radial con pulsera neumática conlleva mayor riesgo de hematomas al iniciar la compresión y de sangrado durante su retirada.

CONCLUSIÓN: El Cateterismo cardíaco es una técnica, con un coste-efectividad de valor elevado, Enfermería debe conocer los procedimientos y asegurar unos cuidados y un proceso asistencial de calidad.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS ENFERMEROS, ARTERIA RADIAL, HEMOSTASIA, COMPLICACIONES, CATETERISMO CARDÍACO.

CRIBADO SÍNDROME DE BRUGADA EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO EN PACIENTE CON MUERTE SÚBITA

MERCEDES ESPINOSA CUEVAS, CARLOS GARCÍA MATURANA, MARIA ANGELES QUERO QUERO, CRISTINA ORTEGA SABIO, CRISTINA DE PRADOS GONZÁLEZ, MARIA ROSA SILVESTRE, LARA CABRERA JIMENEZ, ANA MUÑOZ MÉNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: El síndrome de Brugada se caracteriza por un patrón electrocardiográfico característico en precordiales derechas y su importancia radica en la prevención de arritmias malignas y muerte súbita. Se incluye entre las canalopatías. En nuestro caso, se comenzó a estudiar a los familiares de primer grado de un paciente que presentó una muerte súbita abortada, sin tener una enfermedad cardíaca estructural, cuyo diagnóstico de este síndrome se produjo en el momento de los síntomas. Nuestro caso trata sobre el hijo del paciente, de 32 años. Entre sus antecedentes personales, destaca la presencia de glomerulonefritis con proteinuria subnefrótica en relación con su obesidad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Desde el punto de vista cardiovascular, está totalmente asintomático. En consulta presenta una TA de 110/60 mmHg y FC 60 lpm, destacando una obesidad abdominal importante. En la auscultación no se observan soplos y no tiene edemas. Como pruebas complementarias han sido necesarias: - ECG: RS, con rS en III y aVF. - Ecocardiografía: VI de tamaño normal con FE 55%. Cavidades y válvulas normales. - Ergometría: se ejercita mediante el protocolo de Bruce durante 09:38 min; deteniéndose la prueba por cansancio. En conclusión, es negativa tanto clínica como eléctricamente. - Holter: normal. - Test de la flecainida: se hace con 150 mg en 10 minutos, resulta negativa.

JUICIO CLÍNICO: Familiar de primer grado con síndrome de brugada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** - DAVD - Fármacos antiarrítmicos.

PLAN DE CUIDADOS: El DAI es el único tratamiento de eficacia realmente demostrada. En general, se recomienda implantación de DAI a todos los pacientes que ya hayan sufrido síntomas y a los pacientes asintomáticos en quienes el EEF induzca arritmias ventriculares, especialmente si presentan patrón ECG tipo I de forma espontánea.

CONCLUSIONES: En general, podemos decir que este síndrome es una patología infradiagnosticada y que es necesario un estudio básico ante la más mínima sospecha del mismo, dado el posible desenlace fatal.

PALABRAS CLAVE: CANALOPATIAS, MUERTE SUBITA, DAI, BRUGADA.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN VARÓN JOVEN: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

SONIA PÉREZ GÓMEZ, NURIA HERNANDEZ MARTÍNEZ, MARÍA DOLORES LÓPEZ ROJAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 34 años sin antecedentes médicos de interés ni hábitos tóxicos, que acude a urgencias por dolor centrotorácico opresivo no irradiado (EVA 5/10) con intensificación progresiva (10/10) asociando sudoración profusa, náuseas y presíncope mientras se encontraba en un juicio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 165/100, FC: 120lpm, s02: 99%. AC: tonos rítmicos apagados, no soplos. Resto sin hallazgos. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** -ECG: ritmo sinusal con elevación de segmento ST de V1 a V4. -Hemograma: Hb: 11.9, Hto: 38, PNM: 77%. -Bioquímica: LDH: 241, troponina: >78ng/ml. Resto dentro de parámetros normales -Radiografía de tórax: índice cardiotorácico aumentado, aurícula izquierda dilatada -Cateterismo cardiaco: angioplastia con implante de stent directo farmacoadactivo en tercio medio de DA. -Ecocardiograma: disfunción moderada de VI resuelta (FE 37i57%), aurícula izquierda de 34mm, acinesia septal anterior-medio-apical, discinesia inferoapical, trombo apical

JUICIO CLÍNICO: Síndrome coronario agudo con elevación de ST anterior. KILLIP I, enfermedad severa de un vaso, aterosclerosis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Pericarditis, taponamiento cardiaco, aneurisma aórtico, disección aórtica, osteocondritis, tromboembolismo pulmonar, neumonía, neumotórax, úlcera gástrica, ansiedad.

PLAN DE CUIDADOS: Tras estabilización clínica, el paciente es trasladado a urgencias hospitalarias y siendo ingresado en UCI. Evolución satisfactoria siendo dado de alta con tratamiento antiagregante doble más antitrombótico por la existencia de trombo intracavitario.

CONCLUSIONES: El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en cualquier ámbito sanitario, a pesar de cual continua siendo un reto diagnostico tanto en la consulta de atención primaria como en los servicios de urgencias. Se presenta un caso de cardiopatía isquémica en paciente joven que consideramos de gran interés al no ser una presentación habitual en este rango etario y donde un retraso diagnóstico-terapéutico podría ser fatal. Así mismo, resaltar que, al tratarse de un paciente sin factores de riesgo cardiovascular ni historia familiar de cardiopatía isquémica precoz, se hace necesaria una investigación posterior en busca de causa protrombótica predisponente (trombofilia).

PALABRAS CLAVE: DOLOR TORÁCICO, JOVEN, INFARTO, TROMBOFILIA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PATOLOGÍA CARDÍACA PEDIÁTRICA

MARINA RAMÍREZ GÓMEZ, LAURA MUYOR MUÑOZ, JULIETA ROMERO VILLALBA

INTRODUCCIÓN: Las cardiopatías congénitas del corazón constituyen 90% de las causas de fallo cardíaco, éstas pueden llevar al niño a un estado crítico. El alto índice de mortalidad en todos los grupos de edad infantil, en ausencia de medidas terapéuticas rápidas y eficaces, reflejan la importancia de que exista un personal de salud, en particular, un enfermero/a. Para garantizar la efectividad de las intervenciones de enfermería, se requiere un personal con dominio en el conocimiento de la fisiopatología, tratamiento farmacológico, efectos terapéuticos y adversos, y cuidados de enfermería, basados en las necesidad del paciente pediátrico.

OBJETIVOS: Conocer los cuidados de enfermería para mejorar la calidad y disminuir las complicaciones de la patología.

METODOLOGÍA: Se trata de una revisión bibliográfica para la cual se ha realizado una búsqueda de información a través de bases de datos de Ciencias de la Salud como PubMed, Cuiden, Scielo, y Dialnet. También se ha accedido a revistas científicas las cuales contenían la información requerida. Los criterios de inclusión han sido artículos científicos publicados entre 2012 y 2017.

RESULTADOS: Existen medidas para disminuir la presión o la obstrucción y permitir que fluya más la sangre hacía los pulmones y menos a través de la CIV. Sin embargo, estas no siempre son efectivas. Por todo ello es necesario la atención de estos niños en la unidad de cuidados intensivos de un equipo de enfermería completamente preparado y capacitado.

CONCLUSIÓN: Tras la correcta consolidación de los conocimientos en el personal de enfermería acerca a los cuidados necesarios de un niño de estas características. Podemos revelar los diferentes signos y síntomas que nos muestran una evolución desfavorable en el pronóstico de estos niños y así poder conseguir unos cuidados adecuados para mejorar su calidad de vida, paliando las diversas complicaciones de la misma hasta poder llegar a evolucionar consiguiendo el bienestar de los niños.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, CUIDADOS, CARDIOLOGÍA, PATOLOGÍA, PEDIÁTRICA.

DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE DE 20 AÑOS

ANA MARTÍN CASCÓN, MÓNICA MARTINEZ MARTINEZ, VICTORIA CALLEJO HURTADO,
ESTHER GARCIA MARTINEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 20 años con antecedentes personales de tabaquismo (fumador de unos 2-3 cigarrillos/día), sin otros antecedentes de interés, que consulta en el servicio de Urgencias por un cuadro de una semana de evolución de odinofagia, rinorrea y tos seca, a lo que en las últimas 24 horas se asocia dolor opresivo en hemitórax izquierdo que aumenta con la inspiración profunda, malestar general, fiebre y palpitaciones. En la exploración física destaca una temperatura de 38 °C y una frecuencia cardíaca a 110 latidos por minuto, siendo el resto de la exploración normal. Dada la sospecha inicial de pericarditis se solicita una analítica con CPK y Troponina, cuyas cifras se encuentran dentro del rango normal, un electrocardiograma, sin alteraciones, y una radiografía de tórax, donde se observa un aumento de densidad en base izquierda, planteándose el diagnóstico de neumonía atípica. No obstante, debido a la sospecha diagnóstica inicial se decide mantener al paciente en observación, repitiéndose el electrocardiograma a las 5 horas, donde se objetiva un descenso del segmento PR y ascenso de ST en II, AVF y V2-V6, y un nuevo control de troponinas, apreciándose una discreta elevación de la misma, por lo que finalmente se comenta el paciente con la UCI, que acepta el ingreso a su cargo con el diagnóstico final de miopericarditis. El paciente es tratado con antiinflamatorios presentado buena evolución clínica y siendo alta en una semana.

CONCLUSIONES: La pericarditis es una entidad frecuente en los servicios de Urgencias. En ocasiones, puede asociar elevación de biomarcadores cardíacos, lo que se conoce como miopericarditis. Es importante pensar en esta enfermedad, ya que a veces, puede llegar a confundirse con otras patologías como una neumonía atípica. Asimismo, utilizar las pruebas complementarias como un apoyo para confirmar nuestra sospecha, no centrandolo el diagnóstico exclusivamente en ellas.

PALABRAS CLAVE: DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, SALUD, DOLOR.

DOLOR DE PECHO EN PACIENTE JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO

LIDIA SERRANO MARTINEZ, MARÍA JIMÉNEZ SOLA, BEATRIZ LOBO COLOMINAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 21 años sin antecedentes de interés, no bebedor ni fumador. Comenta un cuadro de 5 días de evolución de malestar general, fiebre aislada en varios días de máximo 38.5° C. Además de dolor centrotorácico y hemitórax izquierdo que le aumenta con la inspiración y no con los cambios posturales. Anteriormente a comenzar con la clínica se diagnosticó de neumonía que estuvo tratando con antibióticos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientado, regular estado general, fiebre, no signos sépticos ni meníngeos ACR: taquicárdico rítmico, no roce pericárdico, MVC sin ruidos agregados Rx tórax: no infiltrados ni condensaciones. Analítica sanguínea: LDH: 356 PCR: 50 (previa 103). Hemograma: leucocitos 6300, PMN:77% TnI: 0.100 ECG: Ritmo sinusal con leve ascenso ST < 5 mm en cara lateral alta. No infradesnivel de PR ECG de control: Ritmo sinusal con supradesnivel de ST de 1 mm en cara lateral alta y anterolateral y 0.5 Mm en cara inferior con infradesnivel del PR 0.5 Mm.

JUICIO CLÍNICO: Pericarditis aguda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cardiopatía isquémica, disección aórtica, neumotórax, neumomediastino, pleuritis, tromboembolia pulmonar, neumonía, traqueobronquitis, enfermedad esofágica, perforación víscera hueca, úlcera péptica, pancreatitis, enfermedad biliar, causas psicógenas.

PLAN DE CUIDADOS: Ácido acetilsalicílico 500 mg 2-2-2 en pauta descendente 3 semanas Colchicina 0.5 Mg 1-0-1 3 meses. Reposo 15 días y no realizar actividad física en tres meses.

CONCLUSIONES: La atención al paciente joven con infección preva y fiebre, para descartar siempre este proceso antes de achacarlo a un dolor tipo muscular, además de evaluar la gravedad de la pericarditis y descartar que sea grave o haya taponamiento cardíaco.

PALABRAS CLAVE: FIEBRE, RESPIRACIÓN, POSTURA, JOVEN.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ENFERMERÍA: RETIRADA SEGURA DE PULSERA NEUMÁTICA RADIAL

MARIAJOSE ORTEGA MARTIN, CRISTINA GALERA NAVARRO, SILVIA ROSILLO SAN JUAN

INTRODUCCIÓN: El cateterismo cardíaco es una exploración invasiva que permite el estudio anatómico y funcional del corazón, los grandes vasos y las arterias coronarias mediante la introducción de un catéter por arteria femoral o arteria radial. Numerosos estudios han demostrado que la utilización de la vía radial supone una significativa disminución de las complicaciones vasculares en el sitio de punción, lo que facilita el alta precoz del paciente y hace más confortable el período postcateterismo.

OBJETIVOS: Analizar evidencias científicas sobre la utilización de la pulsera neumática radial en cateterismo cardíaco.

METODOLOGÍA: Se realiza búsqueda bibliográfica sobre los dispositivos de compresión y su seguridad en distintas bases de datos: Cuiden, Medline, ScienceDirect, Medes, Cochrane Plus.

RESULTADOS: Los estudios revisados demuestran que los pacientes intervenidos por arteria radial y que utilizaron como método de compresión la pulsera neumática tuvieron una rápida recuperación con alta domiciliaria entorno a 4 horas y sin presentar signos de sangrado tras su retirada. Sin embargo, las referencias bibliográficas concluyen que la compresión manual radial requiere más tiempo en su retirada y con más probabilidades de presentar hemorragia.

CONCLUSIÓN: Se puede observar que los cuidados de enfermería postcateterismo radial con pulsera neumática favorece la deambulación temprana, lo que facilita el alta precoz del paciente. Supone una disminución significativa de complicaciones vasculares en la zona de punción y con menor probabilidad de presentar signos de hemorragia en comparación con la compresión manual.

PALABRAS CLAVE: PULSERA NEUMÁTICA, ENFERMERÍA, ARTERIA RADIAL, CUIDADOS POSTCATETERISMO.

MIOCARDIOPATÍAS SIN DETECTAR: CAUSA DE MUERTE SÚBITA EN DEPORTISTAS

VERONICA SARRIA RAMIREZ, CRISTINA DIAZ LOPEZ, MARINA VILLANUEVA GOMEZ

INTRODUCCIÓN: Aunque la muerte súbita entre deportistas no es algo muy frecuente, tiene mucha repercusión públicamente. Es difícil entender que deportistas de alto nivel deportivo puedan fallecer tan abruptamente. Después de haber pasado con éxito los chequeos médicos, en casi ningún caso, ninguno de ellos conocía que tenía un problema cardiovascular. Las anomalías cardíacas o problemas cardiovasculares son alguno de los motivos predominantes de muerte súbita entre deportistas.

OBJETIVOS: Identificar los recursos para prevenir la muerte súbita, clasificar los procedimientos diagnósticos para el tratamiento de la patología cardiovascular y distinguir las diferentes causas de muerte súbita en deportistas de alto nivel.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Cochrane y Medline desde el año 2008.

RESULTADOS: Los resultados nos indican que la patología cardiovascular es la causa mas habitual de muerte súbita en deportistas de élite. Llama mucho la atención la dificultad para detectar patologías cardiovascular en los exhaustivos chequeos médicos a los que se ven sometidos los deportistas. Aunque afortunadamente es un hecho poco común, tiene un gran impacto en la sociedad al ser un hecho complemente público y muy relevante, ya que los deportistas son vistos como un ejemplo de buena salud y fortaleza entre la población.

CONCLUSIÓN: Es preciso la instauración de nuevos métodos diagnósticos y medios mas exhaustivos para la detección y detención de problemas cardiovasculares y cardíacos entre los deportistas.

PALABRAS CLAVE: PREVENCIÓN, MUERTE SÚBITA, DEPORTISTA DE ELITE, MIOCARDIPATÍAS.

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE UN CASO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

CRISTINA BENITEZ MARIN, TANIA BUENO GÓMEZ, ANA COBOS GINES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 78 años que acude al centro de salud porque refiere dolor en el pecho, ha vomitado y tiene un leve malestar general. Además el paciente refiere que se ha incrementado tras la ingesta de comida. Declara estar muy nerviosa y con un poco de ansiedad. Sus antecedentes personales son operada de hernia abdominal, y antecedentes cardíacos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración clínica general aporó los siguientes datos. TA: 145/78. Los resultados del ECG no se observó ninguna alteración con respecto a su ECG anterior, ni signos evidentes de infarto, simplemente una leve taquicardia fruto de los nervios de la paciente.

JUICIO CLÍNICO: Infarto agudo de miocardio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis la sospecha diagnóstica fue de acidez ocasionado por el reflujo gastroesofágico tras la ingesta de alguna comida copiosa. Aunque a priori no se puede descartar un infarto agudo de miocardio. Si tras una analítica de sangre se detecta algún valor superior a estos: mioglobina mayor de 85 ng/ml troponina T mayor de 0.1Ng/ml Troponina I mas de 0.4Ng/ml Creatinina quinasa mayor de 135 UI/l se podrá asegurar que el paciente presenta infarto agudo de miocardio. En caso contrario se le recomendará al paciente un cambio de su estilo de vida con una alimentación saludable realización de ejercicio y evitar el consumo de tabaco.

CONCLUSIONES: El infarto agudo de miocardio es actualmente una de las enfermedades que más muertes produce en la población. La aparición de complicaciones constituye uno de los momentos críticos tras un infarto. Para ello es necesario realizar una buena educación al paciente sobre los hábitos de vida saludables y autocuidados para disminuir los factores de riesgo y así poder evitar este tipo de situaciones.

PALABRAS CLAVE: INFARTO, COMPLICACIONES, SINTOMAS, SIGNOS.

FUNDAMENTOS ENFERMEROS EN EL CONTROL DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

JOSE MARCOS ARTILES RAMIREZ, MAR LAZARO HOZ, MARIA DEL CARMEN GOMEZ BEAS

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardíaca se puede definir como la incompetencia del músculo cardíaco para bombear un volumen de sangre suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas del organismo. Los pacientes que sufren esta patología requieren una toma estricta y regular de medicación y un control de los síntomas por parte de enfermería.

OBJETIVOS: Analizar los cuidados de enfermería y los resultados de una educación sanitaria continuada en pacientes con insuficiencia cardíaca para realizar un plan de cuidados estandarizado que facilite el tratamiento y asegure el seguimiento del tratamiento por parte del paciente.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos en las bases de datos Medline y Cinahl. Las palabras clave utilizadas fueron insuficiencia cardíaca, cuidados de enfermería, educación y los operadores booleanos utilizados fueron YES, NOT y OR. Se buscaron textos en español e inglés.

RESULTADOS: La evidencia científica demuestra que los pacientes que asisten de forma asidua a las citas control donde se valora las observaciones como tensión arterial, pulso y peso, y que recibieron y una correcta y continua educación sanitaria que abarcó desde la importancia de tomar la medicación todos los días y en hora a las recomendaciones dietéticas, redujeron el número de visitas hospitalarias relacionadas con un empeoramiento de su patología.

CONCLUSIÓN: Queda demostrado así que el papel de enfermería en el control y adhesión de los pacientes con insuficiencia cardíaca es primordial si se quiere mejorar la calidad de vida del paciente reducir el número de ingresos hospitalarios derivados de esta patología y por tanto reducir el gasto sanitario que estos generan.

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA CARDIACA, ENFERMERIA, EDUCACION SANITARIA, CONTROL.

INTERVENCIONISMO PERCUTÁNEO SOBRE ENFERMEDAD DE TRONCO CORONARIO IZQUIERDO MEDIANTE TÉCNICA DE DOBLE STENT: RESULTADOS DURANTE EL SEGUIMIENTO

ANA ISABEL RODRIGUEZ SERRANO, MIRIAM GOMEZ MOLINA, JUAN SANCHEZ SERNA

INTRODUCCIÓN: El intervencionismo coronario percutáneo (ICP) sobre lesiones coronarias en bifurcación constituye un desafío para el cardiólogo intervencionista, especialmente cuando se afecta el tronco coronario izquierdo (TCI). La técnica más comúnmente utilizada es el "stenting provisional". Sin embargo, lesiones bifurcadas de gran complejidad sobre TCI pueden requerir el empleo de técnicas de doble stent.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo fue evaluar los resultados del ICP sobre TCI mediante técnicas de doble stent.

METODOLOGÍA: Se realizó un análisis retrospectivo que incluyó a 10 pacientes consecutivos con lesión de TCI bifurcada tratada mediante ICP con técnica de doble stent (crushing o culotte) entre enero de 2015 y diciembre de 2016. Se evaluó la presencia de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) definidos como mortalidad cardiovascular, infarto de miocardio no fatal, revascularización de lesión diana y trombosis de stent.

RESULTADOS: La indicación fue síndrome coronario agudo en un 90% (55,6% sin elevación del ST) y cardiopatía isquémica estable en un 10%. 90% Eran hipertensos, 50% diabéticos y 50% presentaban disfunción sistólica de ventrículo izquierdo moderada-severa. El SYNTAX score fue ≥ 23 en un 60%. El 94,7% de los stents implantados fueron liberadores de everolimus y se realizó "kissingballoon" en un 80%. El seguimiento medio fue de. Se registró un 50% de eventos cardiovasculares mayores durante el seguimiento. La mortalidad cardiovascular fue del 30% y un 20% presentó infarto de miocardio no fatal. No se evidenciaron revascularización de la lesión diana ni trombosis del stent. La ausencia de realización "kissingballoon" final se asocia a un incremento de la mortalidad.

CONCLUSIÓN: La elevada tasa de eventos cardiacos adversos mayores durante el seguimiento traduce la elevada complejidad del tratamiento percutáneo de lesiones de TCI bifurcadas con técnicas de doble stent.

PALABRAS CLAVE: TRONCO CORONARIO IZQUIERDO, RESULTADOS, INTERVENCIONISMO PERCUTÁNEO, TÉCNICA DE DOBLE STENT.

CASO CLÍNICO: COMPLICACIONES DE UN MARCAPASOS

ANGELA FERNANDEZ SANCHEZ DE LEON, CRISTINA VARO CADENAS, ARTURO GUERRERO CIDRES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: A. F. P. Es un hombre de 48 años que ingresó para retirada del marcapasos por infección de la bolsa y sospecha de endocarditis. El marcapasos fue implantado en 2002. Desde 2012 ha sufrido tres ingresos con intentos de retirada del mismo sin éxito. Se retiró el marcapasos infectado, quedando pendiente de implantar uno nuevo en un segundo tiempo. Recibió tratamiento antibiótico intravenoso, precisando catéter PIC que hubo que retirar a las 48 horas por flebitis. Tras confirmación del diagnóstico de endocarditis presentó alergia a los apósitos adhesivos de la herida quirúrgica, estreñimiento crónico que empeoró durante el ingreso, insomnio, náuseas y dolor agudo. La paciente recibió el alta tras ser valorada por el servicio de arritmias y no presentar indicación de nuevo implante.

PLAN DE CUIDADOS: Elaboramos un plan de cuidados individualizado, utilizando el modelo de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NIC y NOC. Diagnósticos enfermeros: Estreñimiento, ansiedad, insomnio, deterioro de la integridad cutánea, dolor y náuseas. Problemas de colaboración: Riesgo derivado de procedimientos invasivos (catéter venoso) y riesgo derivado de procedimientos invasivos (herida quirúrgica).

CONCLUSIONES: Los cuidados enfermeros son un proceso continuo y dinámico, donde una vez planteados los pasos a seguir, puede evaluarse y redirigir los objetivos para solucionar los problemas que aparezcan. En nuestro caso, al alta continuaron los diagnósticos de estreñimiento y el deterioro de la integridad cutánea, delegando su seguimiento en la enfermera de enlace.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física destacaba una temperatura de 39 °C, con TA 105/90 y frecuencia cardíaca 78 pulsaciones por minuto, sin ingurgitación yugular ni adenopatías. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normales. Ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. Se realizó ecocardiograma transtorácico y ecocardiograma transesofágico. Seis hemocultivos extraídos resultaron positivos para *Staphylococcus epidermidis*.

JUICIO CLÍNICO: Endocarditis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis y los resultados de los dos ecocardiogramas, se confirma la sospecha de Endocarditis.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, COMPLICACIONES, MARCAPASOS, NANDA.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN ANCIANO INSTITUCIONALIZADO EN RESIDENCIA

NURIA MIRANDA RODRIGUEZ, MYRIAM MORENO RODRIGUEZ, SILVIA FRIAS PISTON

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre, 87 años, diabético insulino-dependiente, institucionalizado en residencia que consulta por cuadro clínico de dolor centrotorácico opresivo, no irradiado y sin cortejo vegetativo, intermitente, de 8 días de evolución que aparece con esfuerzo y mejora con reposo. No broncopata ni cardiopata conocido.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientado, colaborador, eupneico en reposo. -ACR: tonos rítmicos sin soplos, MVC. No edemas en MMII. -ANALÍTICA: hb-11.5, Hto-35, glucosa-322, urea-50, creatinina-0.9, Iones normales. Enzimas cardíacas seriadas con pico de: trop-2564, col total-105, LDL-55, HDL-31, TAG-99, HbA1-7.9 ECG: ritmo sinusal a 100lpm, QRS estrecho. Ventrículo izquierdo hipertrófico, de tamaño y función sistólica global y segmentaria normal. Aurícula izquierda dilatada(52ml/m2). Raíz aórtica norma. Cavidades derechas normales. VCI normal. Llenado ventricular izquierdo de déficit de relajación. Válvula aórtica tricúspide fibrocalcificada con apertura levemente reducida. IAo leve. Calcificación del anillo mitral, sin repercusión funcional, IM leve.

JUICIO CLÍNICO: IAM no quirúrgico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras las pruebas realizadas, comprobamos hipertrofia ventricular izquierda moderada y estenosis aórtica leve que confirman el diagnóstico. En analítica, aumento de glucemia (322mg/dl) y HbA1 (7.9), Lo que demuestra mal control de diabetes.

PLAN DE CUIDADOS: Indicar dieta diabética baja en grasas y sal. Manejo del tratamiento.

CONCLUSIONES: El IAM es una enfermedad cardíaca frecuente de mortalidad, por eso los pacientes con sospecha de IAM deben recibir atención medica urgente, donde el tratamiento tiene el objetivo de restablecer el flujo sanguíneo al miocardio, disminuir la lesión cardíaca y reducir el riesgo de nueva aparición y complicaciones. Deben seguir una vida saludable con ausencia de hábitos tabáquicos, dieta baja en colesterol y grasas, ejercicio físico y control de la TA y la diabetes.

PALABRAS CLAVE: IAM, DIABETES, DOLOR OPRESIVO, COLESTEROL.

INDICACIONES DE LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA SINCRONIZADA

TAMARA FERNÁNDEZ CARREÑO, JUAN CARLOS ANDUJAR BERENGUEL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 69 años que ingresa por cuadro de disnea progresiva. En tratamiento de hemodiálisis, durante la sesión presentaba deterioro hemodinámico en contexto de FA con respuesta ventricular rápida y dolor torácico. Además, ha presentado episodios de dolor de tipo anginoso de forma habitual. Buena evolución tras tratamiento con amiodarona que frena la frecuencia pero no la arritmia. Se cardiovierte con 150J, revirtiendo a sinusal a 90lpm con paciente asintomático. Antecedentes: HTA, DM, sobrepeso, insuficiencia renal en programa de HD, arteriopatía periférica, claudicación intermitente, cardiopatía isquémica crónica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El estado previo al tratamiento era regular, con TA: 145/77mmhg, FC: 150lpm. Bien coloreado y perfundido. Tonos arrítmicos a elevada frecuencia, crepitantes bibasales con SatO2 98% con mascarilla de alto flujo, sin signos de trabajo respiratorio. Abdomen normal, blando y depresible y no edemas periféricos. Radiografía con aumento trama broncovascular, EKG con FA con respuesta ventricular a 150lpm. Analítica de sangre con elevación de troponina. Tras tratamiento y estabilización se cursa angioTC pendiente de hacer.

JUICIO CLÍNICO: Epoc reagudizado FA con respuesta ventricular rápida **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Según la clínica del paciente y pendiente de resultados de pruebas complementarias, el diagnóstico diferencial es la FA.

PLAN DE CUIDADOS: Según los diagnósticos de enfermería, el plan de cuidados se centraría en el manejo del dolor, control de complicaciones respiratorias y cardias, prevenir complicaciones del acceso venoso y urinario. Apoyo emocional y resolución de dudas sobre estado de salud.

CONCLUSIONES: La cardioversión es la aplicación transtorácica de una descarga eléctrica que despolariza de forma brusca las miocárdicas. Frecuente y bien tolerado. La energía que se aplica es menor que en la desfibrilación y se realiza de forma sincronizada. Las indicaciones son cualquier tipo de arritmia que produzca inestabilidad hemodinámica (hipotensión, insuficiencia cardíaca, mala perfusión, etc.) Como fibrilación auricular, flutter auricular, taquicardia ventricular estable y taquicardia auricular. Es importante la sedación y analgesia del paciente.

PALABRAS CLAVE: CARDIOVERSIÓN, INDICACIONES, EVOLUCIÓN, TRATAMIENTO.

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO EN PACIENTE CON INFARTO RECIENTE

CINTIA MARIA MARTINEZ MATEU

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 71 años que acude al servicio de Urgencias por segunda vez en quince días por presentar dolor centrotorácico que describe como opresivo, no irradiado, que no relaciona con ningún movimiento, de varias horas de evolución y sin cortejo vegetativo asociado. Refiere que, desde el alta tras IAM, presenta este dolor casi a diario, que dura horas y de predominio en reposo. Además, cuadro de tos con expectoración blanquecina sin disnea ni fiebre termometrada concomitante los últimos días.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Palidez cutánea, normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo, sin tolerar decúbito. ACR rítmica, sin soplos audibles ni extratonos y murmullo vesicular conservado con roncus bilaterales. Resto sin hallazgos. ECG: Ritmo sinusal a 93 latidos. Elevación del punto “J” en V1-V2. T negativas en I, aVL, V5-V6 ya descritos en previos. Radiografía de tórax: Cardiomegalia. Imagen de condensación en lóbulo inferior izquierdo. No pinzamiento de senos costofrénicos. Analítica: destaca Hb 13,7mg/dL, leucocitosis de 13110 con 79% de neutrófilos. PCR 12.76 Mg/dL. Curva de troponina T: 115-120 ng/mL. Vscan a su ingreso: alteración del flujo a nivel de ventrículo izquierdo (VI) con dilatación del mismo. AngioTAC de tórax: estructura sacular en ápex cardíaco de unos 50mm, compatible con aneurisma/pseudoaneurisma ventricular izquierdo.

JUICIO CLÍNICO: Aneurisma ventricular. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El aneurisma de VI suele aparecer como consecuencia de un IAM, aunque también otras causas pueden ser la cardiopatía hipertrófica o la enfermedad de Chagas, si bien en el caso del IAM éste tendrá una localización en la pared anterior y en el resto será más apical.

CONCLUSIONES: Los aneurismas o pseudoaneurismas de VI son dos complicaciones mecánicas del IAM, sobre todo de aquellos que afectan a la cara anterior, que pueden conllevar a una gran morbimortalidad. En nuestro caso, el complementar la exploración física con la ecografía a pie de cama nos permitió una aproximación diagnóstica más exacta y temprana.

PALABRAS CLAVE: DOLOR TORÁCICO, ANEURISMA, ECOGRAFIA, INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA QUE DESCOMPENSA INSUFICIENCIA CARDÍACA

ANGELES DE LA LUZ GALINDO ESPINOSA, MARIA NIDIA SILLERO MANZANO, MARIA LOURDES ARANA MULA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 83 años que ingresa en el servicio de urgencias por mal estado general desde hace más de 3 días. Refiere disnea, astenia y opresión torácica. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. No HTA, Dislipemia. Bocio, síndrome apneas-hipopneas del sueño de intensidad severa con CPAP. Intervenciones quirúrgicas: Mastectomía por CA de mama hace 4 años. No hábitos Tóxicos. Independiente para ABVD. Tratamiento habitual: zarelis, deprelio, micardis plus, lorazepam, adiro 100mg, atoris 20mg.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración Física: TA: 137/88mmhg, FC:130lpm. Fr 12rpm. T°36.5°C. Somnolienta. Buena coloración piel y mucosas. Bien hidratada y perfundida. Auscultación pulmonar: Disnea. Abdomen blando y depresible, no doloroso. Sin organomegalias. Extremidades sin edemas, ni riesgo de trombosis. Pruebas complementarias: Analítica sanguínea(hemograma, coagulación y bioquímica normal, troponinas US 44-46), EKG: FA a 130lpm. Radiografía de tórax: Cardiomegalia, pinzamiento bilateral.

JUICIO CLÍNICO: Fibrilación auricular con repuesta ventricular rápida de data incierta que descompensa insuficiencia cardíaca. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Somnolencia en muy probable relación a retención de carbónico.

PLAN DE CUIDADOS: Ingreso en planta. Control telemetría continua. Control hemodinámico contaste... Valoración por cardiología.

CONCLUSIONES: La fibrilación auricular es un trastorno en el que las aurículas del corazón no se contraen con normalidad. La señal eléctrica que llega a las aurículas es irregular, y en lugar de producir una contracción ordenada de las células musculares produce una contracción desordenada. Provocando un aumento de la frecuencia cardíaca. Se inicia tratamiento para frenar la arritmia causada, siendo de elección la digoxina.

PALABRAS CLAVE: DOLOR TORÁCICO, FIBRILACIÓN AURICULAR, INSUFICIENCIA CARDIACA, DISNEA.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

VERONICA LOMAS CAMARA, OLGA BEATRIZ HERRERA ALMAGRO, ROBERTO DIAZ AVILES

INTRODUCCIÓN: La cardiopatía congénita es un problema con la estructura y el funcionamiento del corazón presente al nacer. Suele estar dividida en 2 tipos: cianótica (coloración azulada producto de una relativa falta de oxígeno) y no cianótica.

OBJETIVOS: Identificar el tipo de cardiopatía para su estudio, y así poder prestar al paciente un tratamiento con la mayor eficacia. Informar al paciente sobre su enfermedad para que tome conciencia lo antes posible y ayudar así al tratamiento medicamentoso con las pautas y recomendaciones del especialista.

METODOLOGÍA: Se hace estudio a pacientes con cuadros de disnea en reposo, pulsaciones arrítmicas, incapacidad parcial o total para la práctica de ejercicio físico. Las pruebas de diagnóstico realizadas son electrocardiograma, ecocardiograma y ergometría.

RESULTADOS: Nos encontramos ante pacientes con cardiopatías congénitas varias. La cardiopatía congénita más frecuente es la comunicación interventricular.

CONCLUSIÓN: Hay cardiopatías asintomáticas, que pueden dar la cara en el momento de un sobreesfuerzo, que en el peor de los casos termina en muerte súbita; por tanto ante la sospecha de cardiopatía, realizar las pruebas de diagnóstico pertinentes. Informar al paciente y dar pautas y recomendaciones sobre el estilo de vida que debe llevar en función del tipo de patología que sufra.

PALABRAS CLAVE: PATOLOGIA, CORAZON, CONGENITA, TRATAMIENTO.

EDUCACIÓN SANITARIA DE ENFERMERÍA SOBRE PRACTICAS SEXUALES EN PACIENTES TRAS UN IAM

CLARA DE PABLO BOTA, MARTA DE PABLO BOTA, MIQUEL SITJAR SUÑER, ÁNGELES LÓPEZ SÁNCHEZ, LAURA VILÀ PORSELL, NEUS BOSCH RUÉ

INTRODUCCIÓN: En España cada año son hospitalizados por infarto agudo de miocardio (IAM) o angina inestable (ANGOR) más de 74.000 Personas y la tasa de morbilidad hospitalaria de la cardiopatía isquémica (CI) es de 350 por 100.000 Habitantes. Estas enfermedades tan prevalentes desencadenan además de un desequilibrio global en la vida del paciente, una alteración en la sexualidad, aunque a menudo pasa desapercibida. Según l'OMS la Sexualidad es un “derecho humano básico” que genera armonía, bienestar, autoestima, ternura, complicidad y protección; todo ello beneficioso para cualquier persona pero al cardiópata genera miedo a la muerte. Se debe disfrutar de la sexualidad con libertad y que las enfermedades no interfieran con la función sexual ni reproductiva. Ese miedo provoca en el paciente (y pareja) la anulación del sexo en su día a día y aparece por la falta de información.

OBJETIVOS: Conocer las inquietudes de los pacientes en relación al sexo después de un IAM. Identificar las herramientas que ejecutaremos durante la educación sanitaria, para que los pacientes disfruten con naturalidad de su sexualidad.

METODOLOGÍA: A partir de casos clínicos en la planta de cardiología.

RESULTADOS: Las enfermedades cardiacas no son impedimento para retirar de forma permanente la posibilidad de mantener relaciones sexuales. El riesgo de sufrir una nueva crisis de la enfermedad o de morir durante el coito es bajo. La posibilidad de que la medicación que toma el paciente interfiera en la esfera de la actividad sexual es baja, pero existente.

CONCLUSIÓN: Las dificultades que encontramos los profesionales sanitarios para trabajar estos problemas reales son: las barreras que nosotros mismos creamos y la timidez de los pacientes para explicar su miedo. Si mejoramos esta accesibilidad primero por nuestra parte, ayudaremos a que el paciente se exprese y finalmente, obtenga seguridad frente a estos miedos.

PALABRAS CLAVE: IAM, ANGOR, SEXUALIDAD, EDUCACION SANITARIA.

CASO CLÍNICO: FIBRILACIÓN AURICULAR HEMODINÁMICAMENTE INESTABLE

SONIA ROBLES CÓZAR, RAÚL PUIG SÁNCHEZ, MARTA ROJAS PEÑA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 59 años que acude a urgencias del Hospital Clínico Virgen de la Victoria por presentar desde hace 2 horas durante la deambulaci3n cuadro vegetativo con dolor centro-torácico intenso opresivo, palpitaciones, sudoraci3n profusa y náuseas. Pasa a cuidados críticos donde el EKG presenta FA a 200 AP: HTA EKG: Fibrilaci3n Auricular a 200 lpm. TA: 80/50, Saturaci3n O2:70%. Dada la inestabilidad hemodinámica se decide cardioversi3n eléctrica, siendo efectiva.

EXPLORACI3N Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 90/50. Apariencia Ictérico. EKG tras cardioversi3n: Ritmo sinusal a 89 lpm. Rx de t3rax: Cardiomegalia. Infiltrado intersticial hasta ambos campos medios. Derrame pleural bilateral. Cisuritis mayor. 3) Análisis: Hemograma: Leucocitos: 15220, Neutr3filos: 12.500. Bioquímica: Glucosa: 231, Creatinina : 2,52, Urea: 133, Bilirrubina Total: 3,14, Bilirrubina Directa: 1,64, creatinin Kinasa: 223, GPT: 3168, GOT: 6660, PCR: 2,28. Coagulaci3n (Toma sintrom): INR: 1,41 Curva enzimática Troponina: 102, 130, 1724) Ecografía abdominal: Derrame pleural derecho. Hepatomegalia con aumento difuso ecogénico. Gasometría venosa: pH. 7,37, HCO3: 17,36) Orina: hematuria, piuria y uratos amorfos.

JUICIO CLÍNICO: Fibrilaci3n Auricular con inestabilidad hemodinámica. Fallo hepato-renal agudo secundario a Insuficiencia cardiaca. **DIAGN3STICO DIFERENCIAL:** Con la anamnesis inicial y la complejidad del paciente, el cuadro de sospecha podían ser variados como Angina inestable, Embolia e infarto pulmonar , Disecci3n de aorta, Neumonía, Hepatitis aguda, Colecistitis , Pancreatitis.

PLAN DE CUIDADOS: El paciente ingresa en Unidad de cuidados intensivos una vez cardiovertido y estabilizado con mal pron3stico.

CONCLUSIONES: En vista de las consecuencias hemodinámicas y tromboemb3licas, la conversi3n a ritmo sinusal puede esperarse que reduzca o suprima los sntomas y morbimortalidad asociadas con la FA. En pacientes con inestabilidad hemodinámica debido a fibrilaci3n auricular, se recomienda cardioversi3n. El bajo gasto cardiaco da lugar a la isquemia del resto de tejidos y 3rganos, con el riesgo de shock y fallo multiorgánico. Por tanto, es de vital importancia la rápida actuaci3n por parte del todos los profesionales para realizar una cardioversi3n.

PALABRAS CLAVE: FIBRILACI3N AURICULAR, INSUFICIENCIA CARDIACA, SHOCK CARDIOGÉNICO, CARDIOVERSI3N.

INFARTO DURANTE LA REALIZACIÓN DE UNA MANOMETRÍA

MARIA BELÉN FACIO CORTÉS, CLARA BACHO MANZORRO, LAURA BARBA MADRID

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón, 56 años de edad, que acude a realizarse una manometría esofágica con Phmetría para valoración de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A. P. : Infarto Agudo de Miocardio hace 6 meses con colocación de STENT coronario posterior; Fibrilación Auricular paroxística en tratamiento con anticoagulantes. Toma de antiácidos para el tratamiento de ERGE. Se sienta al paciente en una camilla para comenzar a realizar la prueba; al introducir la sonda de la manometría, el paciente comienza con náuseas que desaparecen a los pocos segundos; se tumba al paciente en la camilla para comenzar la prueba cuando comienza con un dolor torácico “leve y continuo”, sin irradiación a ninguna otra parte del cuerpo y disnea en aumento con el tiempo. Debido a sus antecedentes cardíacos, se detiene la prueba y retira la sonda, y se procede a la toma de constantes y realización de electrocardiograma (ECG).

JUICIO CLÍNICO: Infarto Agudo de Miocardio (IAM) de cara anterior. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Es importante conocer las diferentes patologías que pueden comenzar con un dolor torácico: Disección aórtica. Ansiedad.

CONCLUSIONES: Una vez que llegó el paciente al servicio de Urgencias, se procedió a la extracción sanguínea y monitorización continua del mismo donde se pudo observar la alteración de las derivaciones electrocardiográficas. Es imprescindible, antes de realizar cualquier procedimiento médico, realizar una buena anamnesis para recoger todos los datos posibles acerca de nuestro paciente, así como observar constantemente la tolerancia del mismo durante la realización del procedimiento y saber reconocer los signos y síntomas para actuar en consecuencia si se trata de una urgencia.

PALABRAS CLAVE: MANOMETRÍA, IAM, CARDIOLOGÍA, INFARTO, PHMETRÍA.

VARÓN CON PALPITACIONES Y DISCONFORT TORÁCICO

CLARA BACHO MANZORRO, MARIA BELÉN FACIO CORTÉS, LAURA BARBA MADRID

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 57 años que acude al Servicio de Urgencias con palpitations y dolor torácico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Antecedentes personales: HTA, DLP. Fumador activo. Cardiopatía hipertensiva con hipertrofia ventricular izquierda. No valvulopatía. Tratamiento actual con ARA II hidroclorotiazida. Exploración objetiva: TA: 155/95 mmHg, FC: 140 lpm. Leve taquipnea (22 rpm). AR: BMV sin ruidos patológicos. Exploración física: BEG, no mareos, náuseas o sudoración. No edemas en MMII ni IY. Pruebas complementarias: El electrocardiograma muestra ritmo irregular con ausencia de ondas p a 140 lpm. Se solicita analítica completa con coagulación, función hepática y TSH. Rx tórax sin hallazgos. Se canaliza vía venosa periférica y se inicia tratamiento con betabloqueantes y calcioantagonistas para el control de la frecuencia cardíaca. Se mantiene al paciente con monitorización continua.

JUICIO CLÍNICO: Fibrilación auricular (FA). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cerca de un millón de personas en España padecen fibrilación auricular, siendo la arritmia más frecuente. Cada año aparecen alrededor de 100.000 Nuevos casos. El control de frecuencia es un objetivo terapéutico en la FA para aliviar los síntomas, impedir el deterioro hemodinámico y evitar la aparición de otras complicaciones cardíacas. Los grupos farmacológicos de elección para el control de la frecuencia cardíaca son todos aquellos que actúan enlenteciendo el nodo auriculoventricular. Los fármacos que cumplen este objetivo son los betabloqueantes y los antagonistas del calcio (verapamilo y diltiazem). La digoxina, que también tiene efecto cronotropo negativo por acción sobre el nodo auriculoventricular, se reserva para los casos de disfunción ventricular que no permita utilizar los fármacos anteriores.

CONCLUSIONES: La clínica del paciente puede indicar desde una taquicardia sinusal hasta arritmias graves. Imprescindible la monitorización del ritmo y realizar un electrocardiograma de 12 derivaciones para hacer diagnóstico diferencial con extrasístoles, flutter, latidos ventriculares ectópicos y taquicardia sinusal.

PALABRAS CLAVE: PALPITACIONES, TAQUICARDIA, ARRITMIA, ELECTROCARDIOGRAMA.

BRADICARDIA EN VARÓN SANO DURANTE LA REALIZACIÓN DE UNA COLONOSCOPIA

MARIA BELÉN FACIO CORTÉS, LAURA BARBA MADRID, CLARA BACHO MANZORRO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón, 54 años de edad, acude para realizarse una colonoscopia de revisión. No AP de interés. No RAMC ni tratamiento habitual. Ligera bradicardia cuando se monitoriza. Tras sedar al paciente y comenzar la prueba, su FC comienza a bajar hasta 40 lpm, procediendo a administrar 1mg de Atropina, sin producir el efecto deseado, disminuyendo aún más la FC hasta 30 lpm. Se procede a la cancelación de la prueba, y tras pasar varios minutos, el paciente despierta de la sedación, procediendo a realizarle una serie de preguntas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza una anamnesis al paciente una vez que este despierta, refiriendo bradicardias anteriores cuando realiza ejercicio pero sin importancia para él. El paciente sigue monitorizado, cuya frecuencia cardíaca se mantiene entre 35-42 lpm. Se realiza ECG y se avisa al cardiólogo para que lo valore, el cual indica la colocación de un Holter de 24 horas para descartar algún tipo de bradiarritmia. Auscultación cardíaca normal, apreciando solo la bradicardia.

JUICIO CLÍNICO: Bloqueo auriculoventricular 1º grado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Es importante realizar una exhaustiva valoración cardiológica por un especialista, para poder detectar cualquier tipo de arritmia en estos pacientes y no confundirla con una bradicardia sinusal transitoria producida por fármacos o drogas. Al realizarse Holter de 24h, se observa un intervalo PR prolongado en el electrocardiograma, en el que toda onda P es seguida del complejo QRS.

CONCLUSIONES: El paciente, una vez diagnosticado, no requiere ningún tipo de tratamiento, solo vigilancia de signos y síntomas y realización de ECG cada 6 meses para su control. La actuación del cardiólogo fue fundamental para detectar la bradiarritmia del paciente y evitar un futuro paro cardíaco.

PALABRAS CLAVE: BRADICARDIA, BLOQUEO AV, COLONOSCOPIA, ADULTO SANO.

PROCEDIMIENTO ENFERMERO PARA LA CORRECTA MEDICIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL

ANA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, CATALINA LIRIA HARO, LUISA MARIA LOPEZ TRINIDAD

INTRODUCCIÓN: La hipertensión arterial es una enfermedad caracterizada por un incremento continuo de la presión que ejerce la sangre sobre las paredes de los vasos sanguíneos. Según la Organización Mundial de la Salud la hipertensión arterial se define como las cifras de tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y diastólica ≥ 90 mmHg.

OBJETIVOS: Determinar la técnica correcta de medición de la tensión arterial.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en las siguientes bases de datos: Medline, Scielo, Cuiden y Dialnet. Los descriptores utilizados fueron escritos en inglés y en español, empleando el operador booleano "and". Se seleccionaron 5 artículos que cumplieran con los criterios marcados: idioma de redacción español o inglés, fecha de publicación entre 2008-2017 y estudios llevados a cabo en humanos.

RESULTADOS: En el proceso de medida de la presión arterial existen una serie de requisitos previos a la toma de la tensión, entre los que se encuentran la posición del paciente, la anchura y la colocación del manguito, y la elección del miembro en el que se va a realizar la toma. Seguidamente se procederá a la medición auscultatoria, con estetoscopio y manguito hinchable conectado a un manómetro, basándonos en los sonidos de Korotkoff.

CONCLUSIÓN: Es importante que el personal enfermero conozca los requisitos y el procedimiento para realizar la técnica de manera correcta y obtener unas cifras de tensión arterial precisas y fiables, garantizando así un proceso asistencial de calidad.

PALABRAS CLAVE: TENSIÓN ARTERIAL, PROCEDIMIENTO, TÉCNICA, MEDICIÓN.

LA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA Y FUNCIONES DEL ENFERMERO PERFUSIONISTA

MARGARITA DOMINGUEZ SANTOS, MARIA LUISA POZO JIMENEZ, MARIA JOSÉ TORRES GARCÍA

INTRODUCCIÓN: Con frecuencia el corazón puede dañarse debido a una enfermedad cardíaca. Para repararlo es necesario una cirugía a corazón abierto, donde se abre el tórax para trabajar con un corazón sin sangre y quieto. Para ello se usa la Circulación Extracorpórea que consiste en una máquina que hace vece de corazón, pulmón y riñón permitiendo que el corazón y pulmón estén sin sangre y en reposo mientras que el resto del cuerpo se mantiene con su flujo correspondiente de sangre oxigenada que proviene de la máquina. La función del enfermero-a perfusionista es proporcionar los cuidados asistenciales necesarios para mantener y controlar una adecuada circulación de la sangre en aquellos pacientes intervenidos quirúrgicamente de lesiones cardiocirculatorias.

OBJETIVOS: Determinar los conocimientos teóricos de la CEC y Saber las funciones de la enfermera o enfermero perfusionista.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en bases de datos y buscadores como google académico, Pubmed, scielo, Medline, Cuiden. Los descriptores utilizados han sido cirugía cardíaca, perfusionista, circulación extracorpórea.

RESULTADOS: En la actualidad la CEC es la única técnica que asegura una revascularización miocárdica perfecta y completa en la mayoría de los pacientes. Las principales funciones de un perfusionista son: Bypass cardiopulmonar, oxigenación de membrana extracorpórea, técnicas de hemodilución, técnicas de protección cardíaca, técnicas de conservación de sangre, autotransfusión, monitorización de gases en sangre, balón intraórtico de contra pulsación, técnicas de preservación de órganos, tratamientos de tumores, técnicas específicas de perfusión infantil, parada circulatoria.

CONCLUSIÓN: La CEC es una técnica imprescindible en la cirugía de corazón abierto, la ponen en práctica enfermeros y enfermeras altamente cualificados y que aún en España no se les reconoce especialidad.

PALABRAS CLAVE: PERFUSIONISTA, LESIONES CARDIOCIRCULATORIAS, CIRUGÍA CARDÍACA, CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA.

CIRUGÍA DE TIROIDES COMPLICADA CON SÍNDROME DE TAKO TSUBO

ANA ISABEL RODRIGUEZ SERRANO, MIRIAM GOMEZ MOLINA, JUAN SANCHEZ SERNA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Presentamos el caso de una mujer de 73 años sin factores de riesgo cardiovascular y sin antecedentes coronarios conocidos a la que se le realiza una hemitiroidectomía con extirpación de adenoma paratiroideo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En el electrocardiograma (ECG) de control que se realizó a la mañana siguiente de la cirugía aparecieron ondas Ts negativas simétricas de V1-V6 y prolongación del intervalo QT permaneciendo la paciente asintomática. En el ecocardiograma urgente se apreció una hipoquinesia severa del ápex, con el resto de segmentos normales y una fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) del 50%. Ante la alta sospecha de síndrome de Tako-Tsubo y dado que la paciente no presentaba factores de riesgo cardiovascular se realizó TAC coronario donde no se objetivaron lesiones coronarias. El pico de Troponina T ultrasensible fue 206ng/ml. La paciente evolucionó satisfactoriamente, no presentando complicaciones añadidas desde el punto de vista cardiológico y siendo dado de alta a domicilio a los pocos días de la intervención con betabloqueantes a dosis bajas. Se repitió el ecocardiograma de forma ambulatoria a los 14 días, encontrando un ventrículo izquierdo de contractilidad normal y FEVI del 74%.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de Tako Tsubo tras hemitiroidectomía. **CONCLUSIONES:** El síndrome de Tako Tsubo tiene una etiopatogenia no explicada habiéndose postulado multitud de posibles causas del síndrome. El caso que presentamos apoya una de las teorías más aceptadas por la comunidad científica; la influencia de las catecolaminas y la distribución de los receptores beta miocárdicos en la aparición transitoria de la disfunción ventricular. No obstante, todavía se necesitan más estudios sobre la enfermedad para poder dar una respuesta definitiva a esta pregunta.

PALABRAS CLAVE: TAKO TSUBO, HEMITIROIDECTOMÍA, COMPLICACIÓN, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

LA IMPORTANCIA DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA EVOLUCIÓN DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

NOELIA MORENO-MANZANARO CORRALES, PILAR SELIGMANN PIETRANERA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 75 años con antecedentes de hipertensión, obesidad grado III e insuficiencia cardíaca crónica. Ingresada en planta de Cardiología desde hace 24h. Presenta edemas en MMII y disnea en reposo y en decúbito precisando oxigenoterapia junto con tratamiento farmacológico y dietético.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientada. Apirética. Taquipneica, SaO₂ 93% con GN a 2,5lpm. TA 100/60. Edemas con fóvea en ambos MMII. ECG.

PLAN DE CUIDADOS: Tras la valoración según las 14 Necesidades de Virginia Henderson, se observaron alteradas las siguientes: Respiración. Alimentación. Movilidad. Sueño/descanso. Manejo de la salud. Escala Barthel: 65 Tras la valoración, los principales diagnósticos enfermeros que se extraen son: 00092 Intolerancia a la actividad NOC: Tolerancia a la actividad NIC: Terapia de actividad y Oxigenoterapia 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud NOC: Conducta de fomento de la salud NIC: Ayuda en la modificación de si mismo. Tras la ejecución del plan, se evaluaron los resultados con una escala tipo Likert, de tal manera que para el objetivo de Tolerancia a la actividad, se consiguió llegar a la puntuación de "levemente comprometido", cuando se partía al inicio de "sustancialmente comprometido". En cuanto al objetivo de Conducta de fomento de la salud, se consiguió de manera sustancial un cambio de hábitos y una mejor adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES: Con este caso se pretende dar a conocer los principales problemas que presentan los pacientes con insuficiencia cardíaca y la importancia de establecer un correcto plan de cuidados, logrando la implicación de los propios pacientes en la gestión de su enfermedad. La principal conclusión que se refleja en los resultados obtenidos es la eficacia de la actuación enfermera en este tipo de pacientes junto con un adecuado tratamiento y seguimiento médico.

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA CARDÍACA, PLAN DE CUIDADOS, EDUCACIÓN SANITARIA, PROMOCIÓN DE LA SALUD.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO INFERO-LATERAL POSTERIOR

MARÍA BELÉN ACIÉN RODRÍGUEZ, VERONICA ENCINAS SANCHEZ, FERNANDO ESTEVEZ MARTIN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Refiere intenso dolor torácico opresivo en reposo, de inicio sobre las 5 de la madrugada que le despierta. Se irradia a espalda, sudoración profusa y MEG. Angina de esfuerzo > de 1 año. Niega ortopnea, DPN o edematización de MMII. Al ingreso intenso dolor que mejora con NTG en perfusión sin llegar a desaparecer. En ECG se aprecia lesión subepicárdica en cara ínfero-posterior. Tras consentimiento se administra fibrinólisis sistemática con TNK y queda ingresado en UCI.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: EXPLORACIÓN REG, eupneico en reposo. Bien hidratado, adecuado relleno capilar. Dolor opresivo precordial 5/10. TA 130/80, FC 95, SpO2 95%, FR 16, afebril. ACR: tonos cardíacos arrítmicos (frecuente extrasistolia), soplo sistólico IV/VI. Hipoventilación generalizada sin extraruidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso, no masas ni megalias. No edemas en MMII, ni STVP. Pulsos pédiros simétricos. Hg. Normal, bq. : Glu 198, resto normal. Coag. Normal. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** ECG en UCI: RS 96lpm, EG normal, QRS estrecho, elevación ST en cara inferior de hasta 5mm, AVR isoelectrico. RX tórax: no ensanchamiento mediastínico, no derrame pleural ni infiltrado parenquimatoso.

JUICIO CLÍNICO: IAMSEST ínfero-postero-lateral Afectación de VB. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Bradiarritmia PCR en asistolia.

CONCLUSIONES: Monitorización ECG continúa. Fibrinólisis sistémica. Doble antiagregación (sin carga de Clopidogrel + anticoagulación). Oxigenoterapia. Vasodilatadores.

PALABRAS CLAVE: SCACEST, IAM, ANTIAGREGACION, DOLOR TORACICO.

TETRALOGÍA DE FALLOT Y ESTENOSIS PULMONAR SEVERA FETAL

MARÍA BELÉN ACIÉN RODRÍGUEZ, VERONICA ENCINAS SANCHEZ, FERNANDO ESTEVEZ MARTIN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Antecedentes personales: Hipotiroidismo. NAMC anamnesis FO 10122 (cesárea 2008 por gemelar en Marruecos). Barrera idiomática. Gestante de 27+1 derivada de Hospital de referencia por metrorragia como regla en gestante con placenta previa. Feto diagnosticado de Tetralogía de Falloot extremo (Atresia Pulmonar). No cribado del primer trimestre. Primer control en España en semana 19. Cribado bioquímico del 2º trimestre: alto riesgo por DTN.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración ECO ABD. : Feto en presentación oblicua/nalgas, ACF y mf. NST previo a traslado: reactivo y variable, al inicio hace algunas alteraciones que luego se recuperan. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS GS materno AB+. VIH negativo, HbsAg negativo. Hb. 11,2 Y Htco. 33,6. Se cursan pruebas cruzadas. Urocultivo positivo para infección por E. Coli (sensible a Cefuroxima), negativo para SGB. PCR negativa. SGBV-r negativo. Cervicometría 24mm.

JUICIO CLÍNICO: Transposición de grandes arterias con CIV y estenosis pulmonar severa. Metrorragia de 3º trimestre. Placenta anterior baja, no previa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Maduración pulmonar completada. SGB vagino-rectal negativo. Anemia leve. ITU.

CONCLUSIONES: Por su cardiopatía sería preferible parto a término en Hospital Reina Sofía de Córdoba. Contactamos con cardiología pediátrica y comentamos el caso. En caso de prematuridad o parto inminente puede nacer en un centro con UCI neonatal y cardiología pediátrica. Necesitara iniciar perfusión de prostaglandinas al nacimiento. Se explica a los padres que se trata de una cardiopatía compleja grave con necesidad de tratamiento al nacimiento y cirugía en etapa precoz. Se inicia tocolisis con Atosiban. Primera dosis de maduración pulmonar. Se gestiona el traslado en UVI móvil de la paciente.

PALABRAS CLAVE: TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS, ESTENOSIS PULMONAR, CARDIOPATÍA FETAL, TETRALOGÍA DE FALLOT.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA: ASPECTOS CLÍNICOS, PRONÓSTICO Y PREDICTORES DE MORTALIDAD EN UN ESTUDIO A 5 AÑOS EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

ANA DEL RIO LECHUGA, ANIBAL BERMUDEZ GARCIA, VIRGINIA NARANJO VELASCO

INTRODUCCIÓN: La endocarditis infecciosa es una entidad que ha ido evolucionando en los últimos años. Sin embargo, sigue siendo de muy alta mortalidad si su diagnóstico no se realiza de forma correcta y temprana.

OBJETIVOS: Evaluar la prevalencia, características clínicas, pronóstico y predictores de mortalidad en los casos los años 2011-2016 del Hospital de Jerez.

METODOLOGÍA: Se recogieron todas las historias clínicas de pacientes diagnosticados de EI desde 2011 a 2016 y se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, microorganismo causal, válvula afectada, presencia y tipo de prótesis, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), y parámetros de laboratorio.

RESULTADOS: Se recogieron un total de 49 casos. De ellos, solo en 38 se cumplían los criterios de Duke (78%). El 55.3% Eran hombres y la edad media se encontraba en torno a $62,8 \pm 16,03$ años. Nuestra variable principal fue estimar la mortalidad intrahospitalaria, resultando ser de un 32%. El germen mas frecuente fue el estafilococo (50%) y la válvula que más se afectó fue la mitral (48%). En un 42%, la válvula era protésica, y de ellas, el 24% eran biológicas. Como comorbilidades cardiacas mas frecuentes, destacar la enfermedad valvular degenerativa (32%). Los síntomas mas frecuentemente afectados La fiebre fue el síntoma mas frecuente (63%), seguido de disnea (45%). Hasta en un 40% de los casos, se precisó cirugía de sustitución valvular. Resultaron ser estadísticamente significativos como predictores de mortalidad la insuficiencia renal crónica ($p < 0,01$), la PCR ($p < 0,01$), la sepsis ($p < 0,001$), y NTpro-BNP ≥ 2.000 Pg/ml ($p < 0,002$).

CONCLUSIÓN: Los casos analizados en nuestro estudio no difieren de los que se describen en la literatura. Resaltar la importancia de que existen numerosas variables que son utilizadas de forma habitual y que se comportan como predictores de mortalidad hospitalaria dentro de esta entidad.

PALABRAS CLAVE: ENDOCARDITIS, PREDICTORES DE MORTALIDAD, PRONÓSTICO, CLÍNICA.

EPISODIO DE SÍNCOPE EN PACIENTE HOSPITALIZADA

CLARA BACHO MANZORRO, MARIA BELÉN FACIO CORTÉS, LAURA BARBA MADRID

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 71 años ingresada en la Unidad de Digestivo por colangitis. Tres días después sufre un síncope, sin pródromos, con recuperación rápida.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Entre sus antecedentes personales cabe destacar un trastorno depresivo desde los treinta años, en tratamiento con Sertralina. Se encuentra en tratamiento con Ciprofloxacino 400 mg IV, Omeprazol 40 mg IV y Paracetamol 1g IV. Toma de constantes: TA: 105/70 mmHg, FC: 45 lpm, SatO₂: 98%, glucemia capilar: 104 mg/dl. Se realiza un electrocardiograma y se observa una prolongación del intervalo QT. A continuación, sufre un nuevo episodio de síncope y se detecta una Torsade de Pointes que revierte espontáneamente. Se detiene la infusión de fármacos y se procede a la administración de 2 gr. De Sulfato de Magnesio IV. Se monitoriza de forma continua y se mantiene en observación.

JUICIO CLÍNICO: Torsade de Pointes (TdP). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La etiología del síncope puede ser muy variada, pudiendo estar presente en diversos contextos (ej. Desde un golpe de calor hasta el reflejo de una patología cardíaca). Para establecer diagnóstico diferencial es importante tomar las constantes y descartar hipotensión, bradicardia extrema, hipoglucemia, hipertermia, entre otras causas fisiológicas, así como conocer los antecedentes personales y familiares ante sospecha de enfermedad.

CONCLUSIONES: Existen factores que favorecen la prolongación del intervalo QT, siendo además más prevalente en mujeres. Más de 100 medicamentos pueden prolongar el intervalo QT en personas sanas y causar una forma de síndrome de QT largo adquirido, conocido como síndrome de QT largo inducido por medicamentos. El tratamiento de esta arritmia requiere la retirada del fármaco que pudiera provocarla y la administración de Sulfato de Magnesio. En pacientes hemodinámicamente inestables la terapia de elección es la cardioversión eléctrica (CVE).

PALABRAS CLAVE: COLANGITIS, SÍNCOPE, FÁRMACOS, MONITORIZACIÓN, PROLONGACIÓN.

DEFINICIÓN DE MARCAPASOS E INDICACIONES AL PACIENTE TRAS SU IMPLANTACIÓN

MARIA CRISTINA SÁNCHEZ PORRAS, MARIA GUAYENTE TARRAGONA BURREL, MARIA VICTORIA SÁNCHEZ MARÍN DE ROBLES

INTRODUCCIÓN: El marcapasos artificial consigue que el corazón pueda mantener un ritmo regular y adecuado en personas con problemas cardíacos. Gracias a su implantación, las personas a las que se les implanta pueden llevar una vida normal y realizar todo tipo de actividades y tareas.

OBJETIVOS: Conocer qué es un marcapasos y en que pacientes está indicada su implantación.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión de la bibliografía sobre la definición de marcapasos y sobre los pacientes con enfermedades cardíacas en los que está indicada la implantación del marcapasos.

RESULTADOS: Un marcapasos definitivo (MPD) es un dispositivo eléctrico que emite impulsos que provocan la despolarización y contracción cardíaca cuando ésta no se produce automáticamente. Un marcapasos está formado por dos partes: Un aparato (generador). Cables (electrodos) Según la alteración del ritmo cardíaco que presente el paciente, se requiere de un tipo de marcapasos específico. Unicamerales Dentro de este tipo están los ventriculares (trabajan en el ventrículo cardíaco) y auriculares (sólo trabaja en la aurícula). Bicamerales. Tricamerales Actualmente el implante de un marcapasos cardíaco definitivo está indicado en diferentes trastornos de la formación del impulso y de la conducción cardíaca cuando estos produzcan síntomas o supongan un riesgo para el paciente. Una vez que se ha implantado el marcapasos, el paciente debe llevar un estilo de vida normal, ya que esto no le impide realizar ninguna actividad.

CONCLUSIÓN: La información de los profesionales sanitarios al paciente puede ayudar a que tras la implantación de un marcapasos lleve una vida normal, sin alteraciones.

PALABRAS CLAVE: SALUD, MARCAPASOS, TRATAMIENTO, INDICACIONES.

SÍNTOMAS DIGESTIVOS EN PACIENTE CARDIÓPATA

CLARA BACHO MANZORRO, MARIA BELÉN FACIO CORTÉS, LAURA BARBA MADRID

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 59 años, cardiópata, que acude al Servicio de Urgencias por presentar vómitos y diarrea.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Antecedentes personales: FA diagnosticada hace once meses. En espera de CVE programada. Tratamiento farmacológico: Furosemida 40 mg, Digoxina 0'5mg, Bisoprolol 2'5mg, Sintrom 4mg. Constantes vitales: TA: 90/58 mmHg, FC: 45 lpm, SatO₂: 97%, Glucemia: 91 mg/dl. T^a: 36'1°C. Pruebas complementarias: EKG 12 derivaciones y analítica completa con examen de Digoxina. Rx tórax sin hallazgos. Sueroterapia para corregir hipovolemia y monitorización cardíaca continua.

JUICIO CLÍNICO: Intoxicación digitálica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El cuadro gastrointestinal por el que acude el paciente puede hacer pensar en una gastroenteritis aguda. En todo paciente con cardiopatía hay que sospechar y descartar que la clínica sea de origen cardíaco.

CONCLUSIONES: Las personas que padecen insuficiencia cardíaca frecuentemente se les incluye en el tratamiento un diurético. Niveles bajos de potasio o magnesio incrementa el riesgo de intoxicación digitálica. También puede producirse por dosis elevadas de Digoxina en el organismo o combinación con otros fármacos, como sucede con la quinidina, flecainida, verapamilo o amiodarona. La confirmación del diagnóstico requiere realizar un ECG y solicitar analítica que incluya pH, ionograma, función renal y niveles de digoxina. Factores como la edad avanzada, las comorbilidades y los trastornos metabólicos incrementan la sensibilidad a la digoxina. Ante un paciente con sospecha de intoxicación digitálica debe suspenderse el fármaco y corregir los factores metabólicos que incrementan el riesgo. Se ha de considerar la disminución de la dosis diaria ya que, en combinación con otros fármacos, existe el riesgo de complicaciones como bradicardia severa. Estos pacientes requieren monitorización continua y en los casos de gravedad serán tratados en la UCI.

PALABRAS CLAVE: CARDIÓPATA, INTOXICACIÓN, DIGOXINA, FÁRMACOS, RIESGO, DOSIS.

CUIDADOS Y EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASOS Y DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE

ALICIA PEREZ AVILA, ANA ANGELES PALMA LOPEZ, SANDRA MARIA ARIAS PEREZ

INTRODUCCIÓN: En este trabajo queremos mostrar los cuidados y educación sanitaria al paciente portador de marcapasos y desfibrilador automático implantable.

OBJETIVOS: Conocer el grado manejo de la salud de los pacientes de nuestra comunidad portadores de MP o DAI.

METODOLOGÍA: El estudio se plantea un diseño de investigación descriptivo observacional. Para ello se eligió a una muestra de pacientes de las consultas de cardiología de Hospital Carlos Haya de Málaga portadores de MP o DAI (menos de 3 meses). Se creó un cuestionario estándar en el que se valoraron aspectos básicos sobre conocimientos del dispositivo y cuidados del mismo. La encuesta se les pasó de forma telefónica. La muestra quedó formada por 22 pacientes, 16 mujeres y 6 hombres (37 y los 75 años).

RESULTADOS: Tras la realización de las encuestas y el análisis estadístico de los resultados, obtenemos que el 72% indicaron dudas ante sus dispositivos, el 60% desconocía las limitaciones reales, el 54% carecía de información acerca de los objetivos de las revisiones y el 34% presentaba conocimiento deficientes sobre el manejo de situaciones inesperadas.

CONCLUSIÓN: Los resultados obtenidos reflejan la demanda de información de los usuarios, el déficit de conocimientos así como la necesidad de elaborar unas recomendaciones e instrucciones para formales en los auto-cuidados derivados de cada uno de los tipos de dispositivos con los que tienen que convivir a diario. Esperamos que este estudio sirva de apoyo para el desarrollo de la educación sanitaria en centros hospitalarios, consultas especializadas de cardiología y atención primaria.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, DAI, EDUCACIÓN, ENFERMERÍA.

