

www.sogacar.com

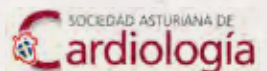


Reunión Anual
de las Sociedades Gallega y Asturiana de
Cardiología

Ribadeo, 7 y 8 de junio de 2013

PROGRAMA

Sede: Auditorio Hernán Naval





Reunión Anual
de las Sociedades Gallega y Asturiana de
Cardiología

Ribadeo, 7 y 8 de junio de 2013

JUNTA DIRECTIVA SOGACAR

Presidente: Dr. José Manuel Vázquez Rodríguez
Vicepresidente primero: Dr. Carlos González Juanatey
Tesorero: Dr. Javier García Seara
Secretaría general: Dr. Ramón Calviño Santos
Página Web: Dr. Óscar Díaz Castro

Vocales:

Dra. María Bastos Fernández
Dra. Belén Cid Álvarez
Dr. Manuel García García
Dr. Sven Gunther Cando
Dr. Ricardo Izquierdo González
Dr. Jose Antonio Lombán Villanueva
Dra. Miriam Piñeiro Portela
Dra. María Victoria Platero Vázquez

JUNTA DIRECTIVA SOCIEDAD ASTURIANA DE CARDIOLOGÍA

Presidente: Dr. Leonardo Gómez Esmorís
Vicepresidente: Dr. Miguel Baeza Foces
Secretario general: Dra. M^a Laura García Pérez
Tesorero: Dra. Concepción Suárez Suárez

Vocales:

Dr. Gustavo Iglesias Cubero
Dr. José Luis Álvarez-Cofiño Suárez

COMITE CIENTÍFICO

Presidente: Dr. Ramón Calviño Santos

Vocales:

Dra. Belén Cid Álvarez
Dr. Óscar Díaz Castro
Dra. Miriam Piñeiro Portela



PROGRAMA CIENTÍFICO

Viernes, 7 de junio de 2013

17.00 - 17.30 Presentación mejores casos clínicos concurso de residentes

Moderadora: Dra. Belén Cid Álvarez
C.H.U. de Santiago

17.30 - 19.00 Comunicaciones orales

Moderadores: Dr. Pedro Vigil-Escalera González
Hospital de Cabueñes. Gijón
Dr. Jose Penas Cortés
C.H. de Ourense

REMODELADO INVERSO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO TRAS LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEPRIMIDA: PREVALENCIA, PREDICTORES E IMPACTO PRONÓSTICO

Chavez Leal, S; Barge Caballero, E; Paniagua Martin, Mj; Marzoa Rivas, R; Blanco Canosa, P; Grille Cancela, Z; Naya Leira, C; Fariñas Garrido, P; Gonzalez Escudero, A; Garcia Lopez, F; Alvarez Alvarez, Rj; Castro Beiras, A; Crespo Leiro, M;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

VALIDACIÓN DEL NEW YORK STATE PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION RISK SCORE PARA LA PREDICCIÓN DE LA MORTALIDAD A 30 DÍAS DE PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO (ICP) EN UNA COHORTE EUROPEA

Couto Mallón, D; Rodríguez Garrido, JL; Aldama López, G; Calviño Santos, R; Gargallo Fernández, P; García Guimaraes, MM; Piñón Esteban, P; Salgado Fernández, J; Vázquez Rodríguez, JM; Vázquez González, N; Castro Beiras, A;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

COMPLICACIONES VASCULARES EN PACIENTES TRATADOS CON DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR: ECMO E IMPELLA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Couto Mallón, D; Solla Buceta, MA; Estévez Cid, F; Aldama López, G; Herrera Noreña, JM^a; Barge Caballero, E; Rodríguez Garrido, J; Marzoa Rivas, R; Paniagua Martín, MJ; Cuenca Castillo, JJ; Castro Beiras, A; Crespo Leiro, MG;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

INTERVENCIÓN FORMATIVA SOBRE ECOCARDIOGRAFÍA DE EJERCICIO EN UN CENTRO TERCIARIO Y EFECTOS SOBRE SUS INDICACIONES

García Campos, A; De la Hera Galarza, JM; Corros Vicente, C; Martín Fernández, M; Rodríguez Suárez, ML; Díaz Peláez, E; Pun Chinchay, F; Capín Sampedro, E; Barreiro Pérez, M; Velasco Alonso, E; Pichel, I; Flórez Muñoz, JP; León Durán, D; Benito Martín, EM; Renilla González, A; Secades González, S; Lambert Rodríguez, JL;

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

RIESGO DE FIBRILACIÓN AURICULAR, ICTUS Y MUERTE TRAS ABLACIÓN DEL ISTMO CAVOTRÍCÚSPIDE EN PACIENTES CON FLUTTER AURICULAR TÍPICO

García Seara, J; Raposeiras Roubin, S; Gude Sampedro, F; Balboa Barreiro, V; Martínez Sande, J; Fernandez Lopez, X; Rodriguez Mañero, M; Gestal Romani, S; Pereira Lopez, E; Gonzalez Juanatey, JR;

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

RIESGO DE DESARROLLO DE FIBRILACIÓN AURICULAR O EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS TRAS LA DETECCIÓN DE EPISODIOS AURICULARES RÁPIDOS EN PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS SIN ARRITMIAS AURICULARES PREVIAS

López Pérez, M.; Ricoy Martínez, E.; Mosquera Pérez, I.; López Saínz, A.; Couto Mallón, D.; Campo Pérez, R.; Pazos López, P.; Pérez Álvarez, L.;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

- 19.00 - 19.15** Pausa-Café
- 19.15 - 19.30** Inauguración oficial
- 19.30 - 20.15** **Simposium: Cardiopatía isquémica**
Moderador: Dr. Alfonso Castro Beiras
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña
- Ponentes:** **Tratamiento farmacológico en la angina estable: perspectivas actuales**
Dr. Francisco Calvo Iglesias
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo
- Papel actual de la revascularización coronaria en la angina estable**
Dr. Pablo Avanzas Fernández
Hospital Universitario Central de Asturias
- 20.15 - 20.45** **Symposium Satélite: Actualizaciones de la antiagregación del SCA**
Moderadora: Dra. Sheila Casas Lago
Hospital da Costa. Burela
- Ponentes:** **Antiagregación en infarto agudo de miocardio.**
Dr. Pablo Avanzas Fernández
Hospital Universitario Central de Asturias
- Antiagregación de paciente diabético con SCA.**
Dr. Rafael Vidal Pérez
Hospital da Costa. Burela
- 21.15** Cóctel de bienvenida

Sábado, 8 de junio de 2013

10.00 - 11.00 Controversia: **Controversias sobre resincronización cardiaca**

Moderador: Dr. José Manuel Rubín López
Hospital Universitario Central de Asturias

Ponentes: Dr. Javier García Seara
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Dr. Enrique Ricoy Martínez
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

11.00 - 12.00 Controversia: **Diagnóstico no invasivo de la cardiopatía isquémica**

Moderador: Dr. Leonardo Gómez Esmorís
Centro Médico de Asturias. Oviedo

Prefiero TAC

Dr. Martín Descalzo
Hospital Sant Pau. Barcelona

Prefiero ECO de esfuerzo

Dr. Jesús Peteiro Vázquez
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

12.00 - 12.30 Pausa - Café

12.30 - 13.30 Nuevos Anticoagulantes en FA no valvular

Moderador: Dr. José Antonio Lombán Villanueva
Hospital da Costa. Burela

Ponentes: Dr. Carlos González Juanatey
Hospital Lucus Augusti. Lugo
Dra. Milagros Pedreira Pérez
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

- 13.30 - 14.00** Simposium: **La dislipemia diabética desde el punto de vista de la imagen**
- Moderador:** Dr. José Ángel Rodríguez Fernández
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
- Ponente:** Dr. Carlos González Juanatey
Hospital Lucus Augusti. Lugo
- 14.00 - 16.00** Comida de trabajo
- 16.00 - 16.30** La Cardiología en Galicia: Plan de Acción de la SOGACAR
- 16.30 - 17.30** Plan integral de abordaje de la muerte súbita en Galicia
- Ponente:** Dr. Jose Antonio Iglesias Vázquez
Director Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061
- 17.30 - 18.00** Asamblea SOGACAR
- 21.00** Cena

PROGRAMA ENFERMERÍA

Sábado, 8 de junio de 2013

10.00 - 11.00 Casos clínicos

Moderadoras: Maria Teresa Meitin Canoura
Hospital da Costa de Burela
Eva María Sánchez Hernández
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

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

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

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

COMPLICACIÓN PULMONAR POTENCIALMENTE GRAVE EN CATETERISMO DERECHO

Guillén Goberna, P; Herrera, C; Bastos, G.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

EL VALS DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA: UN CASO CLÍNICO

Castro Fernández, M; Álvarez Murias, M; Uzal Sánchez, N; Mouce
Debasa, L; Fernández Trashorras, A.M.;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

11.00 - 12.00 Asamblea General

12.00 - 12.30 Pausa-café

12.30 – 14.00 Mesa redonda:

Moderadoras: Carmen Naya Leira
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña
Maria Pilar Fariñas Garrido
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Ponentes:

**Actualización de los cuidados del paciente
cardiológico con diabetes**
M. Dolores Varela Tome
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Papel de enfermería en la crioablación
Luz Larea Bamba
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Actuación de Enfermería en la angioplastia con láser
Eugenia Cereijo Silva
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

**Experiencia enfermera de la unidad de cuidados
intensivos cardíacos con el programa ECMO**
Ana Pereira Ferreiro
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña



COMUNICACIONES ORALES CARDIOLOGÍA

1. REMODELADO INVERSO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO TRAS LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEPRIMIDA: PREVALENCIA, PREDICTORES E IMPACTO PRONÓSTICO

Chavez Leal, S; Barge Caballero, E; Paniagua Martin, Mj; Marzoa Rivas, R; Blanco Canosa, P; Grille Cancela, Z; Naya Leira, C; Fariñas Garrido, P; Gonzalez Escudero, A; Garcia Lopez, F; Alvarez Alvarez, Rj; Castro Beiras, A; Crespo Leiro, M;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Propósito: Estimar la proporción de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y fracción de eyección (FEVI) deprimida que experimentan remodelado inverso del ventrículo izquierdo (RIVI) tras la optimización del tratamiento farmacológico, identificar potenciales predictores de esta condición y determinar su impacto pronóstico.

Métodos: Registro observacional de 149 pacientes con FEVI <40% seguidos en una unidad multidisciplinar desde un primer episodio de IC entre los años 2010 y 2012. Se determinaron los diámetros del VI y la FEVI mediante ecocardiografía en el momento del debut de IC y tras la optimización del tratamiento farmacológico. Se definió RIVI como la presencia de una FEVI >45% y un diámetro telediastólico del VI (DTDVI) <33 mm/m² en el ETT de control. Se investigaron predictores independientes de RIVI mediante un análisis multivariante de regresión logística. Se estimó la incidencia acumulada de eventos cardiacos adversos (muerte, trasplante, ingreso por cualquier causa, ingreso por IC) mediante el método de Kaplan-Meier, y se comparó con la de los pacientes sin RIVI mediante el test log-rank.

Resultados: Se estudiaron 33 mujeres y 116 varones con una edad media de 59.6 años. 53 presentaban IC de causa isquémica (36%). Recibieron IECA/ARA2 el 94%, betabloqueantes el 98%, antagonistas de aldosterona el 72% e ivabradina el 7%. La mediana de tiempo entre el ecocardiograma basal y el de control fue de 220 días. En este periodo, se observaron variaciones significativas de la FEVI media (basal, 27.7; control, 38.4; p<0.001) y el DTDVI medio (basal, 32.4 mm/m²; control, 30.8 mm/m² p<0.001) de la muestra estudiada. 46 pacientes (31%) experimentaron RIVI. El análisis multivariante identificó como predictores independientes de RIVI a la etiología no isquémica, la ausencia de insuficiencia mitral significativa, el consumo excesivo de alcohol, una mayor FEVI basal, y el hecho de alcanzar las dosis objetivo de betabloqueantes (p<0.05 para todos ellos). Los pacientes con RIVI presentaron una mayor supervivencia libre de trasplante y una menor incidencia acumulada de ingreso por cualquier causa e ingreso por IC (p<0.05 para los tres eventos).

Conclusión: Casi un tercio de los pacientes con debut de IC y FEVI deprimida experimentan RIVI tras la optimización del tratamiento farmacológico. Esta condición conlleva un impacto pronóstico favorable.

2. VALIDACIÓN DEL NEW YORK STATE PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION RISK SCORE PARA LA PREDICCIÓN DE LA MORTALIDAD A 30 DÍAS DE PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO (ICP) EN UNA COHORTE EUROPEA

Couto Mallón, D; Rodríguez Garrido, JL; Aldama López, G; Calviño Santos, R; Gargallo Fernández, P; García Guimaraes, MM; Piñón Esteban, P; Salgado Fernández, J; Vázquez Rodríguez, JM; Vázquez González, N; Castro Beiras, A;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción: El New York State Percutaneous Coronary Intervention Risk Score (NY-PCIRS) ha mostrado su utilidad para la predicción de la mortalidad total intrahospitalaria tras intervencionismo coronario percutáneo (ICP) en la población de los Estados Unidos de América. Objetivo: validar el NY-PCIRS para la predecir la mortalidad a 30 días en una cohorte europea contemporánea.

Métodos: Recogimos de manera prospectiva los datos de los pacientes sometidos a ICP entre enero de 2009 y diciembre de 2012. El NY-PCIRS fue calculado inmediatamente tras la coronariografía diagnóstica para cada paciente. La variable principal fue la mortalidad por cualquier causa a 30 días. La calibración y la discriminación del NY-PCIRS fueron evaluados mediante los test de Hosmer-Lemeshow y el c -estadístico respectivamente, usando la regresión logística binaria y la curvas ROC.

Resultados: Se incluyeron 5783 pacientes. Nuestra población presentaba menor número de mujeres (23% vs 29,8%) y pacientes en shock cardiogénico (0,9% vs 8,1%) que la del NY-PCIRS. El número de procedimientos urgentes (27% vs 26,33%) fue similar. El número de pacientes con diabetes mellitus (26% vs 19,1%), enfermedad arterial periférica (19% vs 6,4%) y enfermedad del tronco coronario izquierdo (5,1% vs 1,9%) fue mayor en nuestra población. La mortalidad observada fue del 2%. El test de Hosmer-Lemeshow resultó no significativo ($p=0.789$). La discriminación del score en nuestra muestra fue excelente, con valor c-estadístico de 0,88 (95% IC 0,84-0,91).

Conclusión: La mortalidad a 30 días después del ICP puede ser calculada con precisión en nuestra población mediante el New York State PCI Risk Score. Este score podría utilizarse en la toma de decisiones clínicas y para la comparación de resultados entre hospitales.

3. COMPLICACIONES VASCULARES EN PACIENTES TRATADOS CON DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR: ECMO E IMPELLA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Couto Mallón, D; Solla Buceta, MA; Estévez Cid, F; Aldama López, G; Herrera Noreña, JM^a; Barge Caballero, E; Rodríguez Garrido, J; Marzoa Rivas, R; Paniagua Martín, MJ; Cuenca Castillo, JJ; Castro Beiras, A; Crespo Leiro, MG;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción: Los dispositivos de asistencia ventricular de corta duración (ST-VADs) están siendo utilizados cada vez con mayor frecuencia en pacientes con shock cardiogénico. Las complicaciones vasculares (CCVV) son una importante limitación en su uso. Objetivo: informar de la incidencia y factores asociados a la aparición de CV de los dispositivos el ECMO veno-arterial (V-A) e Impella.

Métodos: Se registraron las CCVV sucedidas en 24 pacientes consecutivos sometidos a ST-VADs: V-A ECMO (n=14) e Impella (n=9) entre diciembre de 2009 y mayo de 2012. Sólo los sangrados mayores definidos por los criterios de sangrado mayor TIMI fueron considerados como complicación hemorrágica. Realizamos un estudio descriptivo de frecuencias e identificación de posibles predictores.

Resultados: 24 pacientes recibieron tratamiento con ST-VADs (13 ECMO V-A y 9 Impella: 4 Impella de 2.5L y 5 Impella de 5L). Las complicaciones isquémicas representaron el 50% del total de CCVV de los pacientes tratados con ECMO. La isquemia del miembro no se ha relacionado con la superficie corporal o con el tamaño de la cánula ($p= 0.07$). Tampoco se asoció a un pobre resultado clínico. Las complicaciones hemorrágicas se asociaron de una manera significativa con los accesos de tipo central ($p= 0.03$), con una mortalidad del 66.6%. El número de CCVV registrado ha sido significativamente superior en los pacientes tratados con ECMO V-A frente a los pacientes tratados con Impella ($p= 0.009$).

Conclusión: Las CCVV son frecuentes en pacientes tratados con ST-VADs (77% con el ECMO y 22% con el Impella). Las complicaciones isquémicas son las CCVV más frecuentes, pero no se han relacionado con un empeoramiento de la supervivencia. Un estudio con un número mayor de pacientes podrá ayudar a identificar cuáles son los predictores más fiables de la presencia de CCVV.

4. INTERVENCIÓN FORMATIVA SOBRE ECOCARDIOGRAFÍA DE EJERCICIO EN UN CENTRO TERCIARIO Y EFECTOS SOBRE SUS INDICACIONES

García Campos, A; De la Hera Galarza, JM; Corros Vicente, C; Martín Fernández, M; Rodríguez Suárez, ML; Díaz Peláez, E; Pun Chinchay, F; Capín Sampedro, E; Barreiro Pérez, M; Velasco Alonso, E; Pichel, I; Flórez Muñoz, JP; León Durán, D; Benito Martín, EM; Renilla González, A; Secades González, S; Lambert Rodríguez, JL;

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Objetivo: Conocer los efectos de la formación en ecocardiografía de ejercicio dirigida a cardiólogos generales sobre las indicaciones y el perfil de pacientes remitidos para ecocardiograma de ejercicio (EE).

Métodos: En el servicio de Cardiología de un centro terciario, realizamos una intervención consistente en una sesión de formación sobre la técnica y los usos apropiados del EE de 45 minutos de duración, reforzada con el envío de un email con tablas resumen. Revisamos las solicitudes de EE recibidas durante un periodo de 20 semanas (10 semanas previas a la intervención y 10 semanas posteriores). Las indicaciones se clasificaron según las guías de la ASE 2011 en “apropiada”, “incierta”, “inapropiada” y “no clasificable”. Recogimos también el grupo de indicación o “escenario” de cada una.

Resultados: Revisamos 115 solicitudes: 54 previas (38 apropiadas (70%), 7 inciertas, 8 inapropiadas, 1 no clasificable) y 61 posteriores (54 apropiadas (89%), 1 incierta, 4 inapropiadas, 2 no clasificables). La proporción de solicitudes apropiadas resultó significativamente mayor tras la intervención: OR 3,2 (IC95% 1,2 a 8,6 p=0,029) y Diferencia de Riesgos 18% (IC95% 4% a 33%). No detectamos cambios estadísticamente significativos en la edad (61,2 vs 63,0 años), sexo (78% vs 69% varones), FEVI (60% vs 57%) o BRIHH (8% vs 8%). Los “escenarios” de indicación más frecuentes fueron los relacionados con la cardiopatía isquémica sintomática. No se objetivaron cambios en los 2 escenarios más frecuentes: “detección de enfermedad coronaria no aguda” (32% vs 30%) y “valoración post-revascularización” (17% vs 20%).

Conclusión: Una sencilla intervención formativa ha conseguido aumentar el porcentaje de indicaciones apropiadas de EE sin disminuir el número total de solicitudes. No hemos detectado cambios significativos en el perfil de características de los pacientes ni los escenarios de indicación más frecuentes.

5. RIESGO DE FIBRILACIÓN AURICULAR, ICTUS Y MUERTE TRAS ABLACIÓN DEL ISTMO CAVOTRICÚSPIDE EN PACIENTES CON FLUTTER AURICULAR TÍPICO

García Seara, J; Raposeiras Roubin, S; Gude Sampedro, F; Balboa Barreiro, V; Martínez Sande, J; Fernandez Lopez, X; Rodríguez Mañero, M; Gestal Romani, S; Pereira Lopez, E; Gonzalez Juanatey, JR;

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

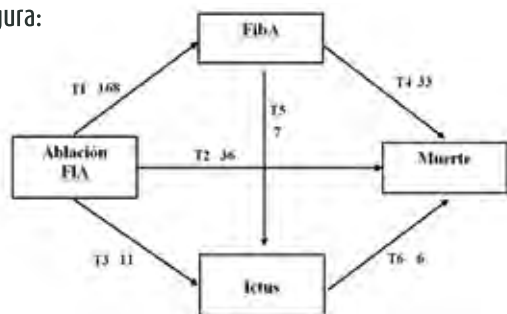
Objetivos: El propósito de nuestro estudio ha sido evaluar la incidencia y predictores de Fibrilación auricular (FibA) tras ablación del istmo cavotricúspide (ICT) en pacientes con Flutter auricular típico (FIA) y su impacto pronóstico.

Métodos: Hemos realizado un estudio observacional incluyó a 408 pacientes consecutivos sometidos a ablación del ICT desde 1998 hasta 2010. La media de seguimiento fue 5.9 ± 3.1 años. Se ha utilizado un modelo multiestado que ha analizado las diferentes transiciones desde el estado basal post ablación del ICT: Transición 1: desarrollo de FibA; Transición 2: Muerte sin desarrollo de FibA; Transición 3: Ictus sin desarrollo de FibA; Transición 4: FibA y muerte. Transición 5: FibA e ictus y Transición 6: Ictus y Muerte Ictus. Se han utilizado los modelos proporcionales de riesgo de Cox para el análisis de las hazard ratio (HR) de ocurrencia de FibA, ictus y muerte (Figura)

Resultados: La incidencia por 100 personas-año de FibA fue de 10.2 (95%IC: 8.7,11.8). El antecedente de FibA previa y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) fueron las únicas variables predictoras de ocurrencia de FibA durante el seguimiento en la población global [HR:2.55 (1.84,3.52)] y [HR:1.56 (1.08,2.27)], respectivamente. Los pacientes que hicieron una transición a FibA aumentaron su riesgo de muerte [HR:2.82 (1.88,4.70)] y de ictus [HR:2.93 (1.12,8.90)]. Edad, EPOC e insuficiencia cardíaca fueron las variables predictoras de muerte [HR:1.05 (1.00,1.08)], [HR:2.85 (1.39,5.83)] y [HR:2.72 (1.15,6.40)], respectivamente. Edad, [HR:1.07 (1.02,1.12)], tabaquismo [HR:2.55 (1.55,4.21)], EPOC [HR:7.60 (3.01,19.16)] e insuficiencia cardíaca [HR:3.07 (1.18,7.95)] fueron factores predictoros de muerte en el grupo de pacientes que desarrolló FibA.:

Conclusiones: La transición a FibA tras ablación del ICT es alta. La FibA previa y EPOC fueron los factores predictoros de FibA. Los pacientes que desarrollaron FibA presentaron un riesgo de muerte e ictus casi tres veces mayor que los que no desarrollaron FibA.

Figura:



6. RIESGO DE DESARROLLO DE FIBRILACIÓN AURICULAR O EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS TRAS LA DETECCIÓN DE EPISODIOS AURICULARES RÁPIDOS EN PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS SIN ARRITMIAS AURICULARES PREVIAS

López Pérez, M.; Ricoy Martínez, E.; Mosquera Pérez, I.; López Saínz, A.; Couto Mallón, D.; Campo Pérez, R.; Pazos López, P.; Pérez Álvarez, L.;

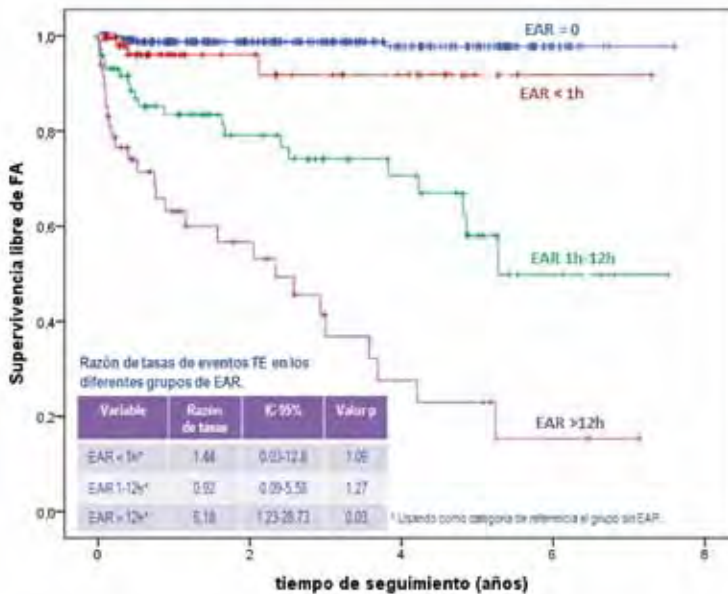
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Antecedentes y objetivos: Los marcapasos más recientes poseen la capacidad de detección automática de eventos auriculares rápidos (EAR), que en muchas ocasiones se relacionan con arritmias auriculares como la fibrilación auricular (FA) o el flutter auricular. Es también conocido que estas arritmias auriculares aumentan el riesgo de eventos tromboembólicos (TE) independientemente de la duración de las mismas. Sin embargo la asociación entre los EAR y el desarrollo definitivo de FA o flutter en el seguimiento, así como el riesgo de eventos embólicos, es todavía controvertida. Así el objetivo de nuestro estudio fue evaluar el efecto de la duración de diferentes EAR en el desarrollo de FA-flutter y/o eventos TE en pacientes sin arritmias auriculares previas.

Material y métodos: Análisis de un registro prospectivo de todos los pacientes en los que se implantó un marcapasos con capacidad de detección de EAR. Se excluyeron aquellos pacientes con FA previa o con indicación de anticoagulación por otro motivo. Se analizaron los EAR con frecuencia auricular mayor de 300 lpm y se dividieron en tres grupos según su duración: aquellos que duraron entre 1 minuto y 1 hora, entre 1 hora y 12 horas y EAR de más de 12 horas de duración. Como eventos primarios se consideraron el diagnóstico de FA-flutter en electrocardiograma estándar y/o la aparición de un evento TE durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron para el análisis final 382 pacientes (60.2% varones) de edad media 72.3 ± 11.6 años. Analizando los factores clásicos de riesgo embólico, el 79.6% de los casos presentaban un puntaje mayor o igual a 1 en la escala CHA_2DS_2-VASc . Tras una mediana de seguimiento de 3.4 años (1.9-5.3) el 39.8% de los pacientes presentaron al menos un EAR. En cuanto al evento primario el 3.2% sufrieron un TE y un 14.4% fueron diagnosticados de FA-flutter. Los pacientes con EAR de más de una hora, respecto a los casos sin EAR, presentaron significativamente una mayor tasa de incidencia anual de fibrilación auricular (razón de tasas 9.1, IC95% 3.3-21.2). Sin embargo sólo aquellos EAR de más de 12 horas de duración se asociaron significativamente a una mayor tasa de incidencia anual de eventos TE (razón de tasas 6.2, IC95% 1.3-28.7). Así mismo todos los eventos TE ocurrieron en pacientes con al menos un factor de riesgo embólico en la escala CHA_2DS_2-VASc .

Conclusiones: Los EAR de corta duración (menores de una hora) detectados en pacientes portadores de marcapasos y sin arritmias auriculares previas, no demostraron relación con el riesgo de desarrollo de FA-flutter o eventos TE. En cambio los EAR mayores de 12 horas se asociaron significativamente con una mayor incidencia de FA-flutter y eventos TE durante el seguimiento. La escala CHA₂DS₂-VASc demostró ser un excelente predictor de TE. Es posible que este grupo de pacientes se beneficiara del uso de tratamiento anticoagulante, aunque esta hipótesis no ha sido testada hasta el momento.





**COMUNICACIONES
PÓSTER
CARDIOLOGÍA**

1. IMPACTO DEL SEXO EN EL PRONÓSTICO TRAS LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA POR VÍA FEMORAL

García Guimaraes, M; Prada Delgado, O; Estévez Loureiro, R; Rodríguez Garrido, J; Couto Mallón, D; Calviño Santos, R; Salgado Fernández, J; Piñón Esteban, P; Vazquez Gonzalez, N; Castro Beiras, A;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Antecedentes y objetivos: existe controversia sobre el papel del sexo como factor de riesgo de eventos adversos en el contexto del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) tratado mediante angioplastia primaria (AP). El objetivo de este estudio es evaluar el impacto del sexo en el riesgo de complicaciones cardiovasculares tras la AP por vía femoral.

Métodos: análisis de 558 pacientes consecutivos (76,9% varones; edad media $64,1 \pm 12,5$ años) con IAMCEST sometidos a AP por vía femoral en nuestro centro. Se determinaron la mortalidad total, la incidencia de IAM, ictus, hemorragia mayor (definida como hemorragia intracraneal o intraocular, hemorragia que precisó cirugía o intervencionismo, necesidad de transfusión o asociada a caída de hemoglobina ≥ 3 g/dL) y del evento combinado (muerte, IAM, ictus y hemorragia mayor) a los 6 meses.

Resultados: Las mujeres fueron mayores ($69,9 \pm 11,1$ años frente a $62,4 \pm 12,4$ años, $p < 0,001$), más hipertensas (38,0% frente al 23,1%, $p = 0,001$) y diabéticas (17,1% frente al 10,0%, $p = 0,029$). Por contra, las mujeres fueron menos dislipémicas (16,3% frente al 24,0%, $p = 0,046$) y fumadoras (4,7% frente al 17,2%, $p < 0,001$). El tiempo puerta-balón fue significativamente mayor en las mujeres (126 [90,5-168] minutos frente a 111,5 [80-157,5], $p = 0,032$). A los 6 meses, las mujeres presentaron mayor mortalidad (11,6% frente al 5,1%, $p = 0,009$), mayor incidencia de hemorragias mayores (13,2% frente al 6,5%, $p = 0,015$) y del evento combinado (24,8% frente al 13,8%, $p = 0,002$). No hubo diferencias entre sexos en la incidencia de IAM (3,1% frente al 4,2%, $p = 0,575$) e ictus (0,8% frente al 0,5%, $p = 0,54$). En el análisis multivariable, el sexo femenino se asoció de forma independiente con una mayor mortalidad (HR 2,22, 95% CI 1,05-4,67) y con un mayor riesgo de presentar el evento combinado (HR 1,64, 95% CI 1,02-2,66) a los seis meses.

Conclusiones: El sexo femenino se asoció de forma independiente con una mayor mortalidad y con un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares (principalmente hemorrágicas) tras la AP por vía femoral. En este subgrupo de pacientes, los esfuerzos deberían centrarse en la identificación de los factores de riesgo modificables y en el uso de estrategias alternativas (en especial el acceso radial) con el fin de reducir potenciales complicaciones.

2. VALOR PRONÓSTICO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA DEL VENTRÍCULO DERECHO ESTIMADA MEDIANTE TAPSE EN PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

Rodríguez Garrido, JL; Couto Mallón, D; López Pérez, M; Mosquera Pérez, I; Ricoy Martínez, E; Bouzas Mosquera, A; Pérez Álvarez, L; Castro Beiras, A;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Objetivos: La terapia de resincronización cardíaca (CRT) ha demostrado mejorar el pronóstico y la clase funcional (CF) en pacientes con disfunción ventricular izquierda. Tratamos de identificar si la disfunción del ventrículo derecho (VD) y capacidad funcional previa al implante del resincronizador predicen un peor resultado.

Métodos: Estudio retrospectivo de 46 pacientes sometidos a CRT entre 2004-2012. Se recogieron variables demográficas, clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas. Como variable principal se consideró el evento combinado de muerte, nuevo ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) y trasplante cardíaco (TC). Se consideró como respuesta clínica la mejoría de la CF en al menos un grado de la NYHA. La respuesta ecocardiográfica se consideró como un incremento en el fracción de eyección mediante ecocardiografía convencional en al menos un 10%. La edad media de los pacientes incluidos en el estudio fue de 63,8 años. La tasa de respuesta clínica fue del 54%, mientras que el 39% respondieron también de manera ecocardiográfica.

El VO₂ resultó significativamente reducido en aquellos pacientes que presentaban el evento combinado (13 mL/kg/min vs 18 mL/kg/min, p=0.03), debido principalmente al empeoramiento y reingreso por IC (p= 0.007).

La disfunción del VD estimada mediante reducción del TAPSE por debajo de 15 mm, resultó más frecuente en los pacientes que presentaban el evento combinado (38% vs 8%, p=0.008). En el análisis multivariante se evidenció que la disminución del TAPSE se correlacionaba de una manera estadísticamente significativa tanto con el reingreso por IC (p=0.03), como con la necesidad de TC (p= 0.008), como con el éxitus del paciente (p=0.013).

Conclusión: Una depresión de la función sistólica del VD estimada mediante TAPSE y un pobre VO₂ previo al implante del resincronizador parecen identificar a un grupo de pacientes con peor pronóstico.

3. RECHAZO AGUDO DESPUÉS DEL TRASPLANTE CARDÍACO. ¿HA CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

Couto Mallón, D; Barge Caballero, E; Paniagua Martín, MJ; Marzoa Rivas, R; Rodríguez Garrido, JL; García Guimaraes, MM; López Pérez, M; Barrio Rodríguez, A; Chávez Leal, S; Castro Beiras, A; Crespo Leiro, MG;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción: el rechazo agudo (RA) es una complicación importante después del trasplante cardíaco (TC). Los avances en la inmunosupresión han modificado las características de esta complicación. Objetivo: estudiar las modificaciones del perfil epidemiológico del RA después del TC los últimos años.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a TC en nuestro centro entre enero de 1998 y diciembre de 2011. Exclusión: menores de 18 años y fallecidos en las primeras 48 horas por causas distintas al RA. RA fue definido como cualquier evento clínicamente relevante que obligó a una intensificación del tratamiento inmunosupresor con tratamiento intravenoso. Se dividió a la muestra en tres grupos temporales: 1998 -2001 (A), 2002-2006 (B) y 2007-2011(C).

Resultados: Fueron incluidos 343 pacientes (81% varones, edad media 53,8 +/- 11 años), seguidos durante 7,3 +/-4,1 años hasta el éxitus o el último registro médico. Todos recibieron inducción (basiliximab 59,8%, OKT3 40,2%) y corticoides. Inmunosupresión basal: combinación de MMF (84%), azatioprina (12,3%), ciclosporina (76,6%) o tacrolimus (20,2%). Se registraron un total de 445 rechazos. La supervivencia libre de rechazo el primer año fue significativamente superior en los pacientes del grupo C (60,8%) respecto al grupo A (32%) y B (43%) (p log Rank test < 0,001). Identificamos como predictores independientes de supervivencia libre de rechazo el empleo de MMF (RR 0,47, p=0,002) y tacrolimus (RR 0,38, p=0,015). La inducción con basiliximab y el re-TC se identificaron como predictores en el análisis univariado, pero no en el multivariante.

Conclusión: La supervivencia libre de RA en el primer año ha aumentado significativamente. Identificar las características e implicación pronóstica del RA después del primer año requiere más estudios.

4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE MARCAPASOS. RESULTADOS DE UN ESTUDIO DURANTE UN PERIODO DE 25 AÑOS

Pérez Pérez, AJ; Testa Fernandez, A; Franco Gutiérrez, R; Crespo Mancebo, F; Llorente Marco, C; Santás Álvarez, M; Quintela García, S; Regueiro Abel, M; Pérez Fernández, R; Rios Vázquez, R; Puebla Rojo, VM; García Pais, MJ; Bayón Lorenzo, J; Varela Otero, J; González Juanatey, C;

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

Objetivos: Analizar la incidencia, características clínicas, microbiológicas y ecocardiográficas de la endocarditis infecciosa (EI) asociada a marcapasos (EIM) en nuestro centro. Métodos: Revisión de todos los pacientes con historia de implante de marcapasos (MP) desde el año 1987 hasta el 2010, identificándose 18 casos (en 15 pacientes) que cumplieran los criterios de Duke para EI definitiva.

Resultados: La incidencia de EIM fue de (0.41 %) del total de 4342 MP implantados en dicho período (6.9 % del total de EI diagnosticadas). La mediana de edad fue 69 años [rango intercuartílico (RIC) 19.75]. La mediana de retraso diagnóstico fue 15 días (RIC 70.5 días). El 50 % presentaba una enfermedad sistémica previa. El modo de presentación fue agudo en 9 casos (50 %), subagudo en 6 (33 %) e indeterminado en 3 (17 %). Cinco pacientes portaban MP bicamerales. En 9 casos se identificó un posible desencadenante de la EIM. Los hemocultivos fueron positivos en 14 casos (78 %). Los microorganismos aislados fueron: *S. Viridans* (7 casos); *S. Aureus* (6); *S. Faecalis* (2); *S. Warnerii* (1), *P. Aeruginosa* (1) y *Aspergillus spp.* (1). Diez pacientes presentaron complicaciones durante la fase aguda, la más frecuente el embolismo séptico (7 casos) y dos pacientes fallecieron. Se realizó ecocardiograma transtorácico a todos y transesofágico a 13 (72 %) identificándose vegetaciones en 12 (67 %). Todos fueron tratados con antimicrobianos. La duración mediana del tratamiento fue 50 días (RIC 21). En todos se retiró el material infectado mediante: extracción percutánea (3 casos), toracotomía (9); no registrado (5). Se realizó seguimiento de todos los pacientes (mediana 63,7 meses [RIC 34,7]). Hubo 3 casos de recidiva, 2 en el mismo paciente, y 7 fallecimientos durante el seguimiento, ninguno por causas relacionadas con la EIM.

Conclusiones: La EIM es una enfermedad grave. La antibioterapia específica así como la extracción completa del material protésico juegan un papel clave para prevenir las recidivas.

5. DECARDIO. LA APP PARA EL CUIDADO CARDIOLÓGICO

Fernández Obanza Windscheid, E.; Pardo Fresno, M.; Díaz Castro, O.; Rivera Asenjo, D.;

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Objetivo: Disponer una herramienta que permita agilizar la toma de decisiones tanto para el diagnóstico como para el tratamiento óptimo, en donde se concentren los cálculos, las tablas, guías... empleadas en el día a día, evitando la búsqueda distribuida de la información.

Solución: Desarrollo de una aplicación (DECARDIO) para dispositivos móviles que facilite el manejo óptimo del paciente cardiológico. Dispone de las siguientes secciones:

<p>GENERALES Cálculo del riesgo cardiovascular Estimación del filtrado glomerular Cálculo del índice de masa corporal. Cálculo del índice de superficie corporal</p>	<p>INSUFICIENCIA CARDÍACA Criterios de Framingham Clasificación funcional NYHA</p>
<p>CARDIOPATÍA ISQUÉMICA TIMI Severidad de la angina según Canadian Cardiovascular Society TIMI Risk Score para angina inestable e IAM sin elevación del ST TIMI Risk Score para AM con elevación del ST GraceRiskScore Escala de riesgo hemorrágico en SCA Crusade Clasificación hemodinámica KILLIP en el IAMEST</p>	<p>ARRITMIAS Indicaciones Marcapasos Indicaciones DAI Indicaciones TRC Síndrome de Brugada Cálculo intervalo QT corregido (QTc) fórmula de Bazett Síndrome del QT Corto Síndrome del QT Largo Fármacos para tratamiento de las taquicardias Fármacos para tratamiento de las bradicardias</p>
<p>DISLIPEMIAS Cálculo del riesgo cardiovascular Clasificación del riesgo cardiovascular Tratamiento según riesgo cardiovascular y LDL Objetivos de tratamiento LDL según riesgo</p>	<p>FIBRILACIÓN AURICULAR Tipo clínico de la FA CHA2DS2VASc Escala de sangrado HASBLED EHRA</p>

Conclusión: DECARDIO es una herramienta sencilla e intuitiva de gran utilidad para el profesional implicado en la atención de los pacientes cardiológicos.

6. PRESENTACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON TROMBOSIS MUY TARDÍA DE STENT CONVENCIONAL

Gómez Blázquez, IT; Fernández Barbeira, S; Sepúlveda Sepúlveda, J; De Miguel Castro, AA; Bastos Fernández, G; Ortiz Sáez, A; Jiménez Díaz, VA; Ponce Bustillo, J; Brooks, J; Baz Alonso, JA; Iñiguez Romo, A.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Objetivo: La trombosis (TS) del stent convencional (SC) que sucede más de 1 año después de su implante (trombosis muy tardía) es una complicación infrecuente y no existe evidencia sobre el perfil clínico y el pronóstico de los pacientes (p). El objetivo es determinar las características clínicas y el pronóstico de los p con TS confirmada angiográficamente y muy tardía de un SC.

Métodos: Estudio prospectivo. Entre 2006 y 2012 se realizaron en nuestro centro 11266 coronariografías a p con síndrome coronario agudo, y en 34 casos (0.3%) se objetivó una TS angiográfica muy tardía de SC. Se completó seguimiento de 1 año en todos los p, y de 2 años en 28 p. Se consideró evento cardíaco mayor (MACE) el compuesto por muerte cardiovascular o infarto de miocardio (IAM) no fatal.

Resultados: Los p con TS muy tardía de SC presentaron una edad media de 62 ± 14 años, siendo 94% hombres, 55% fumadores, 26% diabéticos, 79% dislipémicos y 71% hipertensos. La forma de presentación de la TS muy tardía de SC fue IAM con elevación de ST (IAMEST) en 31 p (91%) e IAM sin elevación de ST en 3 p (9%). La localización más frecuente fue la coronaria derecha (56%). La mediana de tiempo desde el implante del SC a la TS fue 7.5 años (rango intercuartil, 3.8-9.5 años) y la mayoría de p (72%) estaban con antiagregación oral en el momento de la TS (66% sólo aspirina, 6% doble antiagregación). Todos los p fueron tratados con éxito con una nueva angioplastia, con implante de un stent intrastent en el 85% de los p. Los p con TS muy tardía de SC presentaron un deterioro significativo de la FEVI (de $62 \pm 10\%$ a $50 \pm 11\%$; $p < 0.001$). La incidencia de MACE fue 14%, 26% y 43% a 30 días, 1 año y 2 años respectivamente. De los 28 p con seguimiento a 2 años, 6 p murieron y 6 p presentaron un IAMEST no fatal (recurrencia de la TS en 3 p e IAM en otro vaso en 3 p).

Conclusiones: La TS muy tardía de SC es un fenómeno infrecuente, se presenta generalmente como IAMEST y su tratamiento con una nueva angioplastia es factible. La incidencia de MACE en este grupo de p es alta, y están relacionados tanto con la TS previa como con la progresión de la enfermedad coronaria.

7. COMPARACIÓN ENTRE ACCESO RADIAL DERECHO E IZQUIERDO EN LOS PROCEDIMIENTOS CORONARIOS INVASIVOS DE PACIENTES OCTOGENARIOS

Gómez Blázquez, IT; Fernández Barbeira, S; Ortiz Sáez, A; Bastos Fernández, G; De Miguel Castro, AA; Jiménez Díaz, VA; Ponce Bustillo, J; Brooks Tamayo, J; Sepúlveda Sepúlveda, J; Baz Alonso, JA; Iñiguez Romo, A.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Objetivos: La edad avanzada es uno de los predictores de fracaso del acceso radial en los procedimientos coronarios invasivos, debido principalmente a la tortuosidad de la arteria subclavia derecha, y se desconoce si sería más ventajoso usar el acceso radial izquierdo (RI) en vez del acceso radial derecho (RD) en ancianos. Nuestro objetivo es comparar la eficacia y seguridad del acceso RD y RI en octogenarios sometidos a un procedimiento coronario invasivo.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron en el análisis 3153 procedimientos consecutivos realizados a octogenarios por vía radial en nuestro centro, entre 2006 y 2012.

Resultados: La RD fue el acceso inicial en 2975 casos y la RI en 178 casos. La edad media de los pacientes fue 83.1 años, con 53% varones y similares características clínicas basales en ambos grupos. Del total de procedimientos, 1914 (60.7%) fueron sólo coronariografías y 1239 (39.3%) angioplastias, sin diferencias entre los grupos de RD y RI ($p=0.19$). Fue necesario el cambio a otro acceso (arteria femoral o radial contralateral) en 203 casos (6.8%) con RD y en 12 casos (6.7%) con RI ($p=0.97$). El motivo del cambio fue tortuosidad o espasmo en la arteria radial (123, 57%), punción fallida (56, 26%) y tortuosidad en eje aorta-subclavia (36, 17%), sin diferencias entre RD y RI ($p=0.36$). El tiempo de procedimiento (RD 30 ± 22 vs RI 31 ± 19 minutos; $p=0.47$), el tiempo de escopia (RD 11 ± 9 vs RI 12 ± 8 minutos; $p=0.28$), el producto dosis área (RD 93 ± 91 vs RI 91 ± 84 Gy.cm²; $p=0.81$) y el volumen de contraste (RD 159 ± 88 vs RI 159 ± 73 ml; $p=0.94$) fueron similares en ambos accesos. La incidencia de complicaciones vasculares (hematoma >5 cm o perforación de arteria) fue 2.1% y 2.2% con RD y RI, respectivamente ($p=0.80$).

Conclusiones: En el acceso RD y RI de pacientes octogenarios, la necesidad de cambiar a otra vía y la incidencia de complicaciones vasculares fueron bajas. El acceso RI es una alternativa válida, con unos tiempos de procedimiento y de escopias similares al RD.



**COMUNICACIONES
ENFERMERÍA
CASOS CLÍNICOS**

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

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

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción

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

Descripción del caso

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

Plan de cuidados

Para este caso los diagnósticos de enfermería en que nos centramos son: deterioro de la integridad cutánea y tisular, contaminación, déficit de autocuidado, deterioro de la movilidad física, trastorno de la imagen corporal, deterioro de la interacción social y baja autoestima.

Resultados

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

COMPLICACIÓN PULMONAR POTENCIALMENTE GRAVE EN CATETERISMO DERECHO

Guillén Goberna, P; Herrera, C; Bastos, G.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Mujer de 80 años remitida a nuestro servicio para realización de cateterismo derecho. Portadora de marcapasos VVI por FA lenta. Anticoagulada con sintróm con un INR de 2,8. Estudiada por disnea y con diagnóstico de hipertensión pulmonar moderada por Eco TT.

Durante el procedimiento la paciente presenta acceso de tos y hemoptisis masiva. Se comprueba por angiografía rotura de una rama segmentaria de una rama lobar inferior derecha. Tras varios intentos fallidos de colocar un stent Graft, se procede a la embolización distal con Microcoils e inyección de pegamento biológico, logrando al fin el sellado y se detiene la hemoptisis.

La paciente permaneció ingresada durante 5 días, con buena evolución y sin más eventos mayores.

EL VALS DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA: UN CASO CLÍNICO

Castro Fernández, M; Álvarez Murias, M; Uzal Sánchez, N; Mouce Debasa, L; Fernández Trashorras, A.M.;
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción

La Insuficiencia cardiaca puede definirse como el fallo del corazón como bomba. Se trata de un síndrome clínico complejo. Puede tener diversas etiologías, manifestaciones y escenarios clínicos.

Objetivo

Presentación de un caso clínico característico de un paciente con insuficiencia cardíaca avanzada. Esta patología representa un gran impacto en la calidad de vida del paciente.

Descripción del caso

Hombre de 64 años con miocardiopatía dilatada con disfunción bi-ventricular severa diagnosticada en el año 2007. Enfermedad coronaria significativa de un vaso y cardiopatía valvular. ICC clase funcional NYHA II en seguimiento en consultas externas de Insuficiencia cardiaca avanzada.

En el último año descompensación de su enfermedad que requiere cinco hospitalizaciones. En este episodio ingresa desde la consulta por empeoramiento clínico y deterioro de la clase funcional a NYHA IV. Permanece ingresado 28 días hasta el trasplante cardíaco en estadio electivo con éxito.

Planificación de los cuidados

Valoración según el modelo de catorce necesidades de Virginia Henderson. Planificación de los cuidados según taxonomía NANDA NIC-NOC.

- Disminución del gasto cardíaco
- Negación ineficaz
- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
- Estreñimiento
- Insomnio

Reflexión

El manejo del paciente con insuficiencia cardiaca avanzada es complejo y requiere un abordaje multidisciplinar. La aplicación de los planes de cuidados de enfermería ha de tener como objetivos: mejorar la calidad de vida del paciente, reducir los ingresos hospitalarios mediante la educación sanitaria y mantener al paciente en las mejores condiciones para la recepción del trasplante cardíaco si procede.



**COMUNICACIONES
PÓSTER
ENFERMERÍA**

E1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO COMPLICADO

Rúa Pérez, MC; Suárez Fontaña, EM; Varela Tomé, MD; Sabater Sánchez, MC;

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

En España, las enfermedades cardiovasculares, constituyen la primera causa de muerte. El 10-15% de los pacientes que han sufrido un IAM fallecen por disfunción ventricular.

Método: revisión de historia clínica, de enfermería, plan de cuidados y escalas, presentamos el caso clínico de una mujer de 77 años con IAM anterior que llega de hemodinámica tras implante de stent en descendente anterior. Disfunción severa de VI. Complicaciones: Disnea y ortopnea. Congestión sistémica y pulmonar, precisa diuréticos IV. Trombo ventricular izquierdo se anticoagula con sintrom. Aparición de diabetes mellitus 2. Sangrado radial.

A los 12 días reingresa por síncope. Bajo gasto, precisó aminas. Oligoanuria de 48 h. Intolerancia a la ingesta, precisa antiheméticos. Hematoma glúteo por inyección IM en relación con anticoagulación. Cuadro de broncoespasmo, precisa corticoterapia y broncodilatadores. Al alta: ICC estadio D. Elaboramos un plan de cuidados NANDA NIC-NOC según modelo de Virginia Henderson basado en los siguientes diagnósticos: Deterioro de la movilidad física. Intolerancia a la actividad. Limpieza ineficaz de las vías aéreas. Déficit de autocuidado: baño-higiene. Déficit de autocuidado: evacuación/aseo. Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento. Náuseas. Ansiedad. Perturbación del sueño. Estreñimiento. Riesgo de infección. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Dolor agudo. Exceso de volumen de líquidos. Conocimientos deficientes: enfermedad, autocuidados y régimen terapéutico. Resultados: La paciente es dada de alta sin datos de congestión ni bajo gasto. No presenta deterioro de la integridad tisular ni dolor agudo. Tolerancia a alimentación y actividad. Glucemias estables. Mantiene deterioro de la movilidad física pero la familia es capaz de cubrir su necesidad de autocuidado. Conclusiones: La planificación de los cuidados de enfermería permitió cubrir el déficit de autocuidado y conseguir la máxima autonomía y confort de la paciente y familia, así como la educación de la hija como cuidadora principal.

E2. CUIDADOS POSTCATETERISMO CARDIACO

Uzal Sánchez, N.; Mouce Debasas, L.; Fernández Trashorras, A.M.; Álvarez Murias, M.; Castro Fernández, M.;
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción: El cateterismo cardíaco es una prueba invasiva que permite la visualización de la anatomía coronaria, la cuantificación de la función ventricular, la valoración de las lesiones valvulares y las medidas de las presiones en distintas zonas del sistema cardiovascular. El cateterismo puede ser diagnóstico y/o terapéutico.

Objetivos: El cateterismo es una técnica frecuente en pacientes hospitalizados en distintas unidades no necesariamente cardiológicas. El póster pretende proporcionar al personal de enfermería información visual, clara y concisa sobre los cuidados a realizar en un paciente sometido a esta técnica.

Metodología: Elaboración de un póster que explica gráficamente los cuidados postcateterismo cardíaco y las complicaciones más frecuentes.

Resultados: El póster proporciona información accesible y rápida a todo el equipo de enfermería que no necesariamente esté familiarizado con la técnica.

Conclusiones: El cateterismo cardíaco cada vez está más presente y son más variadas las patologías que aborda. Se hace necesario establecer unos criterios de actuación y explicar de forma clara y sencilla cuidados a realizar.

Las novedades en técnicas invasivas suponen un gran reto para la enfermería y exigen una mayor necesidad de formación para proporcionar cuidados de calidad.

E3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LA APARICIÓN DE HEMATOMAS TRAS PRIMOIMPLANTE DE MARCAPASOS

Bellón Lata, M.; Pan Mancho, M.; Rodríguez Escanciano, V.; Sánchez Varas, I.;

Unidad de Arritmias. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Introducción y objetivos: Los hematomas son una de las complicaciones más frecuentes tras el implante de marcapasos. Uno de los factores de riesgo principales es la necesidad de anticoagulación, muy frecuente en pacientes con indicación de marcapasos. Realizamos un seguimiento de la aparición de hematomas tras primoimplante de marcapasos en nuestra Consulta de Enfermería durante 1 año con el objetivo de describir su evolución para poder valorar la idoneidad de los cuidados aplicados en la prevención y/o resolución de los mismos.

Material y métodos: Recogida de datos sobre una muestra de 287 pacientes sometidos a primoimplante de marcapasos en nuestra Unidad durante el año 2012. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, anticoagulación previa, tiempos de aparición y resolución del hematoma y tipo de cuidados de enfermería realizados.

Resultados: Presentaron hematoma 11 pacientes (3,8%), de los cuales 8 eran varones (73%). 4 de los pacientes que presentaron hematoma estaban previamente anticoagulados: 3 con acenocumarol y 1 con dabigatrán. Todos ellos presentaron resolución completa del hematoma en menos de un mes con aplicación de vendaje compresivo y vigilancia semanal. No se produjo ningún caso de infección ni de necesidad de explante del dispositivo.

Conclusiones: La incidencia de hematomas tras primoimplante de marcapasos en nuestra Unidad ha sido del 3,83%. En nuestra experiencia, la aplicación de vendaje compresivo y la vigilancia periódica en una Consulta de Enfermería de Seguimiento de Marcapasos se asocian a una resolución completa, precoz y sin complicaciones del hematoma.

E4. RECOMENDACIONES AL ALTA PARA PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN

García Pérez, C; Poza Domínguez, A; Pérez Rodríguez, MT; Moreno Z., FV.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Introducción: El Trasplante cardiaco es considerado en la actualidad como tratamiento de elección en la insuficiencia cardiaca terminal, refractaria a tratamiento médico y quirúrgico y cuando se estima que la supervivencia y calidad de vida no puede mejorarse con otras alternativas terapéuticas. Es función del equipo de enfermería ayudar, enseñar y animar a los pacientes trasplantados de corazón a realizar todas las actividades necesarias para recuperar su independencia.

Objetivo: Proporcionar información clara y concisa, comprensible para el paciente y sus familias sobre los síntomas de alarma en pte con trasplante de corazón.

Metodología: A través de la revisión bibliográfica se ha elaborado un póster de fácil comprensión en la que se identifican los signos y síntomas de alarma más frecuentes en los pacientes trasplantados de corazón.

Conclusión: El empleo de este póster resultará útil en la educación para la salud realizada fuera del ámbito hospitalario, tanto para el paciente como para la familia

E5. PROTOCOLO DE LA PREPARACIÓN DE LA VÁLVULA EDWARDS SAPIEN XT PARA SU IMPLANTE TRANSFEMORAL

García Mosquera, V.A; Martínez Gómez, M.A; Sánchez Hernández, E.M; Herrera Álvarez, C.; García Fernández, B.; Argibay Pytlik, V.; Iñiguez Romo, A.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Introducción: El implante percutáneo de la válvula aórtica es una alternativa a la cirugía convencional de recambio valvular aórtico que ha aumentado considerablemente en los últimos años. La preparación de la válvula para su implante es una función de la enfermera circulante del laboratorio de hemodinámica y necesita un periodo de entrenamiento.

Objetivos: Realizar un protocolo de preparación de la válvula para su implante y posteriormente elaborar un poster con la imágenes paso a paso de la preparación de la válvula.

Material y Método: Revisión de los protocolos de preparación de válvula aórtica de nuestra unidad y de otras unidades y actualización de los mismos mediante revisión bibliográfica y material facilitado por la casa comercial.

Resultados: Elaboramos un poster con el material necesario para la preparación de la válvula y la secuencia de los pasos a seguir durante la preparación.

Con la elaboración del poster conseguimos reducir la ansiedad e inseguridad del enfermer@ en periodo de aprendizaje de preparación de la válvula.

Conclusiones: La colocación del poster en la sala en la que se realiza la preparación de la válvula sirve de guía para el enfermer@ circulante encargada de dicha preparación y reduce el nivel de ansiedad del enfermer@ en periodo de aprendizaje al tener una guía visual de apoyo.

E6. PROTOCOLO DE LA PREPARACIÓN DE LA VÁLVULA COREVALVE PARA SU IMPLANTE TRANSFEMORAL

Martínez Gómez, M.A; García Mosquera, V.A; Sánchez Hernández, E.M; Herrera Álvarez, C; García Fernández, B; Argibay Pytlik, V; Iñiguez Romo, A.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Introducción: El implante percutáneo de la válvula aórtica es una alternativa a la cirugía convencional de recambio valvular aórtico que ha aumentado considerablemente en los últimos años. La preparación de la válvula para su implante es una función de la enfermera circulante del laboratorio de hemodinámica y necesita un periodo de entrenamiento.

Objetivos: Realizar un protocolo de preparación de la válvula para su implante y posteriormente elaborar un poster con la imágenes paso a paso de la preparación de la válvula.

Material y Método: Revisión de los protocolos de preparación de válvula aórtica de nuestra unidad y de otras unidades y actualización de los mismos mediante revisión bibliográfica y material facilitado por la casa comercial.

Resultados: Elaboramos un poster con el material necesario para la preparación de la válvula y la secuencia de los pasos a seguir durante la preparación.

Con la elaboración del poster conseguimos reducir la ansiedad e inseguridad del enfermer@ en periodo de aprendizaje de preparación de la válvula.

Conclusiones: La colocación del poster en la sala en la que se realiza la preparación de la válvula sirve de guía para el enfermer@ circulante encargada de dicha preparación y reduce el nivel de ansiedad del enfermer@ en periodo de aprendizaje al tener una guía visual de apoyo.

E7. PONGÁMONOS EN SU PIEL: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACA MÁS HUMANIZADA

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

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción: En un ingreso en la unidad de cuidados intensivos cardíaca, los enfermos y sus familiares se verán sometidos a factores estresantes que pueden desencadenar diversas alteraciones emocionales y vivencias de situaciones límite. Estos pueden ejercer su influencia sobre el sistema cardiovascular, pudiendo agudizar el cuadro clínico y consecuentemente entorpecer su recuperación.

Objetivo: Recoger e identificar los principios éticos y valores básicos en los que debe estar fundamentada la práctica enfermera.

Material y método: Análisis de los conocimientos, experiencias y vivencias del personal. Revisión de bibliografía relacionada con el tema y de los protocolos de acogida de la unidad.

Resultados:

- Se elaboró un póster en el que se reflejan las siguientes bases de actuación:
- Identificación del enfermero/a referente, descripción de su ubicación, horarios y normas internas.
- Trato correcto basado en el respeto, confianza, capacidad de escucha y empatía.
- Descripción e información de los procesos y técnicas de enfermería.
- Respeto a la intimidad y dignidad.
- Fomentar la autonomía y el autocuidado.
- Trabajo en equipo.
- Respeto a las necesidades espirituales, la diversidad cultural y religiosa.
- Garantizar la continuidad asistencial de enfermería al alta.
- Velar por la seguridad del paciente.

Conclusiones: La colocación del póster en un lugar visible y de fácil acceso tanto para familiares como para el resto del personal, facilitará el acercamiento a la labor de enfermería. Esto contribuirá a que entre todos podamos colaborar y crear una unidad de cuidados intensivos cardíaca más humanizada.

E8. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE ASISTENCIAS VENTRICULARES

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

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción: En los últimos años ha habido un incremento en la utilización y variedad de los dispositivos de asistencia mecánica ventricular en los enfermos críticos.

A pesar de que las indicaciones y manejo de las distintas asistencias son diferentes, los cuidados de enfermería a los enfermos portadores de las mismas son similares.

Objetivos: Presentar un plan de cuidados estandarizado para la atención de los enfermos ingresados con un dispositivo de asistencia ventricular, que sirva como base para la realización de los planes de cuidados individualizados.

Material y métodos: Realizamos un análisis de los protocolos de nuestra unidad de cada una de las asistencias ventriculares de las que disponemos, así como una revisión bibliográfica exhaustiva.

Resultados: Se elaboró un plan de cuidados donde se identificaron los diagnósticos de enfermería más comunes en los pacientes portadores de una asistencia mecánica ventricular, así como una minuciosa descripción de las actividades a desarrollar durante su ingreso, según la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Conclusiones: Esta guía servirá de apoyo al personal de enfermería para la elaboración de unos planes de cuidados individualizados, que organicen nuestro trabajo y faciliten el registro de las actividades.

La estandarización en la valoración de los riesgos y cuidados en este tipo de enfermos ayudarán a garantizar su seguridad aportando unos cuidados de calidad.

E9. EXPERIENCIA ENFERMERA TRAS 2 AÑOS DE IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA ECMO EN UCI CARDÍACA

Rossi López, M; Pereira Ferreiro, A; Pérez Taboada, MA.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción: El oxigenador de membrana extracorpórea (ECMO) es un sistema de asistencia mecánica cardiopulmonar utilizada en pacientes con shock cardiogénico como puente a la recuperación, a la cirugía cardíaca o al trasplante cardíaco.

El programa ECMO se inició en nuestra UCIC en Enero de 2011.

Objetivos:

Evaluar los dos años de programa ECMO, estudiando en qué situaciones se ha implantado, evolución de los pacientes y sus principales complicaciones.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de los pacientes ingresados en la UCIC del CHUAC con ECMO desde Enero de 2011 hasta Enero de 2013, revisando las historias clínicas a través del programa informático ICIP.

Resultados: Se implantó a 13 pacientes, edad media 55'2 años, duración media del dispositivo 7,9 días y estancia media en UCI 22,6 días.

La causa del shock cardiogénico fue de origen isquémico 61'5%, complicaciones tras cirugía cardíaca 7,7%, miocarditis aguda 7,7% y miocardiopatía dilatada 23%.

Todos estaban conectados a ventilación mecánica, eran portadores de vías venosas centrales y precisaron altas dosis de aminas. Se sometieron a hipotermia por PCR 15,4% y HDFVVC por fracaso renal 38'5%.

Recuperaron la función ventricular 38,5%, fueron trasplante 15,4% y éxitus 30,8%.

La principal complicación fue el sangrado: el 53'8% presentó sangrado mayor y el 38'4% precisaron revisión quirúrgica por sangrado.

Conclusiones: Para la implantación del programa fueron necesarios cursos de formación y la realización de un protocolo; en estos 2 años nos hemos ido familiarizando con el manejo del dispositivo y con la resolución de las complicaciones.

La carga de trabajo de enfermería aumenta considerablemente en estos pacientes, debido a los controles protocolizados que hay que realizar y a las complicaciones inherentes al mismo.



INFORMACIÓN GENERAL

INFORMACIÓN GENERAL

Sede

Auditorio Hernán Naval
Plaza de España, 1
27700 Ribadeo - Lugo

Fechas

7 y 8 de junio de 2013

REUNIÓN ANUAL DE LAS SOCIEDADES GALLEGA Y ASTURIANA DE CARDIOLOGÍA. MÉDICOS

Actividad acreditada con 6,78 créditos



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA

Comité de Acreditación
CASEC

REUNIÓN ANUAL DE LAS SOCIEDADES GALLEGA Y ASTURIANA DE CARDIOLOGÍA. ENFERMERÍA

Actividad acreditada con 2,62 créditos



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA

Comité de Acreditación
CASEC

Hoteles oficiales

	Habitación Individual	Habitación Doble
1) Parador de Ribadeo ****	96 euros	129 euros
2) Hotel O Cabazo***	52 euros	71 euros

1) C/ Amador Fernández, 7. 27700 Ribadeo. Lugo. Tel: 982 128 825
2) C/ Río de Amalló nº 1. 27700 Ribadeo. Tel. 982 128 494
(desayuno y 10% IVA incluidos)

Reservas

La fecha límite para tramitar reservas de alojamiento antes de la reunión es el 31 de mayo de 2013.

Cancelaciones: • Hasta el 12/04/13: Devolución del 100%
• Desde el 13/04/13: Sin devolución

Reunión Anual de las Sociedades Gallega y Asturiana de **Cardiología**

Ribadeo, 7 y 8 de junio de 2013

SOCIEDADE GALEGA DE **Cardiología** SOCIEDAD ASTURIANA DE **Cardiología**

Sede: Auditorio Hernán Naval

Cuotas de inscripción

	Hasta el 12/04/2013	Desde el 12/04/2013
Socios SOGACAR y Asturiana	275 €	300 €
No socios	350 €	375 €
Médicos de Atención Primaria	275 €	300 €
Residentes	175 €	200 €
Enfermería	150 €	175 €

Fecha límite de inscripción antes de la reunión:

Se tramitarán inscripciones en la Secretaría Técnica hasta el 31 de mayo de 2013.

Con posterioridad a esa fecha la inscripción deberá formalizarse en la secretaría de la sede, durante el congreso.

Cancelaciones: • Hasta el 03/05/12: Devolución del 100%
• Desde el 03/05/12: Sin devolución

Restauración

Viernes, 7 de junio

21.15 horas. Tendrá lugar un cóctel de bienvenida en el Parador de Ribadeo. (Carretera Amador Fernández, 7).

Sábado, 8 de junio

14.00 horas. Comida de trabajo en el Restaurante San Miguel. (Puerto Deportivo, s/n), a 10 minutos caminando de la sede. La organización facilitará indicaciones de cómo llegar.

21.00 horas. Cena del congreso en Palacete Peñalba. (Lugar Grandá, S/N).

Secretaría Técnica  **congrega**
Grupo de servicios

A Coruña · Central: Rosalía de Castro, 13 - 1º Izq. 15004

Madrid · Delegación: Paseo de la Castellana, 135 - 7º 28046

Información y contacto: Tlf: 981 216 416 · Fax: 981 217 542

E-mail: congrega@congrega.es · Web: www.congrega.es

Reunión Anual
de las Sociedades Gallega y Asturiana de
Cardiología

Ribadeo, 7 y 8 de junio de 2013

SOCIEDADE GALEGA DE **Cardiología** SOCIEDAD ASTURIANA DE **Cardiología**

Sede: Auditorio Hernán Naval

Colaboradores



Investigamos para crecer en salud



ORGANIZA:



COLABORA:



www.sogacar.com