SOCIEDADE GALEGA DE
Cardioloxía

# Reunión Anual
## de la **Sociedade Galega** de **Cardioloxía**

AFundación Ferrol • 10 Y 11 DE JUNIO DE 2016

www.sogacar.com

## Programa **Definitivo**

# Índice

Junta directiva 3

Comité científico 3

Programa 5

Comunicaciones Orales 13

Comunicaciones Póster 33

Comunicaciones Orales Enfermería 61

Comunicaciones Póster Enfermería 67

Información general 88

Patrocinadores 91

# JUNTA DIRECTIVA

**Presidente**
Dr. Carlos González Juanatey

**Vicepresidente**
Dr. Óscar Díaz Castro

**Tesorera**
Dra. María Victoria Platero Vázquez

**Secretaría general**
Dra. Ana Belén Cid Álvarez

**Vocales**
Dr. Eduardo Barge Caballero
Dra. María Bastos Fernández
Dra. Marisol Bravo Amaro
Dr. Javier García Seara
Dr. Mario Gutiérrez Feijoo
Dr. José Antonio Lombán Villanueva
Dra. Miriam Piñeiro Portela
Dr. Ramón Ríos Vázquez

**Página Web**
Dr. Rafael Vidal Pérez

# COMITÉ CIENTÍFICO

**Presidenta**
Miriam Piñeiro Portela

**Vocales**
Dr. Eduardo Barge Caballero
Dra. María Bastos Fernández
Dra. Marisol Bravo Amaro
Dr. Javier García Seara
Dr. Carlos González Juanatey
Dr. Mario Gutiérrez Feijoo

# PROGRAMA

# Viernes 10 de junio

17.00 Entrega de documentación

**17.30 – 18.45** **Comunicaciones Mini Orales**

Moderadores:
Dr. Alejandro Rodríguez Vilela. C.H.U. de Ferrol
Dra. Melisa Santás Álvarez. H.U. Lucus Augusti de Lugo

### VALOR DIAGNÓSTICO DE LOS PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS BIDIMENSIONALES NO AJUSTADOS EN LA ESTIMACIÓN DE TAMAÑO DE LA AURÍCULA IZQUIERDA

López Rodríguez E.; Paredes Galán E.; García Rodríguez C.; Bilbao Quesada R.; Blanco González E.; Calvo Iglesias F. E.; Íñiguez Romo A.; Pazos López P.
Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo

### ESTUDIO VEREDICTO (VALOR DEL EJE PARAESTERNAL DERECHO EN LA GRADACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE LA ESTENOSIS AÓRTICA)

López Rodríguez E.; Paredes Galán E.; García Rodríguez C.; Bilbao Quesada R.; González Bermúdez I.; González Blanco E.; Íñiguez Romo A.; Pazos López P.
Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo

### HISTORIA NATURAL DE LA ESTENOSIS AORTICA SEVERA EN PACIENTES NONAGENARIOS, PREDICTORES DE MORTALIDAD E IMPACTO DEL INTERVENCIONISMO VALVULAR

López Rodríguez E.[1]; Raposas Roubín S.[1]; Abu Assi E.[1]; Agra Bermejo R.[2]; Pereira López E. M.[3]; Caneiro Queija B.[1]; Calvo Iglesias F. E.[1]; Íñiguez Romo A.[1]
Hospital Álvaro Cunqueiro[1]; Hospital Montecelo[2]; Hospital Lucus Augusti[3]

### MARCAPASOS SIN CABLES. RESULTADOS DEL IMPLANTE Y SEGUIMIENTO A CORTO PLAZO.

Martínez Sande J. L.; García Seara J.; Rodríguez Mañero M.; González Melchor L.; Fernández López X. A.; Redondo Diéguez A.; González Ferreiro R.; González Juanatey J. R.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

### INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN INTERMEDIA: CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO. REGISTRO DE LA RED ESPAÑOLA DE INSUFICIENCIA CARDIACA (RENDINSCOR II)

Gómez Otero I.[1]; Varela Román A.[1]; Ferrero-Gregori A.[2]; Cid Menéndez A.[1]; Martínez Gómez A.[1]; Díaz Fernández B.[1]; González Ferreiro R.[1]; Gonzalez-Juanatey J. R.[1]; Álvarez García J.[2]; Cinca J.[2]
Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela[1]; Hospital de La Santa Creu i Sant Pau[2]

**TIEMPOS DE REPERFUSIÓN Y MORTALIDAD EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA: ¿DÓNDE NOS ENCONTRAMOS 10 AÑOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE NUESTRA RED ASISTENCIAL DE ATENCIÓN AL SCACEST?**

Pardo Martínez P.; Escudero González A.; Rebollal Leal F.; Flores Ríos X.; Piñón Esteban P.; Aldama López G.; Salgado Fernández J.; Calviño Santos R.; Vázquez González N.; Vázquez Rodríguez J. M.

Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

**RESULTADOS CLÍNICOS Y FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS CON SCACEST SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN**

Barbeito Caamaño C.; Barrio Rodríguez A.; Pérez Cebey L.; Flores Ríos X.; Piñón Esteban P.; Aldama López G.; Salgado Fernández J.; Calviño Santos R.; Vázquez González N.; Vázquez Rodríguez J. M.

Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

**IMPORTANCIA E IMPLICACIÓN PRONÓSTICA DE LA RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA SISTÓLICA.**

Varela Román A.; Gómez Otero I.; González Ferreiro R.; López López A.; Bouzas Rey N.; Castiñeiras Busto M.; Díaz Fernández B.; Parada Vázquez P.; Oro Ayude M.; González-Juanatey J. R.

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

**PRESENCIA DE DNA BACTERIANO EN TROMBOS ASPIRADOS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**

Maneiro Melón N.[1]; Pérez Cebey L.[1]; Rebollal Leal F.[1]; Piñón Esteban P.[1]; Núñez Fernández L.[2]; Aldama López G.[1]; Calviño Santos R.[1]; Vázquez González N.[1]; Hermida Prieto M.[2]; Vázquez Rodríguez J. M.[1]

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña[1]; Instituto de Investigacion Biomedica A Coruña[2]

**REVASCULARIZACIÓN MULTIVASO O SÓLO DE LA LESIÓN CULPABLE EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA: ESTUDIO PROSPECTIVO A 8 AÑOS**

Iglesias Álvarez D.; Cid Álvarez A. B.; Redondo Dieguez A.; Galvao Braga C.; López Otero D.; Ocaranza Sánchez R.; Álvarez Álvarez B.; González Ferreiro R.; Trillo Nouche R.; González Juanatey J. R.

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

18.45 – 19.00 Pausa café

**19.00 – 19.10** **Inauguración Oficial**

**19.10 - 19.15** **Mención In Memoriam Dr. Alfonso Castro Beiras**

**19.15 – 20.15** **Mesa Interactiva: Concurso Casos Clínicos con Imagen**

Moderadores:
Dr. Rafael Vidal Pérez. H.U. Lucus Augusti de Lugo
Dr. Pablo Pazos López. H.U. Alvaro Cunqueiro de Vigo

Ponentes:
Dra. María Castiñeira Busto. C.H.U. de Santiago
Dr. Fernando García López. C.H.U. de Ferrol
Dra. Paula Gargallo Fernandez. C.H.U. de Pontevedra
Dra. Alba Guitián González. H.U. Alvaro Cunqueiro de Vigo
Dra. Eva Pereira López. H.U. Lucus Augusti de Lugo
Dra. Sandra Rey Fariña. C.H.U. de A Coruña
Dra. Elena López Rodríguez. H.U. Alvaro Cunqueiro de Vigo

**20.15 – 21.15** **Simposium: PCSK9 e Hipercolesterolemia**

Moderadores:
Dra. Miriam Piñeiro Portela. C.H.U. de Ferrol
Dra. Rosa Agra Bermejo. C.H.U. de Pontevedra

**Reducción del riesgo Cardiovascular con inhibidores de PCSK9**
Dr. José Tuñón Fernández. Fundación Jiménez Díaz de Madrid

**Hipercolesterolemia familiar e intolerancia a estatinas. Manejo de las dislipemias**
Dr. José Luis Díaz Díaz. C.H.U. de A Coruña

21.15 Cóctel de bienvenida. **Afudación**

# Sábado 11 de junio

**10.00 – 11.00** **Mesa redonda: Actualización en el Manejo Clínico de la Insuficiencia Cardiaca**

Moderadores:
Dr. Fernando Soto Loureiro. H.U. Alvaro Cunqueiro de Vigo
Dra. Margarita Regueiro Abel. H.U. Lucus Augusti de Lugo

**Insuficiencia Cardiaca con FE reducida**
Dra. Marisa Crespo Leiro. C.H.U de A Coruña

**Insuficiencia Cardiaca con FE preservada**
Dr. Alfonso Varela Román. C.H.U de Santiago

**Asistencias Circulatorias**
Dr. Eduardo Barge Caballero. C.H.U de A Coruña

11.00 – 11.30 Pausa café

**11.30 - 12.30** **Mesa Redonda: ¿Qué ha cambiado en el SCASEST?**

Moderadores:
Dr. José María García Acuña. C.H.U. de Santiago
Dr. Manuel García García. C.H.U. de Ourense

**Guías Clínicas en SCASEST**
Dr. José Luis Ferreiro Gutierrez. H.U. Bellvitge de Barcelona

**Antiagregación en SCASEST: Escenarios clínicos**
Dr. Oscar Díaz Castro. C.H.U. de Pontevedra

**12.30 – 13.30** **Conferencia: Futuro de las técnicas de imagen cardiaca en la documentación de la cardiotoxicidad**

Moderador:
Dr. Francisco Alonso Valladares. C.H.U. de Ourense

Ponente:
Dr. Juan Carlos Plana. Baylor College of Medicine, USA

13.30 – 16.30 Comida de trabajo. **Restaurante Illas Gabeiras**

**16.30 – 17.30** **Mesa redonda: Innovación Cardiovascular**

Moderadores:
Dr. José Manuel Vázquez Rodríguez. C.H.U. de A Coruña
Dr. José Antonio Lombán Villanueva. H. da Costa de Burela.

**Mitraclip**
Dra. Ana Belén Cid Álvarez. C.H.U. de Santiago

**Marcapasos sin cables**
Dr. José Luis Martínez Sande. C.H.U. de Santiago

**Marcapasos con algoritmo de detección de apnea del sueño**
Dra. Pilar Cabanas. H.U. Alvaro Cunqueiro de Vigo

**17.30 – 18.30** **Mesa redonda: ACO en FA: ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos?**

Moderadores:
Dr. Manuel López Pérez. C.H.U. de Ferrol
Dra. Cristina González Cambeiro. C.H.U. de Pontevedra

**FA y control en pacientes tratados con AVK y ACODS**
Dra. María Ferreiro Argüelles. C.H.U. de Pontevedra

**ACODS: Datos de vida real**
Dra. Inmaculada Roldan Rabadán. H.U. La Paz de Madrid

**ACODS: Posicionamiento SEC/SOGACAR**
Dr. Carlos González-Juanatey. H. U. Lucus Agusti de Lugo

**18.30** **Asamblea SOGACAR**

21.30 Cena. **Exponav**

# PROGRAMA ENFERMERÍA

## Viernes 10 de junio

**17.30 – 18.45** **Curso: "Buenas prácticas clínicas en investigación para enfermería"**
Docente:
D. Pablo Juan Salvadores. H.U. Alvaro Cunqueiro de Vigo

18.45 – 19.00 Pausa café

**19.00 – 20.00** **Visita a la zona de pósters**

21.15 Cóctel de bienvenida. **Afudación**

## Sábado 11 de junio

**10.00 – 11.00** **Comunicaciones orales/ casos clínicos**
Moderadoras:
Dª. Josefina Amor Cambón. C.H.U. de A Coruña
Dª. Belén Outes Velay. C.H.U. de Santiago

**ACTUALIZACIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA, NUEVOS ROLES DE ENFERMERÍA**
Moscoso Otero D.
Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE DIVERSIDAD CULTURAL**
Papín Rivas P.; Domínguez Ceballos M. L.; Sabater Sánchez M. C.
Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

**EXTRACCIÓN DE MUESTRAS VENOSAS PARA DETERMINACIÓN DE ENZIMAS CARDÍACAS**
Lago Celada I.; Rey Acuña H.; García Vázquez E. G.; Amoedo Fernández B.
Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro de Vigo.

**UTILIDAD DE UNA HERRAMIENTA EDUCATIVA SENCILLA (4 FICHAS DE COLORES) PARA AUMENTAR LA ADHERENCIA A LA MEDICACION Y EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LOS PACIENTES CON LA MISMA**
Costa Graña C.; Naya Leira C.; Fariñas Garrido P.; Blanco Canosa P.; Riveiro Rodríguez C.; Paniagua Martín M. J.; Barge Caballero E.; Barge Caballero G.; Couto Mallon D.; Crespo Leiro M. G.
Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

| | |
|---|---|
| 11.00 – 11.30 | Pausa café |
| **11.30 – 13.00** | **Mesa Redonda**<br>Moderadoras:<br>Dª. Inés Lago Celada. H.U. Alvaro Cunqueiro de Vigo<br>Dª. Eva Garcia Vázquez. H.U. Álvaro Cunqueiro de Vigo<br>**Empoderamiento del paciente con Cardiopatía Isquémica**<br>Dª. María del Carmen Caberta Lema. C.H.U. de A Coruña<br>**Manejo de ECMO, Cuidados de Enfermería en patología respiratoria**<br>Dª. Rocío Riveiro Portela. H.U. Alvaro Cunqueiro de Vigo<br>**Enfermería en las nuevas terapias hipolipemiantes**<br>Dª Helena Rey Acuña. H.U. Alvaro Cunqueiro de Vigo |
| **13.00 – 13.30** | **Entrega de premios** |
| 13.30 – 16.30 | Comida de trabajo. **Restaurante Illas Gabeiras** |
| **16.30 – 19.00** | **Curso: "Análisis de las arritmias cardíacas e interpretación de la telemetría"**<br>Dr. Emiliano Fernández-Obanza. C.H.U. de Ferrol |
| 21.30 | Cena. **Exponav** |

# ACTIVIDADES A PIE DE CALLE PARA PROMOVER HÁBITOS DE VIDA CARDIOSALUDABLES

**Lugar:** Plaza de la Constitución de Ferrol

**Fecha:** sábado 11 junio 2016

**Hora:** 11:00-13:00

La enfermedad cardiovascular se sitúa como la primera causa de muerte en el mundo. Muchos de los infartos podrían prevenirse siguiendo unos hábitos de vida saludables. Por eso hemos organizado desde la SOGACAR durante la celebración de nuestra Reunión Anual y en colaboración con la Fundación Española del Corazón un conjunto de actividades y talleres cuyo objetivo es fomentar hábitos saludables.

### Punto de evaluación Cardiovascular

Para todos aquellos que quieran conocer cuáles son los factores de riesgo cardiovascular y si en su caso deben vigilarlos con atención, se realizarán diferentes pruebas: el perímetro abdominal, la tensión arterial y el índice de masa corporal (IMC). Las mediciones se llevarán a cabo en un circuito completo que incluye un informe final personalizado.

### Punto de emergencia cardiaca

En colaboración con los Servicios de Emergencia, se realizarán demostraciones de técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP). El objetivo de esta actividad es que todos seamos conscientes del importante papel que jugamos cuando alguien presenta un evento cardiaco inesperado en nuestro entorno.

Con la colaboración de

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL Corazón

# COMUNICACIONES ORALES

## VALOR DIAGNÓSTICO DE LOS PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS BIDIMENSIONALES NO AJUSTADOS EN LA ESTIMACIÓN DE TAMAÑO DE LA AURÍCULA IZQUIERDA

López Rodríguez E.; Paredes Galán E.; García Rodríguez C.; Bilbao Quesada R.; Blanco González E.; Calvo Iglesias F. E.; Íñiguez Romo A.; Pazos López P.

Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo

OBJETIVOS: Aunque el volumen auricular indexado (VolIndex) estimado mediante Simpson biplano es el "gold standard" para medir la aurícula izquierda (AI), el importante consumo de tiempo limita su empleo sistemático. El diámetro antero posterior 2D (DAP) y el área en 4 cámaras (A4C) son parámetros alternativos simples ampliamente utilizados; su valor diagnóstico respecto al VolIndex no ha sido establecido.

MÉTODOS: Se seleccionaron en el laboratorio de ecocardiografía de forma prospectiva pacientes en ritmo sinusal en los que se midió VolIndex, DAP y A4C y se calculó: a) la correlación entre las medidas 2D-VolIndex, b) el acuerdo entre DAP-VolIndex y A4C-VolIndex en la clasificación del tamaño de AI y c) la precisión de DAP y A4C para el diagnóstico de dilatación AI significativa (≥moderada). En la gradación del tamaño de AI se emplearon los puntos de corte de las últimas guías.

RESULTADOS: Se incluyeron 124 pacientes. La correlación entre DAP-VolIndex fue moderada (r=0,51, p=0,01) mientras que entre A4C-VolIndex fue alta (r=0,84, p=0,01) (figura 1). El acuerdo entre DAP-VolIndex y A4C-VolIndex fue del 40%; ambos parámetros infraestimaron el tamaño en el 43% y 52% respectivamente (p<0,001, tabla 1). La sensibilidad (S) de DAP para el diagnóstico de dilatación de AI significativa fue 32%, especificidad (E) 82%, valor predictivo positivo (VPP) 60%, valor predictivo negativo (VPN) 60% y precisión diagnóstica (PD) 59%. A4C obtuvo una S=11%, E=100%, VPP=100%, VPN=57% y PD=59%. Cambiando el punto de corte de 30 por 22cm2 la capacidad diagnostica de A4C mejoraba significativamente (S=84%, E=70%, VPP=71%, VPN=84%, PD=77%).

CONCLUSIONES: Pese a una correlación moderada-alta entre los parámetros 2D y VolIndex su precisión diagnóstica es limitada. Un punto de corte de 22 cm2 para A4C incrementa su valor para predecir dilatación significativa de la AI.

| | | | VolIndex | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Normal | Dilatación | | | p |
| | | | | Leve | Moderada | Severa | |
| DAP | Dilatación | Normal | **26 (21%)** | 10 (8%) | 10 (8%) | 10 (8%) | <0,001 |
| | | Leve | 8 (6%) | **11 (9%)** | 9 (7%) | 10 (8%) | |
| | | Moderada | 7 (6%) | 4 (3%) | **6 (5%)** | 4 (3%) | |
| | | Severa | 0 (0%) | 1 (1%) | 2 (2%) | **6 (5%)** | |
| A4C | | Normal | **32 (26%)** | 10 (8%) | 2 (2%) | 3 (2%) | |
| | | leve | 9 (7%) | **16 (13%)** | 24 (19%) | 22 (18%) | |
| | | moderada | 0 (0%) | 0 (0%) | **1 (1%)** | 4 (3%) | |
| | | severa | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | **1 (1%)** | |
| | | Total | 41 (33%) | 26 (21%) | 27 (22%) | 30 (24%) | |

Tabla 1. Acuerdo entre parámetros bidimensionales y VolIndex. % casos sobre el total.

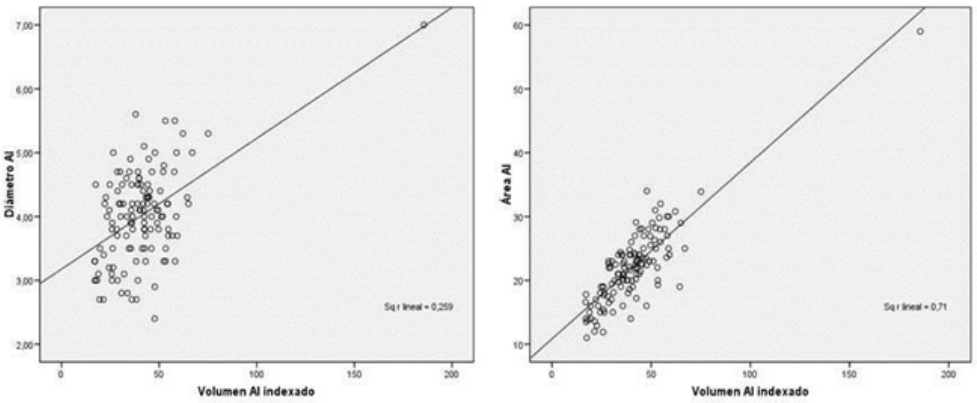



Figura 1. Correlaciones DAP-VolIndex y A4C-VolIndex.

## ESTUDIO VEREDICTO (VALOR DEL EJE PARAESTERNAL DERECHO EN LA GRADACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE LA ESTENOSIS AÓRTICA)

López Rodríguez E.; Paredes Galán E.; García Rodríguez C.; Bilbao Quesada R.; González Bermúdez I.; González Blanco E.; Íñiguez Romo A.; Pazos López P.

Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo

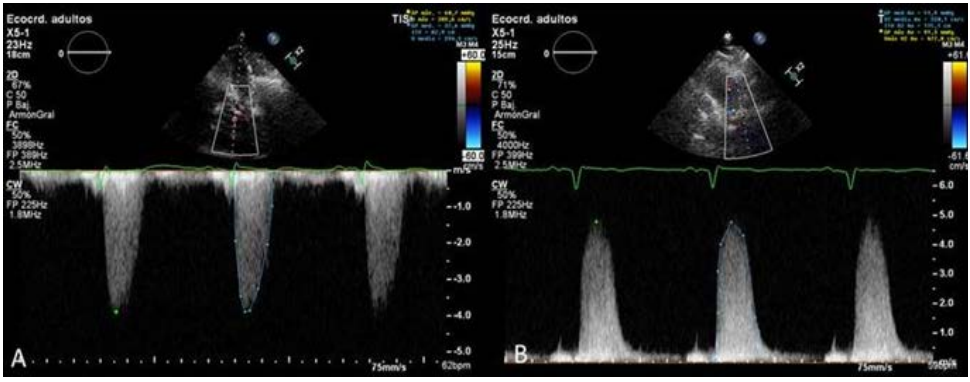
OBJETIVOS: El gradiente pico (GP), medio (GM) y área (AVA) estimados mediante plano apical (API) constituyen el método más empleado para determinar la severidad de la estenosis aórtica (EAo). El valor adicional del plano paraesternal derecho (PED) no ha sido adecuadamente evaluado. El objetivo del estudio es determinar factibilidad y % casos reclasificados al alza usando PED.

MÉTODOS: Prospectiva y consecutivamente reclutamos EAo ≥ ligera excluyendo casos con FEVI <50%, FA u otra valvulopatía ≥ moderada. Se estimó el gradiente pico (GP), medio (GM) y AVA (ecuación de continuidad) en API y PED; considerándose los puntos de corte de las guías actuales.

RESULTADOS: Se incluyeron 145 pacientes (56% hombres, 76±10 años). La gradación de EAo fue factible en API en 143 (99%) y en PED en 107 (74%). En 2 casos en los que API no fue factible, pudo realizarse PED siendo la EAo severa. En 105 casos (72%) fueron factibles los 2 planos, sin observarse diferencias en GP (52,6±24,2 vs 53,3±24,7 mmHg, p=0.65), GM (29,9±15,3 vs 30±15,3 mmHg, p=0,91) o AVA (1,33±0,69 vs 1,30±0,68 cm2, p=0,58) entre API y PED. Sin embargo, el empleo de PED permitía reclasificar al alza un 19%, 16% y 21% de casos según se emplease GP, GM o AVA (p<0.001) (Tabla 1). Un 19% de EAo no severas en API lo eran usando el PED.

CONCLUSIONES: En ¾ partes de las EAo puede hacerse una evaluación de severidad mediante PED. El empleo sistemático del mismo permite reclasificar al alza un % casos significativos y, por tanto, debería recomendarse en protocolos eco cardiográficos.

Figura 1. Reclasificación de EAo empleando PED. A) API: EAo moderada (GP: 60,7 mmHg, GM: 37,6 mmHg), B) PED: EAo severa (GP: 91,3 mmHg, GM: 51,9 mmHg)



| | | | API | | | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Leve | Moderada | Severa | |
| PED | GP | Leve | 17 (16%) | 6 (6%) | 0 (0%) | <0,001 |
| | | Moderada | 13 (12%) | 31 (30%) | 11 (10%) | |
| | | Severa | 1 (1%) | 6 (6%) | 20 (19%) | |
| | | Total | 31 (30%) | 43 (41%) | 31 (30%) | |
| | GM | Leve | 22 (21%) | 4 (4%) | 0 (0%) | |
| | | Moderada | 8 (8%) | 40 (38%) | 9 (9%) | |
| | | Severa | 1 (1%) | 7 (7%) | 14 (13%) | |
| | | Total | 31 (30%) | 51 (49%) | 23 (22%) | |
| | AVA | Leve | 20 (19%) | 6 (6%) | 1 (1%) | |
| | | Moderada | 10 (10%) | 26 (25%) | 5 (5%) | |
| | | Severa | 1 (1%) | 11 (10%) | 25 (24%) | |
| | | Total | 31 (30%) | 43 (41%) | 31 (30%) | |

Tabla 1. Reclasificación de EAo empleando PED. % casos respecto al total en los que los que API y PED fuero factibles.

## HISTORIA NATURAL DE LA ESTENOSIS AORTICA SEVERA EN PACIENTES NONAGENARIOS, PREDICTORES DE MORTALIDAD E IMPA CTO DEL INTERVENCIONISMO VALVULAR

López Rodríguez E.[1]; Raposas Roubín S.[1]; Abu Assi E.[1]; Agra Bermejo R.[2]; Pereira López E. M.[3]; Caneiro Queija B.[1]; Calvo Iglesias F. E.[1]; Íñiguez Romo A.[1]

Hospital Álvaro Cunqueiro[1]; Hospital Montecelo[2]; Hospital Lucus Augusti[3]

INTRODUCCIÓN: El objetivo del estudio es analizar la historia natural de la estenosis aórtica (EAo) severa en pacientes nonagenarios, describiendo su perfil clínico y analizando las variables pronóstica, así como el impacto del intervencionismo valvular quirúrgico y percutáneo.

METODOLOGÍA: Se utilizaron datos del registro GALAICO de EAO, que incluyó a todos los pacientes ≥90 años diagnosticados de EAo severa entre 2007 - 2014 en 3 hospitales de Galicia (Vigo, Pontevedra y Lugo). Se definió EAo severa: área valvular < 1 cm2 o un gradiente transvalvular aórtico máximo ≥60 o medio ≥40 mmHg. El evento analizado fue mortalidad. Se realizó un análisis multivariado de Cox (ajustando por aquellas variables que se asociaron con mortalidad con un valor de p<0,05) para analizar aquellos predictores con valor pronóstico independiente.

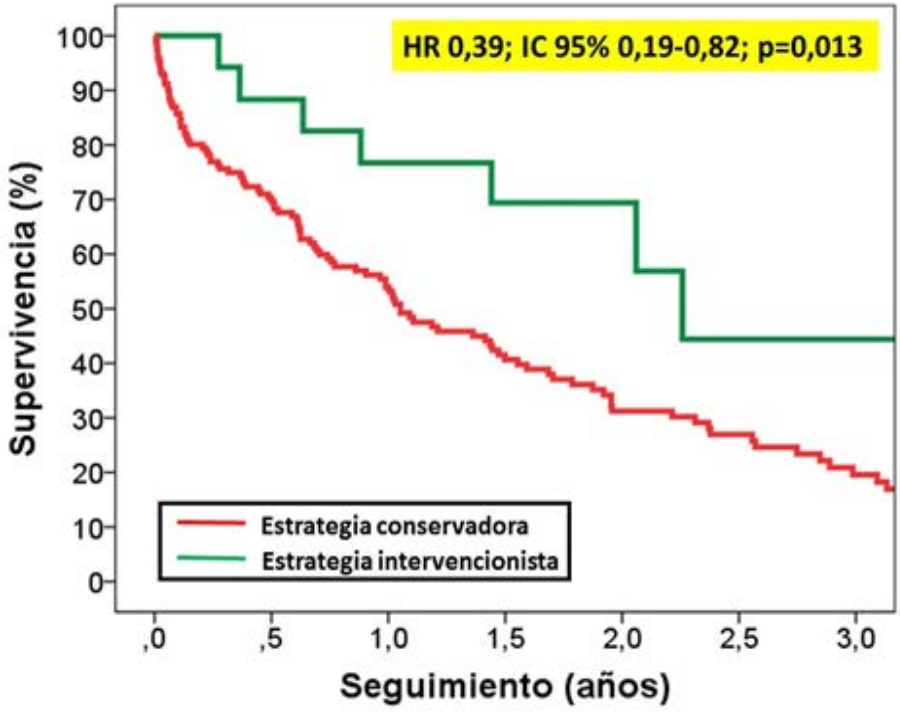
RESULTADOS: Se incluyeron 174 pacientes (74,7% mujeres). El área valvular aórtica media fue 0,66 ± 0,19, con un 10% de los pacientes con EAo de bajo gradiente. 42,5% tenían FA, 10,6% disfunción ventricular (FEVI ≤ 40%) y 37,0% IM de grado 3-4. 82,2% tenían disnea, 26,4% angina y 6,8% síncope.

De los 174 pacientes, 17 (9,8%) fueron sometidos a intervencionismo valvular: 2 valvuloplastia, 10 prótesis percutánea y 5 sustitución quirúrgica. Durante un seguimiento de 1,9 ± 1,7 años, 8 de los 17 pacientes murieron (47,1%; 5 causa cardiovascular), entre ellos las 2 valvuloplastias. De los otros 157 pacientes manejados médicamente, 125 murieron en un seguimiento de 1,5 ± 1,8 años (79,6%; 91 causa cardiovascular). El intervencionismo valvular se asoció con una reducción de la mortalidad del 53% (HR 0,47, IC 95% 0,23-0,96; p=0,038), manteniéndose tras el análisis multivariado (Tabla 1), junto con la edad, la insuficiencia renal crónica (IRC) y la EAo crítica < 0.6 cm2 o velocidad pico > 5.5 m/seg.

CONCLUSIONES: La EAo en nonagenarios tiene alta mortalidad dejada a su evolución natural, fundamentalmente a expensas de la etiología cardiovascular, especialmente en pacientes con EAo crítica o IRC. El intervencionismo valvular se asocia con una reducción significativa del riesgo de muerte.

| Variable | HR | IC 95% | P |
|---|---|---|---|
| Edad | 1,13 | 1,04-1,23 | 0,004 |
| Dependencia ABVD | 1,11 | 0,77-1,61 | 0,562 |
| IRC | 1,71 | 1,20-2,44 | 0,003 |
| Clase III-IV | 1,08 | 0,73-1,59 | 0,710 |
| EAo crítica | 1,99 | 1,37-2,90 | <0,001 |
| FEVI ≤ 40 % | 1,02 | 0,56-1,86 | 0,941 |
| Intervencionismo valvular | 0,39 | 0,19-0,82 | 0,013 |

Tabla 1. Análisis multivariado de para la mortalidad.




Gráfica 1. Curva de Kaplan-Meier: impacto del intervencionismo valvular.

## MARCAPASOS SIN CABLES. RESULTADOS DEL IMPLANTE Y SEGUIMIENTO A CORTO PLAZO.

Martínez Sande J. L.; García Seara J.; Rodríguez Mañero M.; González Melchor L.; Fernández López X. A.; Redondo Diéguez A.; González Ferreiro R.; González Juanatey J. R.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: El dispositivo percutáneo implantable de estimulación permanente Micra es un dispositivo de fijación activa con detección y estimulación bipolar en ventrículo derecho. Existen aún pocos estudios clínicos, pero los datos preliminares han mostrado una baja tasa de complicaciones. El propósito del estudio fue evaluar los parámetros eléctricos al implante y seguimiento, así como las posibles complicaciones.

PACIENTES Y MÉTODOS: El estudio fue de carácter prospectivo y observacional. Se incluyeron 29 pacientes (pts) consecutivos de junio 2015 a abril de 2016 con indicación de implante de marcapasos VVIR y mayores de 65 años. El implante se realizó por vía femoral. Los parámetros objetivo en el implante y a 3-6 meses de seguimiento fueron: umbral de estimulación ≤1,0 V a 0,24 ms, impedancia de estimulación entre 400-1500 ohmios, y una amplitud de onda R ≥5mV.

RESULTADOS: La media de edad fue de 79,6 ± 6,4 años (entre 66 y 89 años) y 20 pts (68,9%) eran varones. El seguimiento medio fue de 5,3 ± 3,3 meses. En 28/29 pts el ritmo era fibrilación auricular (FA) permanente. La indicación del implante fue FA lenta en 22pts; en 2 pts. la indicación fue FA bloqueada fue tras implante percutáneo de prótesis aórtica. En 4 pacientes se realizó en el mismo procedimiento, inmediatamente tras implante, la ablación del nodo AV, sin una prolongación significativa de su duración. Se realizó bajo tratamiento ACO en 20 pts y el INR máximo fue de 2,4. Se consiguió implante en la totalidad de los pacientes, sin complicaciones mayores, desplazamientos, ni infecciones sistémicas. En un caso presentó derrame pericárdico moderado sin repercusión hemodinámica. En otro caso hubo de implantarse el dispositivo a través de la vena femoral izquierda por excesiva tortuosidad y disección local de la vena femoral derecha. Los parámetros de estimulación fueron excelentes tanto el implante como en el seguimiento a medio plazo, y se muestran en la tabla:

| | Implante | Prealta | 1 mes | 3 meses | 6 meses |
|---|---|---|---|---|---|
| Umbral de estimulación (V a 0,24 ms) | 0,57 | 0,49 | 0,43 | 0,53 | 0,49 |
| Impedancia (ohm) | 717,9 | 682,6 | 608,8 | 550,8 | 535,7 |
| Onda R (mV) | 12,4 | 13,9 | 14,4 | 15,6 | 12,8 |

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia los resultados del implante de marcapaso sin cables son muy esperanzadores, sin complicaciones derivadas del implante y con excelentes parámetros de estimulación. Se necesita un mayor seguimiento y experiencia para generalizar su uso a la práctica clínica.

## INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN INTERMEDIA: CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO. REGISTRO DE LA RED ESPAÑOLA DE INSUFICIENCIA CARDIACA (RENDINSCOR II)

Gómez Otero I.[1]; Varela Román A.[1]; Ferrero-Gregori A.[2]; Cid Menéndez A.[1]; Martínez Gómez A.[1]; Díaz Fernández B.[1]; González Ferreiro R.[1]; Gonzalez-Juanatey J. R.[1]; Álvarez García J.[2]; Cinca J.[2]

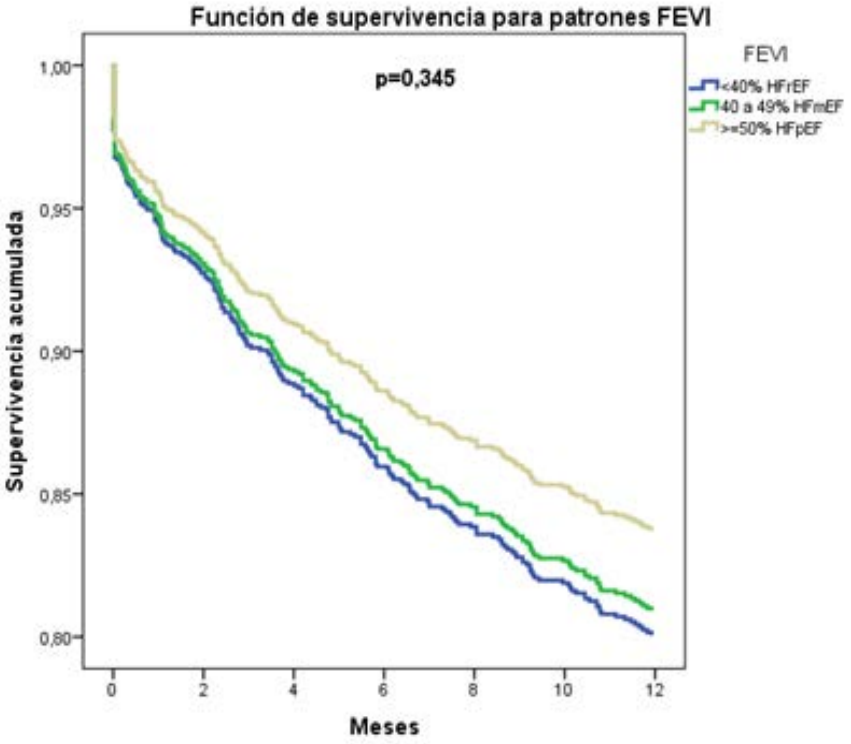
Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela[1]; Hospital de La Santa Creu i Sant Pau[2]

DESCRIPCIÓN: La fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) se emplea en la práctica clínica para la caracterización de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC). Suele clasificarse como IC con FEVI preservada (ICFEP) o deprimida (ICFED), empleando distintos puntos de corte. La evidencia disponible en ensayos clínicos se concentra en pacientes con FEVI <40% o FEVI >50%, sin embargo, existe un grupo de pacientes con FEVI intermedia, entre 40-49%, poco caracterizado y estudiado (ICFEI). Presentamos las características clínicas y el pronóstico del grupo de pacientes con ICFEI incluidos en el registro de la Red Española de IC (REDINSCOR II) que evalúa pacientes hospitalizados por IC aguda. Del grupo total de 1410 pacientes, 227 (16%) presentaron ICFEI. En la tabla se presentan algunas de las principales características clínicas de este grupo, comparadas con los grupos de ICFED e ICFEP. La ICFEI es relativamente frecuente y presenta características intermedias entre las otras dos formas bien definidas, sin un perfil claramente orientado hacia ninguna de ellas.

En relación al pronóstico no encontramos diferencias en la mortalidad en el primer año entre los tres grupos (figura).

Tabla: Características clínicas de las distintas formas de IC según la FEVI

| | <40% HFrEF n=583 (41,1%) | 40 a 49% HFmEF n=227 (16,0%) | >=50% HFpEF n=610 (43,0%) | Total n=1420 (100,0%) | P valor |
|---|---|---|---|---|---|
| Edad | 68,2 (SD=12,8) | 72,5 (SD=11,1) | 75,0 (SD=10,7) | 71,8 (SD=12,1) | <0,001 |
| Sexo, hombre | 447 (76,7%) | 152 (67,0%) | 285 (46,7%) | 884 (62,3%) | <0,001 |
| Etiología ICC isquémica | 266 (50,5%) | 83 (43,5%) | 142 (26,4%) | 491 (39,1%) | <0,001 |
| HTA | 415 (71,7%) | 179 (79,2%) | 489 (80,3%) | 1083 (76,6%) | 0,001 |
| FA ingreso | 195 (34,5%) | 92 (42,2%) | 253 (43,0%) | 540 (39,4%) | 0,009 |
| Hemoglobina g/L | 128,2 (SD=20,5) | 123,4 (SD=21,6) | 119,3 (SD=19,7) | 123,6 (SD=20,8) | <0,001 |
| ProBNP pg/ml, | 6.242,4 (3.299,1-10.960,2) | 4.395,9 (2.308,1-8.262,5) | 2.845,9 (1.287,4-5.903,6) | 4.349,3 (1.973,5-8.774,9) | <0,001 |
| Alta_IECAS_o_ARAII | 445 (78,8%) | 157 (72,4%) | 370 (63,1%) | 972 (71,1%) | <0,001 |
| Alta_BB | 487 (86,2%) | 158 (71,8%) | 351 (59,5%) | 996 (72,4%) | <0,001 |
| Alta_Antialdosteronicos | 368 (65,8%) | 99 (45,0%) | 166 (28,5%) | 633 (46,5%) | <0,001 |
| A. Tratamiento médico óptimo* (IECAS o ARAII+-BB+Antialdosterio) | 294 (52,7%) | 65 (29,5%) | 69 (11,8%) | 428 (31,4%) | <0,001 |


Función de supervivencia para patrones FEVI
p=0,345
FEVI
<40% HFrEF
40 a 49% HFmEF
>=50% HFpEF
Supervivencia acumulada
1,00
0,95
0,90
0,85
0,80
0
2
4
6
8
10
12
Meses

## TIEMPOS DE REPERFUSIÓN Y MORTALIDAD EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA: ¿DÓNDE NOS ENCONTRAMOS 10 AÑOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE NUESTRA RED ASISTENCIAL DE ATENCIÓN AL SCACEST?

Pardo Martínez P.; Escudero González A.; Rebollal Leal F.; Flores Ríos X.; Piñón Esteban P.; Aldama López G.; Salgado Fernández J.; Calviño Santos R.; Vázquez González N.; Vázquez Rodríguez J. M.

Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: Nos planteamos valorar de forma comparada la evolución de los tiempos de reperfusión y la mortalidad en el síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) tratado mediante angioplastia primaria (A1ª) desde la implementación en nuestra comunidad autónoma de una red asistencial de atención integral al SCACEST.

MÉTODOS: Realizamos un análisis retrospectivo de todos los pacientes con SCACEST tratados mediante A1ª en nuestro centro entre 2006-2014.

Los datos clínicos y del procedimiento fueron recogidos de forma prospectiva por el operador de la A1ª en una base de datos informatizada específicamente diseñada.

Para cada paciente, se obtuvieron los siguientes tiempos: 1) inicio de síntomas y el contacto sanitario; 2) contacto sanitario y la realización del ECG; 3) contacto sanitario y decisión sobre la reperfusión; 4) contacto sanitario y apertura de la arteria y 5) inicio de síntomas y la apertura de la arteria.

Valoramos su evolución entre 2006-2014 mediante la prueba no paramétrica de tendencia de Jonckheere-Terpstra.

Se determinó la proporción de pacientes con un tiempo contacto-apertura <120 minutos. Estimamos la incidencia de mortalidad por todas las causas a 30 días y 1 año. Se analizó su evolución a lo largo del periodo estudiado mediante la prueba de $\chi^2$ de tendencia lineal.

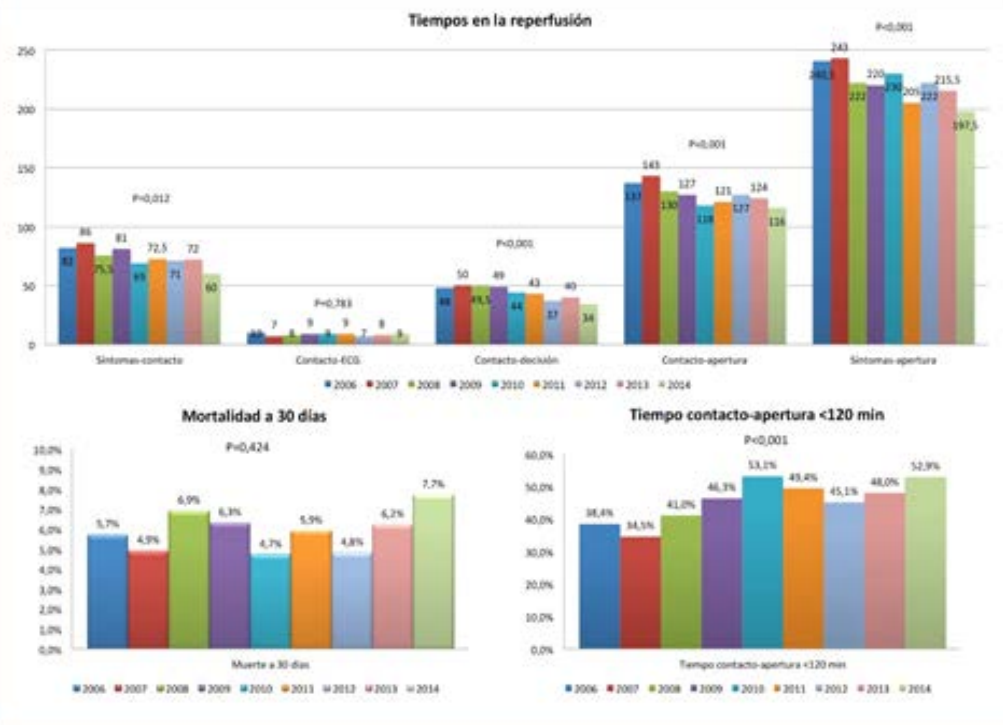
RESULTADOS: La cohorte estuvo compuesta por N=2,941 pacientes (edad media 62 años; 21,4% mujeres; 19,0% diabetes; 42,4% SCACEST anterior; 8,2% Killip IV; 86,4% vía radial; éxito A1ª 95,2%).

A lo largo del periodo analizado, hubo una tendencia estadísticamente significativa (Figura adjunta), hacia la reducción de los tiempos síntomas-contacto (p=0,012), contacto-decisión (p<0,001), contacto-apertura (p<0,001) y síntomas-apertura (p<0,001). No hubo, en cambio, diferencias en el tiempo contacto-ECG (p=0,783).

La proporción de pacientes con tiempo contacto-apertura menor de 120 minutos se incrementó progresivamente entre 2006 y 2014 (p<0,001).

La mortalidad total a 30 días fue 5,9% (173 muertes) y alcanzó el 8,9% a 1 año (261 muertes). No objetivamos diferencias significativas en la mortalidad a 30 días y 1 año a lo largo del periodo estudiado (p=0,424 y p=0,787, respectivamente).

CONCLUSIONES: Tras la implantación de una red asistencial para el SCACEST, los retrasos en la reperfusión se han ido reduciendo gradualmente, aunque todavía existe un importante margen de mejora en este aspecto. No obstante, dicha tendencia no se ha visto reflejada en una variación significativa en la mortalidad.



## RESULTADOS CLÍNICOS Y FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS CON SCACEST SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN

Barbeito Caamaño C.; Barrio Rodríguez A.; Pérez Cebey L.; Flores Ríos X.; Piñón Esteban P.; Aldama López G.; Salgado Fernández J.; Calviño Santos R.; Vázquez González N.; Vázquez Rodríguez J. M.

Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: Evaluar los resultados clínicos y los factores predictores de mortalidad en pacientes ancianos (ANC) con SCACEST tratados mediante ICP primario (ICPP).

MÉTODOS: Se analizaron todos los pacientes con SCACEST tratados mediante ICPP en nuestro centro entre 2006-2014 (N=2.941). Los datos clínicos y del procedimiento fueron recogidos de forma prospectiva. Se estimó la mortalidad en el seguimiento, así como la incidencia acumulada a 30 días y 1 año, siendo comparadas para los pacientes ANC (≥75 años) frente a los más jóvenes mediante el test del rango logarítmico. Empleamos la regresión de Cox para determinar los factores independientes de mortalidad en los ANC.

RESULTADOS: Los ANC supusieron un 22,8% de los pacientes (n=670). Esto pacientes fueron con mayor frecuencia mujeres, tuvieron más comorbilidades (diabetes, insuficiencia renal, vasculopatía y anemia), peor perfil clínico (mayor clase Killip, peor FEVI, más SCACEST anterior y enfermedad multivaso) y tiempos de reperfusión más prolongados.

El éxito del ICPP resultó elevado, pero ligeramente inferior en los ANC (92,4% vs. 96%; p<0,001).

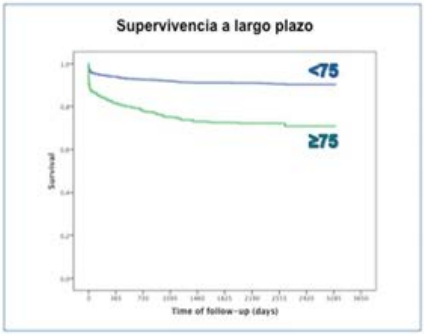
Tras una mediana de 4.1 años, la mortalidad fue 26,1% en pacientes ANC vs. 8,5% en pacientes más jóvenes (p<0,001).

La mortalidad a 30 días (12,7% vs. 3,9%, p<0,001) y a 1 año también fueron superiores (18.5% vs. 6.0%, p<0,001)

Los ANC en los que el ICPP fue fallido/subóptimo tuvieron una mortalidad elevada, tanto a 30 días (43,1% vs. 10,2%; p<0,001) como a 1 año (51,0% vs. 15,8%; p<0,001).

Entre los ANC, edad, diabetes, aclaramiento de creatinina, SCACEST anterior, clase Killip, FEVI, tiempo total de isquemia y éxito del ICPP fueron predictores independientes de mortalidad.

CONCLUSIONES: El ICPP en el ANC representa un importante reto por su complejidad y elevada mortalidad. El éxito del procedimiento es fundamental para la supervivencia de estos pacientes.



## IMPORTANCIA E IMPLICACIÓN PRONÓSTICA DE LA RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA SISTÓLICA.

Varela Román A.; Gómez Otero I.; González Ferreiro R.; López López A.; Bouzas Rey N.; Castiñeiras Busto M.; Díaz Fernández B.; Parada Vázquez P.; Oro Ayude M.; González-Juanatey J. R.

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

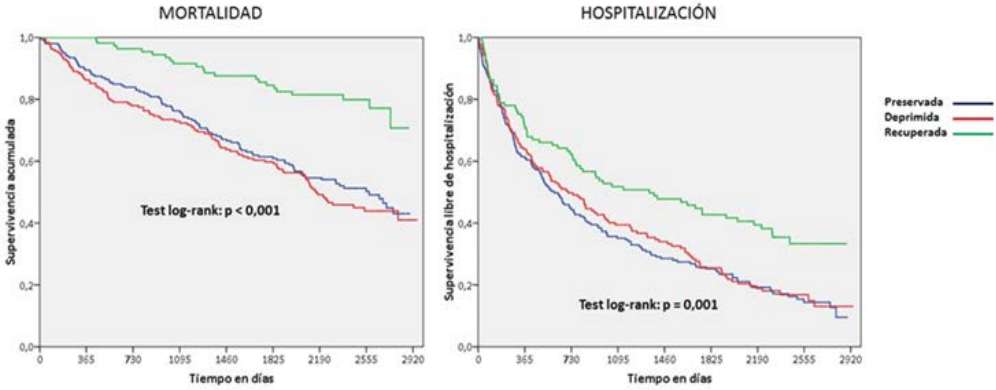
DESCRIPCIÓN: La evidencia científica en la que se basa el tratamiento de la insuficiencia cardiaca (IC) se concentra principalmente en los pacientes con fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) reducida. Es conocido que la FEVI al diagnóstico puede mejorar durante la evolución de la IC. Es importante conocer la magnitud y el impacto pronóstico de estos cambios, por las implicaciones terapéuticas que pudiesen tener.

Analizamos 490 pacientes (edad media 69 años; 327 (67%) varones) con diagnóstico de IC y evaluación de la FEVI en los 6 meses previos, valorados consecutivamente en una Unidad de IC entre septiembre de 2007 y diciembre de 2009 y seguidos prospectivamente durante una media de 61 ± 21 meses.

En el momento del diagnóstico 199 (40 %) pacientes presentaban FEVI > 40% (FEVI media 57 ± 9%) y 291 (60%) FEVI ≤ 40% (FEVI media 30 ± 6%). En el periodo de estudio se reevaluó la FEVI en 212 (73%) pacientes con FEVI inicialmente deprimida, con una mediana de tiempo entre ambas de 12 meses. En 109 la segunda FEVI fue > 40% (FEVI media 51 ± 7%), lo que representa un 37% de los pacientes con FEVI inicialmente deprimida y en los 103 restantes, 35% del total de pacientes con FEVI inicialmente deprimida, ésta siguió siendo ≤ 40% (FEVI media 30 ± 7%). Durante el seguimiento se produjeron 220 muertes (45%); 100 (50,3%) en el grupo FEVI preservada; 98 (53,8%) en el grupo de FEVI deprimida y deprimida no recuperada; y 22 (20,2%) en el grupo FEVI recuperada. En este tiempo 363 pacientes requirieron una nueva hospitalización (74,1%); 160 (80,4%) en el grupo de FEVI preservada; 135 (74,2%) en el de FEVI reducida y reducida no recuperada; y 68 (62,4%) en el de FEVI recuperada. El análisis mediantes curvas de Kaplan-Meier y test de log-rank para muerte y para hospitalización mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos, con un valor de $p < 0,001$ en ambos casos.

CONCLUSIONES: Durante el seguimiento más de un tercio de los pacientes con IC con FEVI reducida presentaron una mejoría significativa de la misma, alcanzando valores superiores al 40%, asociándose a un pronóstico más favorable, con menor mortalidad y menor riesgo de hospitalización.

Es importante tener en cuenta este aspecto a la hora de planificar el tratamiento, de manera especial el implante de dispositivos tipo desfibrilador o resincronizador.



## PRESENCIA DE DNA BACTERIANO EN TROMBOS ASPIRADOS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Maneiro Melón N.[1]; Pérez Cebey L.[1]; Rebollal Leal F.[1]; Piñón Esteban P.[1]; Núñez Fernández L.[2]; Aldama López G.[1]; Calviño Santos R.[1]; Vázquez González N.[1]; Hermida Prieto M.[2]; Vázquez Rodríguez J. M.[1]

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña[1]; Instituto de Investigacion Biomedica A Coruña[2]

INTRODUCCION: Agentes infecciosos, especialmente bacterias periodontales se han relacionado con la inflamación que contribuye a la inestabilidad de la placa aterosclerótica y a la formación de trombo intracoronario, desembocando finalmente en un Sindrome Coronario Agudo (SCA). No obstante, la posible relación entre la infección bacteriana y el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) no se ha demostrado y se necesitan nuevos estudios para confirmar esta hipótesis.

OBJETIVO: Identificar ADN bacteriano en material trombótico intracoronario aspirado de pacientes con SCA con elevación del Segmento ST (SCACEST) tratados con Angioplastia Primaria (ATCP 1ª).

METODOS: Estudiamos 109 pacientes consecutivos con SCACEST de los que se obtuvo material trombótico con catéter de aspiración. La detección de DNA bacteriano se realizó por PCR a tiempo real con sondas especificas empleando el LightCycler®480. Empleamos 12 sondas para la detección de Aggregatibacter actinomycetemcomitans, Chlamydia pneumoniae, Streptococcus del grupo viridans, Porphyromonas gingivalis, Fusobacterium nucleatum, Tannarella forsythia, Treponema denticola, Helycobacter pylori, Mycoplasma pneumoniae, Staphylococus aureus, Prevotella intermedia y Streptococcus mutans. Para confirmar que la presencia de ADN bacteriano se restringía al material trombótico, se analizaron también muestras de sangre periférica obtenidas en dicho procedimiento intervencionista.

RESULTADOS: Se detectó ADN bacteriano de 4 especies diferentes en 10 muestras de trombo. El ADN más frecuentemente encontrado pertenecía a especies de Streptococcus del grupo viridans (6 pacientes, 5,5%). En 2 pacientes (1,8%) se encontró ADN procedente de Staphyloccus Aureus y, por último, se encontró ADN de Porphyromonas gingivalis en un paciente y ADN de Prevotella intermedia en otro. En el análisis de las muestras de sangre periférica no se detectó ADN bacteriano en ninguno de los 10 pacientes.

CONCLUSION: En este estudio, se detectó ADN de 4 especies bacterianas en muestras de trombo intracoronario de pacientes no seleccionados con SCACEST. En contraposición, no se ha detectado ADN bacteriano en sangre periférica de estos pacientes. Estos resultados podrían sugerir un potencial papel de la infección bacteriana en la inestabilizacion de la placa de ateroma, la formación de trombo intracoronario y el subsiguiente SCA en estos pacientes.

## REVASCULARIZACIÓN MULTIVASO O SÓLO DE LA LESIÓN CULPABLE EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA: ESTUDIO PROSPECTIVO A 8 AÑOS

Iglesias Álvarez D.; Cid Álvarez A. B.; Redondo Dieguez A.; Galvao Braga C.; López Otero D.; Ocaranza Sánchez R.; Álvarez Álvarez B.; González Ferreiro R.; Trillo Nouche R.; González Juanatey J. R.

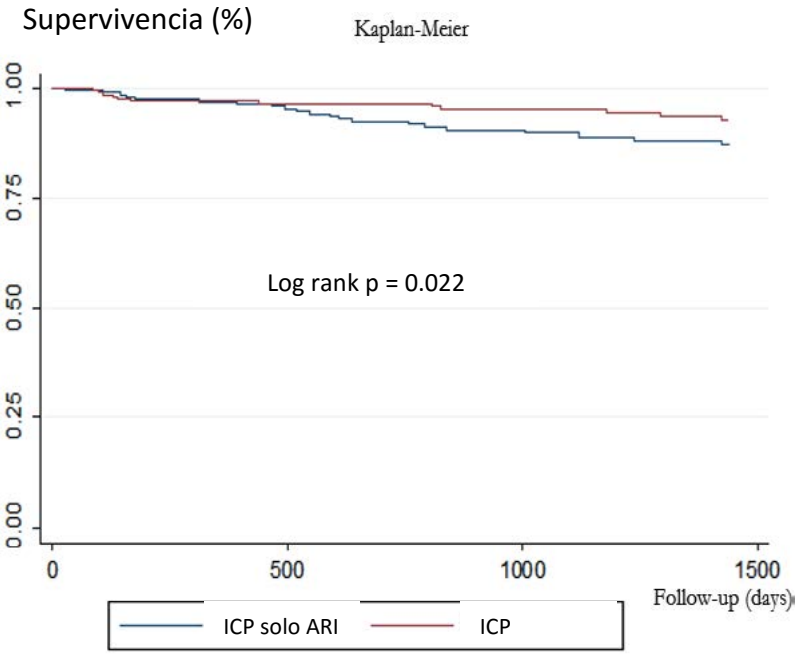
Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El tratamiento óptimo de los pacientes con enfermedad coronaria multivaso e infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMcEST) tras la realización de intervención coronaria percutánea (ICP) primaria es motivo de controversia. Estudios publicados recientemente, como PRAMI, CvLPRIT y DANAMI 3 – PRIMULTI, están desafiando las recomendaciones actuales. Con este trabajo pretendemos analizar el impacto pronóstico de la ICP multivaso frente a ICP sólo de la arteria responsable por el infarto (ARI) en pacientes con IAMcEST y enfermedad multivaso en el mundo real.

MÉTODOS: Registro prospectivo que incluyó a 1.499 pacientes consecutivos hospitalizados en nuestro centro con el diagnóstico de IAMcEST sometidos a ICP primaria entre Enero de 2008 y Diciembre de 2015. 40.8% (n=616) de los pacientes tenían enfermedad multivaso. Tras excluir los pacientes con Killip IV, historia previa de cirugía de revascularización y cirugía de revascularización planeada después de realizar ICP primaria, la población en estudio consistió en 535 pacientes, de los cuales 55.0% (n=294) fueran sometidos a ICP multivaso y 45.0% (n=241) a ICP de la ARI. Se realizó un análisis mediante propensity score matching obteniendo dos grupos de 225 pacientes emparejados según fueran sometidos a ICP multivaso o solamente a ICP de la ARI. Se registraron variables clínicas, anigiográficas y pronósticas.

RESULTADOS: Durante el seguimiento (mediana 2.36 años), tras emparejar por propensity score, los pacientes sometidos a ICP multivaso tuvieron menos mortalidad (el 7.6% frente al 11.6%, log rank p=0.022; figura 1), revascularización no planeada (el 9.4% frente al 14.7%, log rank p=0.010) y MACE (mortalidad, reinfarto, insuficiencia cardiaca o revascularización no planeada; el 29.7% frente al 33.8%, log rank p = 0.016) durante el seguimiento. A pesar de no resultar significativa, las tasa de reinfarto durante el seguimiento fue numéricamente menor (el 4.9% frente al 8.0%, log rank p = 0.093).

CONCLUSIONES: La estrategia de realizar ICP multivaso en los pacientes con IAMcEST y enfermedad multivaso se asoció a una disminución de la mortalidad, revascularización no planeada y MACE durante el seguimiento en una población del mundo real, soportando los hallazgos de los estudios recientemente publicados.



# COMUNICACIONES PÓSTER

## USO DE LASER DE ALTA ENERGIA COMO TERAPIA COADYUVANTE EN INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTANEO. EXPERIENCIA INICIAL UNICENTRICA

Ocaranza- Sánchez R.[1]; Abellas - Sequeiros R. A.[1]; Galvão - Braga C.[2]; Cid - Álvarez A. B.[2]; López - Otero D.[1]; Souto - Castro P.[1]; Trillo - Nouche R.[1]; González - Juanatey J. R.[1]

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago[1]; Hospital de Braga[2]

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La aterectomía coronaria con láser Excimer (ELCA) constituye una alternativa a la hora de canalizar y expandir lesiones complejas donde técnicas de intervencionismo coronario percutáneo (ICP) habituales fracasan. Presentamos nuestra experiencia en uso de ELCA dada la relativa ausencia de datos acerca de su aplicación, eficacia y seguridad en nuestro medio.

MÉTODOS: Se incluyen 31 lesiones sometidas a ELCA en nuestro centro tras ICP no exitosa. A discreción del operador se empleaba catéter láser de 0.9, 1,4 o 1.7 mm aplicando niveles de energía y frecuencia variables entre 30-80 mJ/mm2 y 25-80 Hz respectivamente. Se empleó una técnica de "lavado con suero salino".

RESULTADOS: Se trataron 22 oclusiones crónicas, 5 reestenosis intrastent, 2 lesiones incruzables, 1 severamente calcificada y un bypass de safena. En 87,1% casos se empleó catéter de 0.9 mm. La fluencia y la frecuencia medias aplicadas fueron 66,43±7,76 mJ/mm2 y 67,16±8,77 Hz respectivamente, con número medio de pulsos de 3,9±1,47. La tasa de éxito láser en primer intento fue 93,5%. El diámetro mínimo luminar final fue 3,18±0,28mm con estenosis residual final 0.5%. Por subgrupos la tasa de éxito en oclusiones crónicas y reestenosis del stent fue 95,45% y 100% respectivamente. Tasa de éxito del procedimiento fue 96,8%, con una sola complicación reportada no relacionada al dispositivo.

CONCLUSIONES: El uso de ELCA como terapia coadyuvante en ICP compleja y escenarios seleccionados aumenta la tasa de éxito de forma segura y eficaz.

PALABRAS CLAVE: ELCA. ICP. Oclusión crónica.

## EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA POSTDILATACIÓN A ALTA PRESIÓN DE ANDAMIAJES BIORESORBIBLES DURANTE INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO. ESTUDIO EN UNA COHORTE NO SELECCIONADA DE PACIENTES.

Abellas Sequeiros R. A.[1]; Ocaranza Sánchez R.[1]; Galvão Braga C.[2]; Raposeiras Roubín S.[1]; López Otero D.[1]; Cid Álvarez A. B.[1]; Souto Castro P.[1]; Trillo Nouche R.[1]; González Juanatey J. R.[1]

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela[1]; Hospital de Braga[2]

INTRODUCCIÓN: El implante de dispositivos de andamiaje bioresorbible (BVS) durante intervencionismo coronario percutáneo (ICP) ha aumentado de forma considerable en los últimos años dadas sus características beneficiosas en términos de vasomotilidad o remodelado positivo. No obstante, se ha teorizado sobre posible riesgo de ruptura cuando se sobreexpanden durante la postdilatación. No se conoce el significado clínico de dicha disrupción.

OBJETIVO: Determinar la seguridad y beneficios de la postdilatación a alta presión de BVS en ICP sobre lesiones complejas, independientemente de su indicación.

MÉTODOS Y RESULTADOS: Se implantaron un total de 25 BVS durante ICP de 14 lesiones complejas con predilatación mandatoria. En todos los casos se realizó postdilatación a alta presión con balón no compliante (NC) en una relación 1:1 con la arteria. Posteriormente, se completó estudio a nivel intracoronario con técnica de tomografía de coherencia óptica.

Las presiones media y máxima de postdilatación aplicadas fueron 17±3.80 y 20 atmósferas respectivamente. La relación entre diámetros de balón de postdilatación / BVS fue 1.01.

Se analizaron un total de 39590 struts. Los diámetros medio, mínimo y máximo del BVS fueron respectivamente: 3.09 ±0.34mm, 2.88 ±0.31mm and 3.31 ±0.40mm. El índice de excentricidad medio fue 0.13 ±0.05. Se evidenció un porcentaje de aposición incompleta del scaffold (ISA) del 1.42% con un total de 564 struts malapuestos. Se cuantificaron 89 struts como disrupcionantes, lo que supone un porcentaje de disrupción del 0.22%.

Ninguno de los pacientes falleció, sufrió accidente cerebrovascular ni presentó trombosis del stent. No se precisó nueva revascularización de lesión diana en ningún caso.

CONCLUSIÓN: La postdilatación a alta presión con balón NC de BVS con presiones superiores a 17 atmósferas (hasta un máximo de 20) es segura durante ICP y permite la optimización de resultados a nivel angiográfico y clínico.

## ¿ES SEGURO REALIZAR KISSING BALÓN FINAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS BIFURCACIONES CON PROVISIONAL STENT?

Ocaranza-Sánchez R.; Raposeiras-Roubin S.; Gestal-Romaní S.; Cid-Alvarez A. B.; López-Otero D.; Souto-Castro P.; Trillo-Nouche R.; González-Juanatey J. R.

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

INTRODUCCIÓN: Las lesiones coronarias en bifurcación, representan un reto para la revascularización percutánea (ICP). La técnica de provisional stent se ha posicionado como la de elección actualmente. En esta, está difundida la realización de kissing-balón final (KBF).

OBJETIVOS: Analizamos resultados clínicos y angiográficos, y predictores de eventos adversos en el seguimiento de pacientes sometidos a ICP en bifurcaciones coronarias tratados con esta técnica de 1 stent y la influencia del KBF.

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes consecutivos con SCASEST en un lapso de 23 meses. Los criterios de inclusión fueron: lesión en bifurcación, diámetro de vaso principal (VP) >2.5 mm y rama lateral (RL) > 2.0 mm. Excluimos las lesiones en el tronco principal y pacientes en choque cardiogénico. Las bifurcaciones se clasificaron de acuerdo a la clasificación de Medina. Para valorar el efecto del KBF, seleccionamos pacientes sometidos a provisional stent con lesión residual menor de 80% y flujo TIMI III posterior al stent de la rama principal. En este momento los pacientes se aleatorizaron a dos grupos: KBF y no-KBF. Se realizó una coronariografía programada a los 6 meses.

RESULTADOS: Se reclutaron 100 pacientes (61 en el grupo no KBF y 39 en el grupo KBF). El uso de DES fue similar en ambos grupos, y la predilatación de la RL fue más frecuente en el grupo no-KBF. El éxito del procedimiento fue similar en ambos grupos. Se logró seguimiento a los 6 meses en el 100% de los casos. La incidencia de MACE fue significativamente mayor en el grupo KBF principalmente por mayor restenosis (15.4% vs 1.2% p= 0.002) y TLR (7.7% vs 0.0% p= 0.028). La incidencia de muerte e infarto no mostró diferencias entre los dos grupos. En el análisis multivariado mantuvieron mayor riesgo de restenosis el grupo KBF (OR 34.7, IC 95% 3.4 a 355.9; p=0.003) y la predilatación de la RL (OR 23.2, 95% IC 2.0 a 269.9; p=0.012). No obstante, la predilatación del VP y el ángulo de salida de la RL no mostraron diferencias entre ambos grupos.

CONCLUSIONES: Basados en nuestros resultados, el KBF no está recomendado en la técnica de provisional stent para bifurcaciones coronarias, ya que incrementa el riesgo de TLR y MACE, debido, principalmente al incremento de la restenosis.

## DATOS DE LA EXPERIENCIA INICIAL EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA ¿NECESITA MEJORAR LA PREVENCIÓN PRIMARIA?

Vidal Pérez R. C.; Llorente Marco C.; Abad García M. D. M.; Fernández Caamaño C.; Cerecedo Fernández M.; Basanta Matos R.; Pereira López E.; González Juanatey C.

Hospital Universitario Lucus Augusti

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: Es sabido que la aparición de episodios cardiovasculares se debe a una prevención primaria inadecuada. Se pretenden mostrar los datos de la experiencia inicial de una nueva unidad de rehabilitación cardíaca y analizar las características de los pacientes incluidos en dicha unidad desde su apertura.

MÉTODOS: Registro prospectivo de los pacientes que se consideran candidatos para realizar rehabilitación cardíaca en nuestra unidad desde su apertura en diciembre 2014 hasta diciembre 2015. Se recogen y analizan las características basales de los pacientes que han finalizado el programa.

RESULTADOS: Desde su apertura se han evaluado 135 pacientes, 90% varones, se han desestimado 19 pacientes (14%) por distintas razones como económicas, transporte o falta de tiempo. Ya han completado el período de 2 meses del programa 70 pacientes. La mayoría se remiten desde hospitalización (59p). La edad media 53,7 (8,7) años y el IMC medio 29,5 (4,4) kg/m2. Historia de cardiopatía isquémica en el 94,3% de los casos y miocardiopatía dilatada 2,9%. Dentro de los factores de riesgo se distribuyen: HTA-45,7%, Diabetes-17,1%, Dislipemia-82,9% (55,7% Hipercolesterolemia), Fumador activo 37,1%, obesidad 55,7% y sedentarismo en el 57,1% de los casos. Se han incluido pacientes con EPOC (1,4%), arteriopatía periférica (7,1%) o ictus (1,4%), ninguna IRC. La función ventricular conservada en 82,9% de los casos, con 10 pacientes con disfunción ligera y 2 con moderada. Dentro de la cardiopatía isquémica únicamente son trivasculares el 18,6% de los casos, predomina la revascularización percutánea 90%, siendo la revascularización completa en el 65,2% de los casos. Se muestran los parámetros al finalizar el programa de rehabilitación (tabla). No se produjeron complicaciones durante el programa ni en el seguimiento tras el programa.

Parámetros al finalizar programa

| Parámetro | Media | Desviación típica |
|---|---|---|
| Mejoría tiempo ejercicio (min) | 2,35 | 1,61 |
| Pérdida Peso (kg) | 0,69 | 3,19 |
| Disminución per. Abdominal (cm) | 2,93 | 4,39 |
| Disminución Colesterol total (mg/dL) | 30,5 | 51,7 |
| Aumento HDL-C (mg/dL) | 2,96 | 7,37 |
| Descenso LDL-C (mg/dL) | 29,12 | 39,20 |
| Descenso Triglicéridos (mg/dL) | 18,76 | 74,27 |
| Descenso Glucosa (mg/dL) | 10,37 | 28,34 |

CONCLUSIONES: Los primeros pacientes incluidos en el programa de rehabilitación cardíaca reflejan especialmente la necesidad de mejora en cuanto a prevención primaria, como demuestra la alta prevalencia de sedentarismo, obesidad o tabaquismo, así como la necesidad de un mayor conocimiento de antecedentes familiares de dislipemia en muchos casos. Se observa una discreta mejora en la mayoría de los parámetros al finalizar el programa.

## WWW.CARDIOSAUDEFERROL.COM UNA WEB PARA IMPLICAR A NUESTROS PACIENTES CARDIOVASCULARES.

Fernández-Obanza Windscheid E.; Piñeiro Portela M.; López Pérez M.; Freire Corzo J.; Marzoa Rivas R.; Rodríguez Garrido J.; Rodríguez Vilela A.; García López F.; Mesías Prego A.

Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol

INTRODUCCIÓN: La transición epidemiológica experimentada por los países industrializados en las últimas décadas, con un marcado incremento en la prevalencia de las enfermedades no transmisibles requiere un cambio de paradigma en la atención médica, que contempla una medicina proactiva en lugar de reactiva, donde el papel del individuo tiene una importancia fundamental en las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

OBJETIVOS: Lograr que nuestros pacientes obtengan conocimientos sobre su enfermedad, comprendan la importancia de su implicación en su evolución, y a su vez que adquieran las habilidades/destrezas necesarias para desarrollar el autocuidado.

METODOLOGÍA Y DESARROLLO: Conscientes de las oportunidades costo eficaces que ofrecen las tecnologías de la información a la salud cardiovascular, en el servicio de Cardiología del Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol, hemos apostado por la e-Salud con la creación de una página web que dispone de materiales educativos y herramientas diseñadas específicamente para nuestros enfermos.

RESULTADOS: El esfuerzo y la implicación de diversos profesionales de nuestro hospital ha permitido disponer de esta web dinámica, sencilla y accesible. Una inversión en el empoderamiento de nuestros pacientes como herramienta para la promoción de la salud cardiovascular.

PALABRAS CLAVE: Enfemedades crónicas, medicina proactiva, tecnologías de la información y las comunicaciones, empoderamiento de los pacientes.

## ¿CONSTITUYE EL PLANO SUBCOSTAL UNA ALTERNATIVA PARA LA GRADACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE LA ESTENOSIS AÓRTICA? SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO VEREDICTO (VALOR DE LOS DIFERENTES PLANOS ECOCARDIOGRAFICOS EN LA GRADACIÓN DE LA ESTENOSIS AORTICA)

López Rodríguez E.; Paredes Galán E.; García Rodríguez C.; Bilbao Quesada R.; Blanco González E.; González Ríos C.; Íñiguez Romo A.; Pazos González P.

Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo

OBJETIVOS: En pacientes con estenosis aórtica y sin ventana torácica (p. ej. EPOC severo) el plano subcostal (SBC) puede ser la única alternativa para evaluar éste valvulopatía. El objetivo del estudio es determinar la precisión de SBC para la gradación de la EAo.

MÉTODOS: Se reclutaron de forma prospectiva y consecutiva pacientes con EAo ≥ ligera (excluyendo FEVI <50%, FA u otra valvulopatía ≥ moderada). Se estimó el GP, GM y AVA (ecuación de continuidad) en API y SBC considerándose para la gradación los puntos de corte de las guías actuales. Para optimizar el alineamiento de flujo transvalvular en SBC se empleó un plano 5 cámaras (figura 1).

RESULTADOS: Se incluyeron 145 pacientes (56% hombres, 76±10 años). La gradación de EAo fue factible en API en 143 (99%) y en SBC en 107 (75%). En los 107 casos con medidas en API y SBC el GP (51,3±24,4 vs 37,6±18,3 mmHg, p<0,0001) y GM (29,9±16,7 vs 21±11,6 mmHg, p<0,0001) fueron superiores en API mientras que el AVA (1,33±0,55 vs 1,56±0,65cm2, p<0,0001) fue inferior. La concordancia en la severidad de EAo entre API-SBC fue del 58% y 63% para GP y GM respectivamente y del 62% para AVA (p<0,001) (tabla 1). Tomando como referencia los casos con EAo severa en API (presencia ≥1 criterio) la sensibilidad de SBC fue 52%, especificidad 94%, VPP 85%, VPN 74% y precisión diagnóstica 78%.

CONCLUSIONES: Aunque en ¾ partes de los pacientes con EAo se puede evaluar la severidad mediante SBC este plano infraestima el grado de estenosis y su valor es limitado.

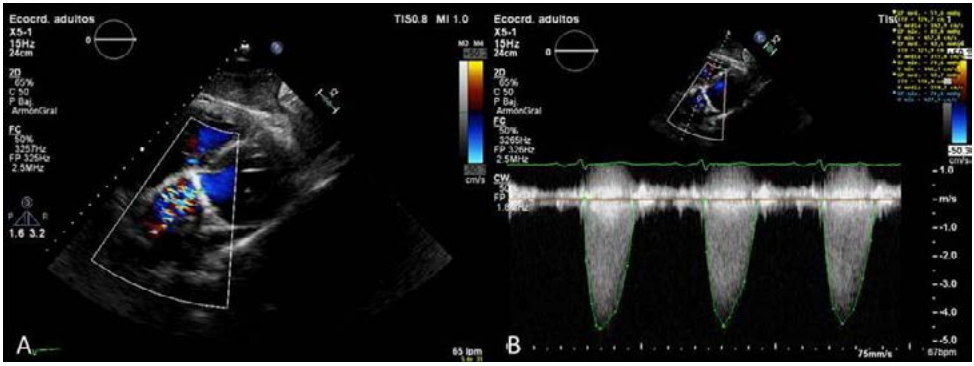



Figura 1. Gradación de EAo en SBC. A) plano 5c, B) alineación del flujo y medición de gradiente transvalvular

| | | | API | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SBC | | | Leve | Moderada | Severa | p |
| | GP | Leve | **34 (32%)** | 23 (22%) | 3 (3%) | <0,001 |
| | | Moderada | 1 (1%) | **17 (16%)** | 17 (16%) | |
| | | Severa | 0 (0%) | 1 (1%) | **11 (10%)** | |
| | | Total | 35 (33%) | 41 (38%) | 31 (29%) | |
| | GM | Leve | **34 (32%)** | 24 (22%) | 1 (1%) | |
| | | Moderada | 0 (0%) | **26 (24%)** | 14 (13%) | |
| | | Severa | 0 (0%) | 1 (1%) | **7 (7%)** | |
| | | Total | 34 (32%) | 51 (48%) | 22 (21%) | |
| | AVA | Leve | **30 (28%)** | 18 (17%) | 3 (3%) | |
| | | Moderada | 3 (3%) | **20 (19%)** | 12 (11%) | |
| | | Severa | 0 (0%) | 5 (5%) | **16 (15%)** | |
| | | Total | 33 (31%) | 43 (40%) | 31 (29%) | |

Tabla 1. Concordancia en la gradación de la EAo entre API y SBC. % respecto a los 107 casos con API y SBC factibles.

## UTILIDAD DE NTproBNP EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE MUERTE CARDIOVASCULAR EN PACIENTES NONAGENARIOS CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA

López Rodríguez E.[1]; Raposeiras Roubín S.[1]; Abu Assi E.[1]; Agra Bermejo R.[2]; Pereira López E. M.[3]; Cobas Paz R.[1]; Calvo Iglesias F. E.[1]; Íñiguez Romo A.[1]

Hospital Álvaro Cunqueiro[1]; Hospital Montecelo[2]; Hospital Lucus Augusti[3]

INTRODUCCIÓN: En este estudio se analiza el valor del NTproBNP para la identificación de aquellos pacientes nonagenarios con estenosis aórtica (EAO) severa y alto riesgo de muerte cardiovascular, con el fin de poder orientar el intervencionismo valvular percutáneo en aquellos pacientes de mayor riesgo y con más probabilidades de beneficiarse de dicha intervención.

METODOLOGÍA: Se utilizaron datos del registro GALAICO de EAO, que incluyó de forma retrospectiva a todos los pacientes ≥ 90 años diagnosticados de EAO severa entre 2007 y 2014 en 3 hospitales de Galicia (Hospital Lucus Augusti de Lugo, Hospital Montecelo de Pontevedra y Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo). Se definió EAO severa como la presencia de un área valvular < 1 cm2 o un gradiente transvalvular aórtico máximo ≥ 60 mmHg o medio ≥ 40 mmHg. El evento analizado en el estudio fue la mortalidad en el seguimiento, analizándose de forma espcecífica la mortalidad cardiovascular. Se realizó un análisis multivariado de Cox para analizar el valor predictivo independiente del NTproBNP, ajustando por todas aquellas variables que se asociaron ($p<0,05$) con la mortalidad en el seguimiento.

RESULTADOS: De los 157 pacientes nonagenarios con EAO severa manejados de forma conservadora en el registro GALAICO, se disponía de datos de NTproBNP en 54 (36,2%). La mediana de NTproBNP fue 4596,5 pg/mL (rango intercuartílico 2888,5 – 14621,0 pg/mL). Durante un seguimiento medio de 1,7 ± 1,5 años, 40 pacientes fallecieron (35 de causa cardiovascular). NTproBNP se asoció significativamente con mayor mortalidad total (HR 1,005 por cada 100 pg/mL, IC 95% 1,002-1,007; $p=0,001$), a expensas de la mortalidad cardiovascular (HR para muerte cardiovascular 1,005 por cada 100 pg/mL, IC 95% 1,002-1,008; $p<0,001$; HR para muerte no cardiovascular 0,995 por cada 100 pg/mL, IC 95% 0,976-1,015; $p<0,001$). Tras la realización del análisis multivariado (tabla 1), NTproBNP se mantuvo como un predictor potente de mortalidad, a expensas del origen cardiovascular.

CONCLUSIONES: En pacientes nonagenarios con estenosis aórtica severa, NTproBNP puede ayudar a seleccionar aquellos pacientes con mayor riesgo de muerte cardiovascular y que se podrían beneficiar del implante de prótesis valvular aórtica percutánea.

| VARIABLES | HR | IC 95% | P |
|---|---|---|---|
| Edad | 1,108 | 0,940-1,307 | 0,221 |
| Dependencia para actividades básicas de vida diaria | 1,375 | 0,681-2,777 | 0,374 |
| Insuficiencia renal crónica | 2,287 | 1,173-4,456 | 0,015 |
| Clase funcional III-IV | 1,145 | 0,507-2,587 | 0,745 |
| FEVI ≤ 40% | 1,599 | 0,572-4,471 | 0,371 |
| EAo crítica (AVAo ≤ 0.6 cm2 o velocidad pico ≥ 5,5 m/seg | 1,897 | 0,938-3,835 | 0,075 |
| **NTproBNP (por 100 pg/mL)** | **1,003** | **1,001-1,006** | **0,028** |

Tabla 1. Análisis multivariado para la mortalidad en el seguimiento

## ANÁLISIS DE PREVALENCIA Y PREDICTORES DE ENFERMEDAD CORONARIA SIGNIFICATIVA EN PACIENTES REFERIDOS PARA CORONARIOGRAFÍA PREVIA A CIRUGÍA VALVULAR

Barbeito Caamaño C.; Barrio Rodríguez A.; Rey Fariña S.; Sagastagoitia Fornie M.; Larrañaga Moreira J. M.; Aldama López G.; Flores Ríos X.; Vázquez González N.; Vázquez Rodríguez J. M.

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

ANTECEDENTES Y OBJETIVO: El diagnóstico de enfermedad coronaria (EC) previo a cirugía valvular mediante coronariografía se realiza de forma rutinaria en todo paciente con angina, algún factor de riesgo cardiovascular (FRCV), así como cualquier varón >40 años o mujer postmenopáusica, lo que supone la mayor parte de los pacientes. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de enfermedad coronaria significativa, así como que factores predicen la presencia de la misma en los pacientes remitidos para coronariografía prequirúrgica en el área noroeste de Galicia.

MÉTODOS: Se estudiaron retrospectivamente 6.695 pacientes consecutivos sin historia de enfermedad coronaria, remitidos a nuestro centro entre 1998 y 2014 para coronariografía previa a cirugía valvular o implante de prótesis percutánea.

RESULTADOS: 23,6% de los pacientes presentaban angina. La prevalencia de EC significativa (estenosis >70%) de la población fue del 26,7%, más elevada entre aquellos con angina (43,3% vs 22,5%; p<0,001). Los pacientes con lesión coronaria eran más mayores (74 vs 69 años; p<0,001) y varones (63,6% vs 49,3%; p<0,001). Se observó una mayor prevalencia de EC a mayor edad, pero sin relación lineal, con un salto significativo en los varones >50 años (1,6% en <50 años vs 7% entre los 51-60 años) y en las mujeres >60 años (3,2% en <60 años vs 15,8% entre 61-70 años). En el análisis univariante todos los FRCV se asociaron a EC excepto la obesidad. También se relacionó la edad, sexo varón, clínica anginosa y antecedentes de arteriopatía periférica o insuficiencia renal con la presencia de lesión coronaria. En el análisis multivariante estos mismos factores fueron predictores independientes de EC, siendo el antecedente de historia familiar de cardiopatía isquémica precoz (2,6; IC95% 1,58- 4,27; p<0,001) y la arteriopatía periférica (2,11; IC95% 1,51-2,94; p>0,001) los predictores que presentaron una asociación más fuerte.

CONCLUSIONES: La probabilidad de EC en pacientes valvulares aumenta de manera significativa con la edad, especialmente en los varones >50 y en las mujeres >60 años, así como con la presencia de FRCV (excepto la obesidad), si bien no todos presentan el mismo grado de asociación, siendo además necesario tener encuentra otras comorbilidades como arteriopatía periférica o insuficiencia renal.

## ¿TIENE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA FUERA DE HORARIO LABORAL PEORES RESULTADOS CLÍNICOS? ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE 2.941 PACIENTES.

Sánchez Fernández G.; Larrañaga Moreira J. M.; Maneiro Melón N.; Flores Ríos X.; Piñón Esteban P.; Aldama López G.; Salgado Fernández J.; Calviño Santos R.; Vázquez González N.; Vázquez Rodríguez J. M.

Hospital Universitario A Coruña

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: Evaluar los resultados clínicos de la angioplastia primaria (ACTP1ª) fuera de horario laboral (OFF-H) en comparación con la realizada en horario laboral (ON-H).

MÉTODOS: Estudio observacional de seguimiento de una cohorte histórica compuesta por todos los pacientes con SCACEST sometidos a ACTP1ª en nuestro centro entre 2006-2014, integrado en una red autonómica de atención integral al infarto.

Los datos clínicos y del procedimiento fueron recogidos de forma prospectiva por el operador del procedimiento en una base de datos informatizada.

Se consideró como OFF-H la ACTP1ª realizada en días laborables entre las 15.00 y las 8.00, en fines de semana y en días festivos (según el calendario laboral oficial).

Se estimó la incidencia de muerte por todas las causas usando el método de Kaplan-Meier y se comparó mediante el test del rango-logarítmico.

Se valoró la asociación del timing de la ACTP1ª con la mortalidad mediante el análisis multivariado de regresión de Cox.

RESULTADOS: Del total de la muestra (N=2.941), en un 74,3% (N=2.185) la ACTP1ª se realizó OFF-H.

No hubo diferencias significativas en factores de riesgo cardiovascular, antecedentes médicos, localización y presentación clínica del SCACEST, anatomía coronaria, función ventricular y aspectos del procedimiento entre la ACTP1ª OFF-H y la ON-H.

El éxito de la ACTP1ª fue similar (95,2% OFF-H vs. 95,1% ON-H, p=0,921).

No observamos diferencias en el tiempo síntomas-contacto (mediana 74 min. OFF-H vs. 71 min. ON-H, p=0,793). El tiempo contacto-apertura de la arteria resultó ligeramente superior en el grupo OFF-H (mediana 128 min. vs. 118 min. ON-H, p<0,001). No alcanzaron la significación estadística para el tiempo total de isquemia (mediana 221 min. OFF-H vs. 210 min. ON-H, p=0,094).

La incidencia acumulada de muerte a 30 días (5,5% vs 6,9%; p=0,179) y 1 año (8,5% vs 9,9%; p=0,236) resultó similar entre la ACTP1ª OFF-H y la ON-H.

No hubo diferencias en la supervivencia a largo plazo entre ambos grupos.

En el modelo ajustado, la ACTP1ª OFF-H no se asoció con un mayor riesgo de mortalidad en el seguimiento (HR 0,90, IC95% 0,697-1,166).

CONCLUSIONES: Dentro de una red asistencial para el manejo del SCACEST, la ACTP1ª realizada fuera del horario laboral consigue excelentes resultados clínicos y no se asocia con un incremento en la mortalidad.

## EL BENEFICIO DE LCZ696 (SACUBITRILO/VALSARTÁN) VS ENALAPRIL, ES CONSISTENTE INDEPENDIENTEMENTE DE LA TERAPIA COMPLEMENTARIA EN EL PARADIGM-HF

Peña G.[1]; Jhund O.[2]; Lefkowitz G.[3]; Shi R.[3]; Rouleau J.[4]; Solomon S.[5]; Swedberg K.[6]; Zile M.[7]; Packer M.[8]; McMurray J. J. V.[2]

Hospital San Rafael[1]; BHF Cardiovascular Research Centre[2]; Novartis Pharmaceutical Corporation[3]; Institut De Cardiologie, Université De Montréal, Montréal[4]; Cardiovascular Medicine, Brigham And Women's Hospital[5]; University Of Gothenburg[6]; Medical University of South Carolina And Rhj[7]; Baylor University Medical Center[8]

OBJETIVO: El estudio PARADIGM-HF demuestra que LCZ696 reduce los riesgos de muerte cardiovascular (CV) y hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC) en comparación directa con una dosis de enalapril (basada en la evidencia). Se examinó si estos beneficios eran independientes a los otros tratamientos recibidos de los pacientes con IC y fracción de eyección reducida.

MÉTODOS: Se calcularon las tasas de riesgo relativo (HR), los intervalos de confianza del 95% (CI) y el valor de P de la interacción del objetivo primario de muerte CV u hospitalización por IC y por muerte CV en relación con los subgrupos (>1.000 pacientes) definidos por el tratamiento inicial o revascularización coronaria previa. Al inicio, el 93% de los pacientes fueron tratados con un beta-bloqueante y también se evaluaron los resultados en función de si los pacientes eran tratados con ≥50% o <50% de la dosis objetivo del beta-bloqueante.

RESULTADOS: Los beneficios de LCZ696 sobre enalapril fueron consistentes en todos los subgrupos tratados y en aquellos con revascularización coronaria previa. Además, LCZ696 fue superior a enalapril en pacientes que tomaban ≥50% o <50% de la dosis objetivo del beta-bloqueante.

CONCLUSIÓN: En comparación con enalapril, LCZ696 reduce el riesgo de muerte CV u hospitalización por IC en aproximadamente un 20%, independientemente de la terapia inicial incluyendo beta-bloqueantes y ARM (antagonista del receptor de mineralocorticoide).

| | | | Objetivo principal | | | Muerte CV | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Variable | | N | HR | 95% CI | Valor P | HR | 95% CI | Valor P |
| Diuréticos | - | 1661 | 0,83 | 0,65-1,04 | 0,915 | 0,89 | 0,67-1,17 | 0,513 |
| | + | 6738 | 0,80 | 0,72-0,87 | | 0,79 | 0,70-0,89 | |
| Digoxina | - | 5865 | 0,81 | 0,73-0,91 | 0,623 | 0,82 | 0,72-0,95 | 0,537 |
| | + | 2534 | 0,78 | 0,67-0,90 | | 0,76 | 0,63-0,92 | |
| ARM | - | 3728 | 0,74 | 0,65-0,84 | 0,104 | 0,75 | 0,63-0,89 | 0,319 |
| | + | 4671 | 0,85 | 0,76-0,96 | | 0,84 | 0,73-0,98 | |
| DAI/TRC | - | 7156 | 0,79 | 0,72-0,87 | 0,561 | 0,80 | 0,71-0,90 | 0,912 |
| | + | 1243 | 0,84 | 0,67-1,04 | | 0,76 | 0,55-1,05 | |
| Revascularización coronaria previa | - | 5759 | 0,83 | 0,74-0,92 | 0,256 | 0,80 | 0,70-0,91 | 0,925 |
| | + | 2640 | 0,74 | 0,63-0,86 | | 0,81 | 0,65-1,00 | |
| Tratamiento beta-bloqueante basal | | | | | | | | |
| Beta-bloqueante | - | 588 | 0,61 | 0,45-0,83 | 0,062 | 0,47 | 0,32-0,69 | 0,005 |
| | + | 7811 | 0,82 | 0,75-0,90 | | 0,84 | 0,75-0,95 | |
| Beta-bloqueante % dosis objetivo | <50% | 4167 | 0,82 | 0,75-0,94 | 0,908 | 0,78 | 0,62-0,98 | 0,257 |
| | ≥50% | 3644 | 0,82 | 0,72-0,92 | | 0,95 | 0,72-1,26 | |

ARM = antagonista del receptor mineralocorticoide; DAI = Desfibrilador Automático Implantable; TRC = terapia de resincronización cardíaca

Estos datos han sido presentados previamente en el congreso ACC: 2-4 Abril, Chicago.

## COMPARACIÓN DE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS BASALES DE LOS ESTUDIOS LCZ696 PARADIGM-HF Y TITRATION

Peña G.[1]; Chen F.[2]; Charney A.[2]; Gong J.[2]; Shi V.[2]; Senni M.[3]

Hospital San Rafael[1]; Novartis Pharmaceuticals Corporation[2]; Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII[3]

OBJETIVO: El estudio PARADIGM-HF demostró que LCZ696 reduce la mortalidad cardiovascular y la hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC) en pacientes con IC en comparación con enalapril.

MÉTODOS: Se compararon los datos demográficos de los pacientes del estudio PARADIGM-HF con el estudio recientemente terminado TITRATION, comparando los dos regímenes de titulación de LCZ696 para evaluar si los pacientes incluidos en el estudio PARADIGM-HF eran representativos de los pacientes de la población de IC. Para ser incluido en el PARADIGM-HF, los pacientes debían tolerar ambos fármacos del estudio completando una pre-inclusión secuencial del fármaco antes de la aleatorización. El estudio TITRATION incluyó pacientes con varias dosis de IECA/ARA II, pacientes ambulatorios y hospitalizados y dos regímenes de titulación. El estudio TITRATION demostró que para los pacientes tratados con diferentes dosis de IECA y ARA II antes de comenzar con LCZ696,> 70% de los pacientes toleraban la dosis objetivo de 200 mg BID de LCZ696.

RESULTADOS: Las variables basales del TITRATION se definieron en la inclusión. Las variables basales del PARADIGM-HF se definieron en la aleatorización, y después de que los pacientes completaran con éxito el periodo de run-in para demostrar la tolerabilidad de las dosis objetivo de los dos grupos de tratamiento en estudio (enalapril 10 mg BID y LCZ696 200 mg BID). Las características basales clave son generalmente comparables entre los estudios del PARADIGM-HF y TITRATION que tienen diferentes criterios de inclusión.

CONCLUSIÓN: Las características basales de la población aleatorizada que participó en el PARADIGM-HF y en el TITRATION son similares a pesar de los requerimientos del periodo run-in del PARADIGM-HF. El estudio TITRATION demostró que > 70% de los pacientes toleraban la dosis objetivo de 200 mg BID de LCZ696, independientemente de la dosis basal usada de IECA/ARA II. Esto sugiere que los resultados de eficacia y seguridad del PARADIGM-HF se pueden generalizar a pacientes con IC en la población que están usando diferentes dosis de IECA/ARA II al inicio.

| Variables | TITRATION N=498 | PARADIGM-HF N=8442 |
|---|---|---|
| Edad Media | 64 | 64 |
| Hombres (%) | 79 | 78 |
| Pacientes afro-americanos (%) | 4,6 | 5,1 |
| FEVI (%) | 29,7 | 29,5 |
| NYHA clase II, III, IV (%) | 71/29/0,2 | 70/24/0,7 |
| PAS (mmHg) | 131 | 128 |
| TFGe | 70 | 67 |
| IECA (%) | 67 | 78 |
| ARA II (%) | 27 | 22 |
| IECA o ARA II (%) | 94 | 100 |
| -bloqueantes (%) | 95 | 93 |
| Antagonista de la Aldosterona (%) | 60 | 56 |
| Diuréticos (%) | 80 | 80 |

Datos presentados en la Heart Failure Society of America, 26-29 Septiembre, Washington.

## PREVENCIÓN DEL EMPEORAMIENTO PROGRESIVO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CON EL TIEMPO CON EL INHIBIDOR DEL RECEPTOR NEPRILISINA-ANGIOTENSINA LCZ696 (SACUBITRILO/ VALSARTÁN)

Peña G.[1]; McMurray J.[2]; Lefkowitz G.[3]; Rouleau J.[4]; Desai A.[5]; Shi R.[3]; Swedberg K.[6]; Zile M.[7]; Solomon S.[5]; Packer M.[8]

Hospital San Rafael[1]; Univ of Glasgow[2]; Novartis Pharmaceutical Corp[3]; Univ de Montreal[4]; Brigham and Women's Hosp[5]; Univ of Gothenburg[6]; The Medical Univ of South Carolina And Rhj[7]; Univ of Texas Southwestern Medical Center[8]

OBJETIVO: El objetivo de este análisis fue evaluar el efecto del inhibidor del receptor neprilisina-angiotensina (INRA) LCZ696 (sacubitrilo/valsartán) en comparación con enalapril en el ensayo PARADIGM-HF, donde participaron pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y fracción de eyección reducida con un empeoramiento progresivo con el tiempo.

MÉTODOS: En el ensayo PARADIGM-HF, 4212 pacientes fueron aleatorizados a recibir enalapril y 4187 LCZ696. El objetivo primario compuesto fue muerte cardiovascular (CV) u hospitalización por IC. Para realizar una evaluación más completa del empeoramiento con el tiempo de la IC, se analizó el objetivo compuesto ampliado de muerte CV, hospitalización por IC, visita a urgencias por IC o intensificación de la terapia de IC (tiempo hasta el primer evento), utilizando el método de Kaplan-Meier (KM).

RESULTADOS: Al inicio del ensayo, el 71% de los pacientes fueron clasificados en la clase funcional NYHA II y el 24% en clase III. Su FEVI media fue del 27% y el 93% fueron tratados con un beta-bloqueante y un 56% con un antagonista del receptor de mineralocorticoide. La duración media de seguimiento fue de 27 meses. El resultado de la prueba de KM (CI 95%) en los años 1, 2 y 3 para el objetivo compuesto en el grupo de enalapril fue 16,5 (15,5, 17,7), 27,6 (26,2, 29,1) y 34,8 (33,1, 36,6), respectivamente. El resultado correspondiente en el grupo LCZ696 fue de 13,4 (12,4, 14,5), 22,1 (20,8, 23,4) y 29,5 (27,9, 31,2), respectivamente. Del total de pacientes tratados, 1275 con enalapril y 1038 con LCZ696 tuvieron un evento, dando una tasa de riesgo relativo de 0,79 (0,73, 0,86), p <0,0001. En el transcurso del ensayo, 55 pacientes de 1.000 tratados con LCZ696, comparado con enalapril, experimentaron un empeoramiento (NNT = 18).

CONCLUSIONES: Incluso en pacientes con síntomas predominantemente leves y bien tratados con terapia farmacológica basada en la evidencia, el empeoramiento de la IC a lo largo del tiempo fue común, con más de un tercio de pacientes que presentaron progresión de la IC a los 3 años. El INRA LCZ696 dio lugar a reducciones relativas y absolutas clínicamente importantes en el empeoramiento progresivo, en comparación con enalapril.

Estos datos han sido presentados previamente en el congreso AHA: 7-11 Noviembre,Orlando

## DEMENCIA COMO EFECTO ADVERSO RELACIONADO EN EL ENSAYO PROSPECTIVO DE INRA CON IECA PARA DETERMINAR EL IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD GLOBAL EN INSUFICIENCIA CARDIACA (PARADIGM-HF)

Peña G.[1]; McMurray C.[2]; Boytsoll S.[3]; Senni M.[4]; Rouleau J.[5]; Solomon S.[6]; Swedberg K.[7]; Zile M.[8]; Chen F.[9]; Packer M.[10]

Hospital San Rafael[1]; University of Glasgow, BHF Cardiovascular Research Centre[2]; National Research Center for Preventive Medicine[3]; Ospedale Papa Giovanni XXIII[4]; University of Montreal[5]; Brigham and Women's Hospital[6]; University Of Gothenburg[7]; Medical University of South Carolina[8]; Novartis Pharmaceutical Corporation[9]; University of Texas Southwestern Medical School[10]

OBJETIVO: La inhibición de la neprilisina, una enzima que degrada los péptidos natriuréticos y otros péptidos vasoactivos, es beneficioso en la insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección reducida, como muestra el PARADIGM-HF, que compara LCZ696, inhibidor dual de la neprilisina y del receptor de angiotensina (sacubitrilo/valsartán) con enalapril. Como la neprilisina es una de las muchas enzimas involucradas en la eliminación del péptido -amiloide a nivel cerebral, existe la preocupación teórica acerca de los efectos a largo plazo de LCZ696 en la cognición. Por lo tanto, se examinó los efectos adversos relacionados con la demencia en el PARADIGM-HF.

MÉTODOS: Los pacientes con IC en clase funcional NYHA II-IV, FEVI ≤40% y con un BNP/NT proBNP ligeramente elevado, fueron aleatorizados a 200 mg BID LCZ696 o 10 mg BID enalapril en un ratio de 1:1. Se buscaron acontecimientos adversos (AAs) codificados utilizando el Medical Dictionary for Regulatory Activities (MedRa) utilizando Standardized MedRa Queries (SMQs) con términos genéricos o específicos relacionados con cognición, memoria, demencia y eventos relacionados.

RESULTADOS: 8399 pacientes entre 18-96 años fueron aleatorizados y seguidos durante una media de 2,25 años (hasta 4,3 años). La búsqueda específica de SMQs identificó 27 AAs relevantes: 15 (0,35%) en enalapril y 12 (0,29%) en LCZ696 (HR 0,79, 0,37 a 1,70). Los números utilizando la búsqueda genérica fueron: 83 (1,96%) y 86 (2,05%), respectivamente, HR 1,03 (0,76, 1,39). Los términos más comunes en cada grupo de tratamiento se muestran en la Tabla.

CONCLUSIÓN: No se encontraron evidencias de que LCZ696, comparado con enalapril, aumentara los efectos adversos relacionados con la demencia en PARADIGM-HF.

| | LCZ696 N (%) | ENALAPRIL N (%) |
|---|---|---|
| Broad SMQ Dementia | 86(2,05) | 83(1,96) |
| Estado confusional | 12 (0,29) | 18 (0,43) |
| Somnolencia | 11(0,26) | 9(0,21) |
| Amnesia | 10(0,24) | 7(0,17) |
| Delirium | 10(0,24) | 8(0,18) |
| Agitación | 7(0,17) | 3(0,07) |
| Deterioro de memoria | 6(0,14) | 6(0,14) |
| Demencia | 6(0,14) | 10(0,24) |
| Narrow SMQ Dementia | 12(0,29) | 15(0,35) |
| Demencia | 6(0,14) | 10(0,24) |
| Demencia tipo Alzheimer | 2(0,05) | 2(0,05) |
| Demencia Vascular | 2(0,05) | 1(0,02) |

Estos datos han sido presentados previamente en el congreso AHA: 7-11 Noviembre, Orlando

## INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO A TRONCOS NO PROTEGIDOS EN PACIENTES OCTOGENARIOS DURANTE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Caneiro Queija B.[1]; Abu-Assi E.[1]; Raposeiras Roubín S.[1]; Cobas Paz R. J.[1]; González Cambeiro C.[2]; Pérez Martínez I.[1]; Fernández Barbeira S.[1]; Calvo Iglesias F. E.[1]; Íñiguez Romo A.[1]

Complexo Hospitalario Universitario de Vigo[1]; Complexo Hospitalario de Pontevedra[2]

INTRODUCCIÓN: La evidencia sobre intervencionismo coronario percutáneo (ICP) a nivel de tronco de coronaria izquierda no protegido durante un IAM es limitada, en especial en ancianos mayores de 80 años. El objetivo de este estudio fue estudiar el manejo y los eventos clínicos de este grupo de pacientes en una cohorte contemporánea.

METODOLOGÍA: Se analizaron de forma retrospectiva todos los pacientes mayores de 80 años que de forma consecutiva fueron sometidos a ICP al TCI en contexto de un IAM desde 2010 a 2015 en nuestro centro, excluyendo aquellos pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria o a ICP al TCI previamente (n=30). Se recogió información sobre el manejo intrahospitalario y los eventos clínicos intrahospitalarios y durante el seguimiento.

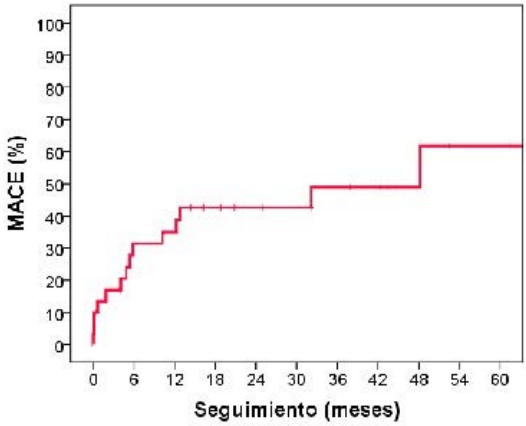
RESULTADOS: De los 30 pacientes octagenarios (84,9 ± 3,7 años, 43,3% mujeres) sometidos a ICP a TCI no protegido, 5 (16,7%) fueron por IAMCEST y 25 (83,3%) por IAMSEST. El 32,0% estaba en Killip ≥ II, con FEVI ≤ 40% en 34,8%. El cateterismo fue femoral en 30,0%. 70,4% presentaba afectación distal del TCI. En el 93,3% de los casos se utilizó stent farmacoactivo. La revascularización fue completa en el 43,3%. Se requirió soporte con aminas en 14,8% y balón de contraspulsación en 3,8%.

4 pacientes (13,3%) fallecieron en fase intrahospitalaria. De los 26 restantes, ninguno presentó reinfarto o ictus, 1 paciente (3,3%) presentó IC de novo y 3 (11,1%) presentaron sangrados relevantes (TIMI major y/o minor).

Al alta todos los pacientes recibieron doble antiagregación con clopidogrel (ninguno con ticagrelor y/o prasugrel). Durante el seguimiento (mediana 19,4 meses, rango intercuartílico 11,6-43,2), 8 de los 26 pacientes (30,7%) que sobrevivieron a la fase hospitalaria fallecieron. 4 pacientes tuvieron reinfarto tras el alta (15,4%), 1 ictus (3,8%) y 7 insuficiencia cardíaca (26,9%),

mientras que 2 (7,7%) presentaron sangrados significativos durante el seguimiento. Si cogemos el total de muerte y eventos cardiovasculares mayores (reinfarto, IC e ictus) desde el ingreso, tenemos que 14 de los 30 pacientes tuvieron MACE (46,7%) (gráfica 1).

CONCLUSIONES: El grupo de octogenarios con IAM que precisa ICP al TCI no protegido es un grupo de alto riesgo, con una tasa de complicaciones periprocedimiento alta y con una incidencia de eventos cardiovasculares mayores a medio-largo plazo.




% MACE durante el seguimiento. (Gráfica 1)

## MANEJO TERAPÉUTICO Y PRONÓSTICO DEL INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO EN EL TRONCO DE CORONARIA IZQUIERDA DURANTE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Cobas Paz R. J.[1]; Abu-Assi E.[1]; Raposeiras Roubín S.[1]; Caneiro Queija B.[1]; González Cambeiro C.[2]; Blanco Vidal M.[1]; Calvo Iglesias F. E.[1]; Baz Alonso J. A.[1]; Íñiguez Romo A.[1]

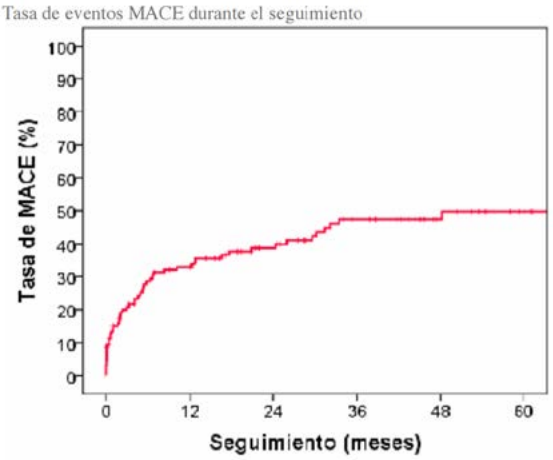
Hospital Álvaro Cunqueiro[1]; Complexo Hospitalario de Pontevedra[2]

INTRODUCCIÓN: Existe poca información sobre las complicaciones y eventos asociados al intervencionismo coronario percutáneo (ICP) a nivel de tronco de coronaria izquierda (TCI) no protegido durante un síndrome coronario agudo (SCA). El objetivo de este estudio fue estudiar el manejo y los eventos clínicos de este grupo de pacientes en una cohorte contemporánea.

METODOLOGÍA: Se analizaron de forma retrospectiva todos los pacientes que consecutivamente fueron sometidos a ICP al TCI en contexto de un SCA desde 2010 a 2015 en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, excluyendo aquellos sometidos a cirugía de revascularización coronaria o a ICP al TCI previamente. Se recogió información sobre el manejo intrahospitalario, la estrategia antitrombótica al alta, y los eventos clínicos durante el seguimiento.

RESULTADOS: Del total de pacientes sometidos a ICP durante ese periodo por un SCA (n=6530), únicamente 127 fueron ICP a TCI no protegidos (1,9%). La edad media fue 70,5 ± 12,4 años, 31,5% mujeres. 7,1% con angina inestable, 59,1% con IAMSEST y 33,9% con IAMCEST. 32,7% en clase Killip≥II y 29,8% con FEVI≤40%. El acceso fue femoral en 27,6%. 32,1% con afectación del TCI distal y 9,4% con afectación únicamente del TCI. En 12,0% se empleó balón de contrapulsación, y 23,4% requirieron aminas. Se utilizaron stents farmacoactivos en 90,6% (de ellos 48,7% everolimus, 40,9% zotarolimus, 7,8% paclitaxel). Todos los pacientes recibieron doble antiagregación (84,9% con clopidogrel). Se mantuvo la doble antiagregación durante 12 meses en 53,5%. En 12,6% se suspendió antes de los 12 meses y en 33,9% se mantuvo más allá del primer año (en 18,9% más de 2 años). Durante el seguimiento (mediana 22,4 meses, RIQ 4,1-47,1), 39 pacientes fallecieron (30,7%), 16 de ellos (12,6%) durante el ingreso. 18 pacientes (16,2%) tuvieron un nuevo SCA (11,7% reinfartos), 17 (15,3%) presentaron IC y 5 (4,5%) ictus, mientras que 19 (18,0%) tuvieron sangrados (TIMI mayor/minor). Si consideramos el combinado de muerte, ReSCA, IC e ictus, tenemos que 42,5% tuvieron algún evento, 74,1% en el primer año.

CONCLUSIONES: La realización de ICP al TCI durante un SCA es poco frecuente, siendo pacientes de muy alto riesgo cardiovascular, en los que frecuentemente se suele mantener la doble antiagregación más allá del primer año, con una mortalidad alta a nivel hospitalario y a medio-largo plazo.



## INSUFICIENCIA RENAL AGUDA TRAS INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO AL TRONCO NO PROTEGIDO DE CORONARIA IZQUIERDA DURANTE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Caneiro Queija B.[1]; Raposeiras Roubín S.[1]; Abu-Assi E.[1]; Cobas Paz R. J.[1]; González Cambeiro C.[2]; Blanco Vidal M.[1]; Calvo Iglesias F. E.[1]; Ortiz Sáez A.[1]; Íñiguez Romo A.[1]

Complexo Hospitalario Universitario de Vigo[1]; Complexo Hospitalario de Pontevedra[2]

INTRODUCCIÓN: Existe poca información sobre las complicaciones durante el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) a nivel de tronco de coronaria izquierda (TCI) no protegido durante un IAM, y sobre todo en relación con la incidencia de insuficiencia renal aguda. El objetivo de este estudio fue analizar la tasa de insuficiencia renal aguda post-ICP, sus predictores y su impacto pronóstico en una cohorte contemporánea de pacientes con IAM sometidos a ICP no protegida a TCI.

METODOLOGÍA: Se analizaron todos los pacientes que de forma consecutiva fueron sometidos a ICP al TCI en contexto de un SCA desde 2010 a 2015 en nuestro centro, excluyendo aquellos pacientes sometidos a cirugía de revascularización o ICP a TCI previamente, así como a aquellos pacientes sin información sobre cantidad de contraste o función renal post-procedimiento (en total 53 pacientes incluidos). Se analizaron los predictores de insuficiencia renal aguda mediante regresión logística, así como el impacto pronóstico de la insuficiencia renal aguda mediante regresión de Cox.

RESULTADOS: 21 pacientes (39,6%) presentaron insuficiencia renal aguda post-ICP: 5,7% en estadio AKIN 3, 5,7% en estadío AKIN 2 y 28,3% estadío AKIN 1. En la tabla 1 se pueden ver las características clínicas en función de si desarollaron o no insuficiencia renal aguda. Tras el análisis multivariado (ajustado por aquellas variables asociadas con $p<0,05$ en el análisis univariado con la insuficiencia renal aguda), únicamente la arteriopatía perfiérica (OR 7,95, IC 95% 1,56-40,87; p=0,013), la clase Killip≥II (OR 6,03, IC 95% 1,31-7,67; p=0,021) y la creatinina basal (OR 9,96, IC 95% 1,56-63,57; p=0,015) fueron predictores independientes de insuficiencia renal aguda. Tras ajustar por edad, fracción de eyección, diabetes mellitus, arteriopatía periférica y revascularización completa, la presencia de insuficiencia renal aguda fue un predictor independiente de muerte y del combinado de MACE (muerte, reinfarto, ictus e insuficiencia cardíaca: HR 6,45, IC 95% 2,59-16,01; p<0,001; ver Figura).

CONCLUSIONES: La insuficiencia renal aguda post-ICP a TCI no protegido durante un IAM es una complicación frecuente (39,6%) con impacto pronóstico en cuanto a mortalidad y eventos cardiovasculares. La arteriopatía periférica, la creatinina basal y la clase Killip≥II se asocian de forma independiente con su desarrollo.

Figura 1. % MACE durante el seguimiento

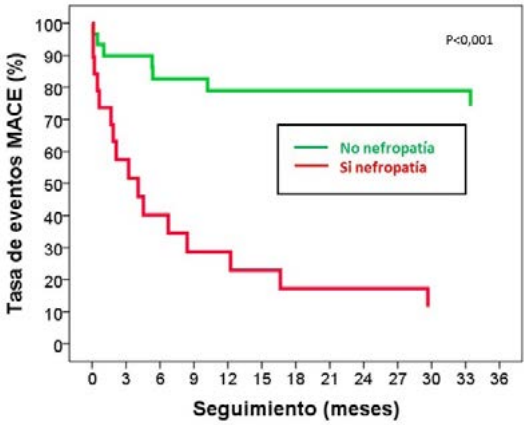



Tabla 1. Características basales de los pacientes en función de si desarrollan o no insuficiencia renal aguda.

| Variables | Nefropatía | No Nefropatía | Valor P |
|---|---|---|---|
| Edad, años | 75,6 ± 9,3 | 67,2 ± 13,6 | 0,010 |
| Hipertensión arterial, % | 81,0 | 46,9 | 0,013 |
| Diabetes, % | 52,4 | 21,9 | 0,022 |
| Arteriopatía, % | 42,9 | 15,6 | 0,028 |
| IAM previo, % | 19,0 | 25,0 | 0,613 |
| IAMCEST, % | 19,0 | 40,6 | 0,088 |
| Killip ≥ II, % | 61,9 | 28,1 | 0,015 |
| FEVI ≤ 40%, % | 57,9 | 30,0 | 0,053 |
| Hemoglobina basal, g/dL | 12,8 ± 2,6 | 13,9 ± 1,9 | 0,070 |
| Creatinina basal, mg/dL | 1,5 ± 1,0 | 0,9 ± 0,3 | 0,006 |
| BCIAO, % | 15,0 | 10,3 | 0,625 |
| Volumen de contraste, % | 303,0 ± 163,1 | 271,7 ± 109,9 | 0,407 |

## TAQUICARDIA AURICULAR FOCAL DEL SENO DE VALSALVA POSTERIOR

Martínez Sande J. L.; García Seara J.; Rodríguez Mañero M.; González Melchor L.; Fernández López A.; Redondo Diéguez A.; González Ferreiro R.; González Juanatey J. R.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La taquicardia auricular (TA) focal ablacionada con éxito en el seno de Valsalva posterior es un tipo muy infrecuente de TA. El propósito del estudio fue evaluar los resultados del procedimiento de ablación con radiofrecuencia (RF) en este sustrato arrítmico.

Pacientes y Métodos: El estudio fue retrospectivo. Se incluyeron 11 pacientes (pts) consecutivos desde enero de 1999 hasta abril de 2016, sometidos a evaluación electrofisiológica y ablación con RF.

RESULTADOS: De una totalidad de 3900 procedimientos de ablación, se diagnosticó una taquicardia auricular focal en 105; y de ellas, en 11 casos (10,4%) fue necesaria la ablación en el seno de Valsalva posterior.

La media de edad fue de 59,5 ± 3,5 años (entre 57 y 80 años) y con predominio de mujeres (9 pts; 81,8%). En dos casos la TA coexistía con otro sustrato arritmico, taquicardia por reentrada intranodal, cuyo procedimiento terapéutico que se realizó en primer lugar. En dos casos se trataba de un segundo estudio electrofisiológico, bien por éxito transitorio desde el lado derecho como por ineficacia en el segundo caso.

La manifestación electrocardiográfica es variable, generalmente con una onda p de menor duración que la sinusal, con isodifasismo-negatividad en las derivaciones inferiores, negativa-positiva en V1 y V2 y positiva en DI y en aVL. El ciclo de la taquicardia fue de 434±77 ms.

En todos los casos se realizó cartografía de activación en aurícula derecha registrando una mayor precocidad en la región anterosuperior del triángulo de Koch. Posteriormente se realizó abordaje retrógrado aórtico, con exploración de los senos de Valsalva, mediante cartografia convencional en 5 casos y utilizando cartografía electroanatómica en los restantes 6 casos. Se observó mayor precocidad en dicha localización (media 15,5± 0,7 ms; entre -10 y -38 ms con respecto al electrograma auricular más precoz en la región Hisiana), realizando ablación con radiofrecuencia con titulación del efecto e incremento progresivo de la potencia.

La ablación fue con éxito en todos los casos, y sin complicaciones, comprobando la eficacia del procedimiento, mediante estimulación auricular programada, tanto en situación basal como tras infusión de isoproterenol, sin observar recurrencia arrítmica posterior

CONCLUSIONES: En un pequeño subgrupo de pacientes estudiados por TA focal deben explorarse los senos de Valsalva, y en particular el seno posterior, cuando la mayor precocidad se localice en región peri-His. La ablación en dicha localización tiene menor riesgo de bloqueo AV completo que la aproximación desde el lado derecho.

# COMUNICACIONES ORALES ENFERMERÍA

## ACTUALIZACIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA, NUEVOS ROLES DE ENFERMERÍA

Moscoso Otero D.

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardiaca (IC) es un problema de salud mundial La prevalencia de la IC en Europa y Estados Unidos es de aproximadamente un 2%, en España la cifra es >5%, como pusieron de manifiesto el estudio PRICE 2008., con datos de la población general española mayor de 45 años, con una prevalencia del 6,8%. y el estudio EPISERVE 2008, realizado en consultas ambulatorias, que estimo la prevalencia en un 4.7%

El número de pacientes con IC crónica crece como consecuencia del aumento de la esperanza de vida de la población y los nuevos avances médicos. El número de ingresos hospitalarios por IC ha ido aumentando en nuestro país en las últimas dos décadas, constituyendo la primera causa de hospitalización en la población mayor de 65 años. La tasa de mortalidad es del 50 % a los 4 años. En nuestro país, esta patología es la cuarta causa de mortalidad.

OBJETIVO: Contribuir a actualizar los conocimientos sobre la IC. Analizar los roles emergentes de la Enfermería en la atención a pacientes con IC.

METODO:

- Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de:

- Recomendaciones basadas en la evidencia sobre el diagnóstico y tratamiento de la IC.

- Papel de la Enfermería con pacientes complejos, IC, en el contexto de la atención sociosanitaria integral, gestión de casos.

RESULTADOS/DESARROLLO: Resumen estructurado de la Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica 2012.

- Definición, etiología.

- Descripción de la IC con Fracción de Eyección baja y IC con FE conservada, y su diagnóstico.

- Exploraciones Diagnósticas en pacientes con sospecha de IC y en pacientes seleccionados.

- Recomendaciones de tratamiento.

- Descripción de la figura de la enfermera gestora de casos en el modelo de gestión de casos intramuros, intramuros extendido y extramuros.

- Experiencia a nivel nacional en gestión de casos relacionados con la IC y resultados en los programas en Cataluña, País Vasco.

CONCLUSIONES: Un mayor conocimiento por parte de enfermería de la IC puede posibilitar una mayor alfabetización, autocuidado y autoeficacia de los pacientes con IC.

los servicios del Sistema Nacional de Salud están incorporando enfermeras que desempeñan diversos roles, gestoras de casos, enfermeras de enlace, enfermeras de práctica avanzada.

La Enfermería tiene un nuevo papel en la gestión de casos, seguimiento y control de pacientes crónicos complejos, modelo de prestación de servicios que está presentando datos de resultados de mayor efectividad.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE DIVERSIDAD CULTURAL

Papín Rivas P.; Domínguez Ceballos M. L.; Sabater Sánchez M. C.

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

**INTRODUCCIÓN:** Mujer de 41 años con Miocardiopatía Dilatada y embarazo de alto riesgo de 27 semanas. Los embarazos en pacientes con cardiopatías necesitan cuidados especiales por parte del personal de enfermería, en este caso el reto es mayor por ser una paciente extranjera, con otra cultura.

**OBJETIVO:** La paciente acepta su estado de salud.

**DESCRIPCIÓN:** Mujer de 41 años diagnosticada de Miocardiopatía Dilatada no filiada (informes de Madrid) y embarazo de alto riesgo de 27 semanas. Extranjera, situación irregular e historia familiar complicada (nueva pareja, 2 cesáreas previas con una hija viva de 15 años en República Dominicana y madre muerta recientemente de manera súbita). Ingresa en EAP y síndrome de QT largo, presentando buena respuesta a tratamiento farmacológico. Durante el ingreso programan cesárea, pero se produce muerte fetal intraútero y parto vaginal posteriormente. Regresa a nuestro servicio para completar y ajustar tratamiento para alta.

Durante la hospitalización no se comunica, se encuentra desconectada del medio, con discurso incoherente, labilidad emocional y aislamiento social. Valorada por Psiquiatría, es diagnosticada de trastorno adaptativo: no medican y la derivan a su consulta para seguimiento.

Tras el alta seguimiento en las consultas de IC.

**PLAN DE CUIDADOS:** Aplicando la Taxonomía de la NANDA-NOC-NIC encontramos los siguientes diagnósticos sobre los que trabajar: Deterioro de la comunicación verbal, aislamiento social, desempeño ineficaz del rol, afrontamiento ineficaz, conflicto de decisiones, mantenimiento ineficaz de la salud, duelo, deterioro de la resilencia, riesgo de soledad. Además de los asociados a la IC.

**REFLEXIÓN:** A través de la interacción con la enfermería, la paciente aceptó su situación de salud y será capaz de actuar con objetividad al gestionar sus prioridades.

La enfermería evoluciona en sus cuidados generando la empatía necesaria para comprender situaciones y culturas diferentes.

## EXTRACCIÓN DE MUESTRAS VENOSAS PARA DETERMINACIÓN DE ENZIMAS CARDÍACAS

Lago Celada I.; Rey Acuña H.; García Vázquez E. G.; Amoedo Fernández B.
Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro .Vigo

OBJETIVO: Establecer unas pautas de actuación para la correcta la extracción, transporte, procesado y almacenamiento de sangre venosa es sumamente importante para la determinación de los valores analíticos solicitados en cardiología, ya que son parámetros altamente sensibles al hemólisis, y de ellos depende en gran medida el manejo del paciente. Buscamos con estas pautas que las muestras se mantengan estables, definiendo estabilidad como la capacidad de mantener los valores iniciales de sus elementos dentro de los límites de fluctuación aceptables durante un periodo de tiempo determinado.

MÉTODOS: Búsqueda bibliográfica, consenso con unidad de análisis clínicos, comparación de porcentaje de hemólisis antes y después de la implantación del protocolo.

RESULTADOS: Incidiendo en los factores condicionantes de la muestra (factores externos, obtención de la muestra, tiempo de espera, transporte y procesado) el índice de hemólisis ha disminuido de forma significativa.

CONCLUSIONES: La implantación de un protocolo acerca de la correcta extracción de muestras es beneficiosa a todos los niveles: unificación de criterios y trabajo de enfermería, ahorro de costes al no haber necesidad de repetir análisis, celeridad en el tratamiento del paciente en base a los resultados y evitar punciones innecesarias.

## UTILIDAD DE UNA HERRAMIENTA EDUCATIVA SENCILLA (4 FICHAS DE COLORES) PARA AUMENTAR LA ADHERENCIA A LA MEDICACION Y EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LOS PACIENTES CON LA MISMA

Costa Graña C.; Naya Leira C.; Fariñas Garrido P.; Blanco Canosa P.; Riveiro Rodríguez C.; Paniagua Martín M. J.; Barge Caballero E.; Barge Caballero G.; Couto Mallon D.; Crespo Leiro M. G.

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

OBJETIVO: Los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) necesitan un tratamiento farmacológico complejo para aumentar la supervivencia y calidad de vida. La educación para la salud es fundamental para promover el autocuidado del paciente y ha demostrado mejorar los resultados. La utilización de herramientas educativas sencillas puede ser clave para lograr este objetivo.

Objetivo principal: Evaluar la utilidad de una herramienta informativa sencilla (4 fichas de colores basadas en las Guías ESC 2012) para aumentar la adherencia a la medicación en pacientes con IC y fracción de eyección reducida (FEr). Objetivo secundario: Evaluar la aceptación y satisfacción de los pacientes con la herramienta informativa.

MÉTODOS: Fueron reclutados pacientes de IC consecutivos con FEr (FE<40%) que recibieron alguno de los fármacos indicados en IC con FEr (inhibidores del SRAA, betabloqueantes, ARM e ivabradina). Los criterios de exclusión fueron: rechazo a participar o incapacidad para entender la información. Los cambios en la adherencia al tratamiento fueron evaluados mediante la Escala Morisky-Green (EMG-4) basal y después de 6 meses. EMG (0%-100% según la respuesta correcta a 4 preguntas); 3-4 fue considerado “cumplidor” y 0-2 “no cumplidor”. La satisfacción fue evaluada mediante una encuesta AtHoc (5 preguntas). Los resultados con escala Likert (1:mínimo, 5:máximo).

RESULTADOS: De 234 pacientes incluidos entre marzo-junio 2015, se hizo un análisis preliminar con 174 pacientes (media edad 67.7 años DS 10.3; 80.5% mujeres) que completaron la EMG basal y 6 meses en el momento del análisis de datos. La clasificación NYHA fue: I (37 pacientes, 21.3%) , II (105 pacientes, 60.3%), III (31 pacientes, 17.8%) y IV (1 paciente, 0.6%). Distribución de la etiología: 77 (44.3%) isquémica, 68 (39.1%) dilatada y 29 (16,7%) otras. La mayoría de los pacientes (156/174, 89.7%) mostraron ser cumplidores al inicio mediante la EMG, proporción que no obtuvo cambios significativos tras 6 meses (152/174, 87.4%; p=n.s.). Sin embargo, de los pacientes no cumplidores al inicio, el 55.6% (10 de 18) se convirtieron en cumplidores tras la implementación (p<0.001). El 64.2% mostraron elevados niveles de satisfacción (4 ó 5 en la escala Likert).

CONCLUSIONES: Incluso entre los pacientes con elevada adherencia a recomendaciones de tratamiento, la identificación de pacientes no cumplidores a través de la EMG y la implementación de esta herramienta educacional bien aceptada puede ser de utilidad clínica.

# COMUNICACIONES PÓSTER ENFERMERÍA

## CIERRE DE FISTULA GASTROESOFÁGICA CON DISPOSITIVO INTRACARDIACO AMPLATZER

Rey Acuña H.[1]; Guillén Goberna P.[1]; Martínez Gómez M. A.[1]; Lago Celada I.[1]; Díaz Costas S.[2]

Hospital Álvaro Cunqueiro[1]; Fundación Biomédica[2]

ANTECECENTES: Paciente que a la edad de 30 años inicia consulta por obesidad mórbida. 155 Kg para 172 cm de altura, lo que supone un Índice de Masa Corporal superior al 50%.

Tras realizar preoperatorio y sin contraindicación alguna, la paciente es intervenida en 2002, practicándose un cruce duodenal, colecistectomía y diverticulectomía (por hallazgo casual de Divertículo de Merkel).

El postoperatorio cursa con normalidad salvo pequeña infección urinaria, resuelta con tratamiento médico.

En control endoscópico 6 años después de la cirugía se informa de Gastritis crónica, pequeño pólipo y Anastomosis duodenoyeyunal termino-terminal sin alteraciones.

Re intervenida a los 10 años por nueva ganancia de peso, practicándose regastrectomía vertical que se complica por fístula persistente en ángulo de His. Con varias intervenciones quirúrgicas, algunas de carácter urgente, provocando un ingreso hospitalario prolongado. Finalmente, como tratamiento se coloca endoprótesis recubierta de Wallflex.

Posteriormente reingresa por colección intraabdominal, ante la que se decide tratamiento conservador.

Un nuevo control endoscópico, 12 años después de la intervención informa de “pequeño orificio fistuloso en esófago distal (ángulo de His), a través del cual drena abundante material purulento, que se trata con endoclips. Unos meses más tarde y ante la persistencia de drenaje se coloca una prótesis de fístula bariátrica Hanaro-stent.

Desde entonces se realizan varios drenajes del absceso epigástrico secundario a fuga, requiriendo numerosas estancias hospitalarias para la paciente.

El Servicio de Digestivo propone tratamiento multidisciplinario con Servicio de Hemodinámica para la colocación de dispositivo oclusor.

TRATAMIENTO: Procedimiento realizado bajo sedación, con buena tolerancia.

Mediante técnica endoscópica se identifica orificio fistuloso.

Se introduce guía hidrofílica a través de orificio fistuloso, con control radiológico. Se retira el endoscopio y se introduce en paralelo el sistema liberador de dispositivo de cierre de CIA. Se ptogresa el endoscopio y se controla endoscópica y radiológicamente la apertura del dispositivo Amplatzer en la luz fistulosa.  Aparentemente correcto posicionamiento.

La revisión endoscópica unos días después informa “se visualiza malla metálica en el interior de la fístula, expandida, con gran ulceración en mucosa, cubierta de fibrina. No se visualiza orificio fistuloso.”

CONCLUSIONES:

- El cierre de fístulas del tracto digestivo para casos seleccionados es factible empleando dispositivos de oclusión intracardiacos.

- Abordajes multidisciplinares facilitan la solución de casos complejos.

- La combinación del conocimiento y experiencia de la enfermería de diferentes servicios, permite que el empleo de técnicas médicas multidisciplinares se lleven a cabo, potenciando las posibilidades de éxito.

## MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA EN PACIENTES A TRATAMIENTO CON SINTROM

Gómez Facorro N.[1]; Collazo Babío L. M.[2]; Villasenín Pérez L.[3]; Iglesias Núñez E.[3]; Dacal Rivas S.[4]; García Rey M. C.[5]

Centro de Salud de Narón[1]; Centro de Salud de Caranza[2]; Centro de Salud de Ferrol[3]; Centro de Salud de Serantes[4]; Hospital Arquitecto Marcide[5]

OBJETIVO PRINCIPAL: Analizar cómo influye el tratamiento con Sintrom en la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVO SECUNDARIO: Realizar una valoración de las esferas biopsicosociales en los pacientes a tratamiento con Sintrom.

MÉTODOS:

- Revisión bibliográfica.

- Reuniones de grupos de expertos.

RESULTADOS: En la esfera fisiológica se valoraron aspectos como alimentación, actividad física e higiene. En la bibliografía revisada se recomienda:

- Dieta equilibrada sin grandes variaciones en cantidad diaria de verduras. Deben tomarse, o no tomarse, pero con regularidad.

- El tabaco inhibe el efecto del Sintrom y el alcohol dificulta enormemente su control. • Están contraindicados los deportes “de contacto“ (rugby, artes marciales) y los de riesgo de caídas (alpinismo, esquí).

- Inspeccionar la aparición de hematomas en la ducha diaria. • Utilizar cepillo dental de cerdas suaves y para el afeitado, maquinilla eléctrica.

En la esfera psicológica hay que tener en cuenta:

- Preocupación por la enfermedad y el tratamiento anticoagulante.

- Pensamientos negativos sobre su futuro y su calidad de vida.

- Ansiedad por olvido o error de tratamiento.

- Miedo a los posibles efectos secundarios.

- Conocimiento, comprensión y capacidad de adhesión al tratamiento

- Capacidad para asumir cambios en el estilo de vida (alimentación, ejercicio físico, etc) que faciliten el autocuidado.

- Aceptación de la nueva situación.

En la esfera social deben considerarse los siguientes aspectos:

- Vacaciones:

Planificar la fecha con la enfermera para realizar un control antes de salir.

Asegurarse de llevar toda la medicación, incluido el anticoagulante.

Llevar un pequeño botiquín para curar heridas leves, quemaduras...

Saber a qué centro de salud dirigirse cerca de su lugar de vacaciones.

Se puede utilizar cualquier medio de transporte (avión, barco).

- Familia y amigos:

Deben conocer el tratamiento del paciente y ayudarle en el cumplimiento del régimen terapéutico.

El paciente podrá mantener una vida social activa respetando las recomendaciones descritas.

CONCLUSIONES: Tras la revisión bibliográfica se establecieron los puntos generales a valorar en las esferas fisiológica, psicológica y social en los pacientes a tratamiento con Sintrom. Se observó que todas ellas se ven influenciadas e interfieren en la calidad de vida del paciente, por lo que es muy importante realizar una adecuada valoración de enfermería, así como elaborar intervenciones específicas para facilitar la adaptación del paciente y su familia.

## GAFAS NASALES DE ALTO FLUJO: NUEVA TERAPIA RESPIRATORIA EN CUIDADOS POSTCIRUGÍA CARDÍACA

Domínguez Faro E.; Ucha Tienda M. S.

Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo

OBJETIVOS:

- Administrar la concentración de gases (aire y oxígeno) de forma eficaz y segura.

- Mejorar la mecánica respiratoria del paciente.

- Disminuir el gasto metabólico.

- Aportar una presión de distensión para reclutamiento alveolar.

MÉTODO: Elaboración de un plan de cuidados estandarizado para la puesta en funcionamiento y manejo de la terapia aplicada con gafas nasales de alto flujo.

RESULTADOS:

- Posibilidad de administrar niveles mayores de oxígeno inspirado (FiO2) hasta el 100%.

- Reducción de la concentración de dióxido de carbono debido al mejor intercambio de gases en el espacio muerto faríngeo.

- Purgado del espacio muerto en la faringe.

- Alcanzar una presión positiva en la vía aérea durante el ciclo respiratorio.

- Humidificar y calentar el oxígeno administrado, evitando lesiones de la mucosa.

- Facilitar la expectoración de secreciones.

- Administrar flujos entre 0,5 y40 litros por minuto, con una humedad relativa comprendida entre 95-100%.

- Mejor tolerancia por parte del paciente (comer, beber, hablar).

- Disminuir la frecuencia cardíaca, presión arterial pulmonar, gasto cardíaco y aumento de la presión venosa central, dentro de la hemodinámica del paciente.

- Educar al paciente en la administración y cuidados del tratamiento.

- Mayor eficacia respiratoria.

CONCLUSIONES: Las gafas nasales de alto flujo:

- Permiten en numerosos casos tratar o prevenir la hipoxemia.

- Mejoran el patrón ventilatorio disminuyendo la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca y las necesidades de oxígeno.

- Proporcionan una mejor facilidad de uso, por ser un dispositivo sencillo y de rápida colocación para situaciones de moderada urgencia.

- Son una nueva terapia y nuevo reto para enfermería en cuidados posquirúrgicos cardíacos.

## DETECCIÓN Y MONITORIZACIÓN DE LA APNEA DEL SUEÑO SEVERA EN PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASOS.

Domínguez Liste A. M.; Lago Quinteiro J. R.; Fernández Requejo T.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (SAHS) es una patología respiratoria con alta prevalencia, afecta al 4-6% de los hombres y al 2-4% de las mujeres. Entre un 50-90% están infradiagnosticados e infratratados. La literatura demuestra que 1 de cada 4 pacientes con enfermedad del nodo sinusal o BAV presenta apneas del sueño severas. Nuestro objetivo en la consulta de seguimiento de dispositivos implantables es identificar estos pacientes y realizar la gestión precoz para su tratamiento.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Paciente de 86 años, con IMC: 27,5 con antecedentes de interés, requiere implante de TAVI (válvula aórtica por catéter). Durante el postimplante presenta bloqueo aurículoventricular completo con implante de marcapasos definitivo.

En Enero de 2015 se implanta marcapasos bicameral con monitorización de Apnea del Sueño. Dicho marcapasos nos alerta en el seguimiento de graves alteraciones respiratorias durante el sueño: 6 noches IAR > 20 en la última semana, y 98% de las noches monitorizadas con IAR >20. Por ello se remite al Servicio de Neumología para su valoración.

Se realiza poligrafía respiratoria, con siguientes resultados: IAH (índice apnea/hipoapnea) 68.5/hora. Saturación media: 93%; eventos obstructivos: 92,5%; siendo diagnosticado de SAHS grave e iniciándose tratamiento con CPAP. Posterior control con tratamiento se consigue corregir el 95% de los eventos respiratorios, mejorando clínica y calidad de vida apreciada por el paciente.

CONCLUSIONES: La detección y tratamiento precoz de los pacientes con apnea del sueño severa permiten reducir el riesgo de otras complicaciones cardiovasculares como podría ser la Fibrilación auricular o la Insuficiencia Cardíaca. Además mejorar exponencialmente la calidad de vida de nuestros pacientes.

## UTILIDAD DEL REGISTRO DE HOLTER DE ARRÍTMIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE DISFUNCIÓN DE MARCAPASOS EPICÁRDICO CON ELECTRODO MONOPOLAR

Domínguez Liste A. M.; Sánchez Fernández M. C.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

OBJETIVO Y MÉTODO: Demostrar la utilidad del Holter de Arrítmias en una paciente portadora de marcapasos epicárdico que presenta episodios de mareo sin pérdida de conocimiento.

El Holter es un dispositivo electrónico de pequeño tamaño que registra y almacena el electrocardiograma del paciente durante al menos 24 horas.

RESULTADOS: La paciente acude a la consulta de marcapasos en diciembre de 2013 por iniciativa propia, refiere mareos desde hace aproximadamente 3 semanas mientras come, sin pérdida de conocimiento, tensión arterial baja, sin otra sintomatología.

ANTECEDENTES PRINCIPALES: Intervención de cierre de CIA tipo Ostium Secundum en 1983 e implante de marcapasos por presentar bloqueo aurículo-ventricular completo. Posteriormente se realizaron dos recambios por agotamiento del generador.

Se realiza revisión del generador comprobando el normofuncionamiento del mismo. Este dispositivo no dispone de registro de eventos arrítmicos. Se decide la colocación de un Holter, en el cual se registra un: Bloqueo aurículo-ventricular de 1º, Bloqueo aurículo-ventricular completo con 2 pausas diurnas que coinciden con la comida según nos relata la paciente, una de 4.093 segundos y otra de 3.859 segundos, en las cuales se registra un único complejo estimulado por el marcapasos seguido de espículas que no conducen. Se implantó nuevo marcapasos bicameral en región pectoral derecha. Se desestimó la revisión por el Servicio de Cirugía Cardíaca pues la paciente decidió no operarse de nuevo.

CONCLUSIONES: El Holter de 24 horas nos permite realizar la evaluación de síntomas que pueden estar relacionados con la disfunción del marcapasos cuando estos generadores no disponen de registro de eventos históricos.

## ASISTENCIA RESPIRATORIA MEDIANTE ECMO EN PACIENTE CON SDRA POR NEUMONÍA VARICELOSA.

Amoedo Fernández B.; Riveiro Portela R.; Tourón Besada Y.; Cigarrán A.
Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI. Vigo

DESCRIPCIÓN: Presentamos el caso de una paciente de 38 años con Artritis Reumatoide a tratamiento con inmunosupresores, e infectada por el Virus Varicela Zoster con posterior complicación de Neumonía Varicelosa Severa.

Tras el fracaso de Soporte Ventilatorio convencional y el empeoramiento clínico,SDRA, se decide traslado a la Unidad de Reanimación Cardíaca para tratamiento mediante ECMO en modalidad de Asistencia Respiratoria.

Se mantiene el intercambio gaseoso mediante un oxigenador externo que asegura el aporte de oxígeno y la extracción de dióxido de carbono, consiguiendo así una ventilación protectiva sin necesidad de ocasionar daño ventilatorio al sistema respiratorio de la paciente ya por si deteriorado a causa de su enfermedad.

OBJETIVO: Nuestro objetivo es la elaboración de un plan de cuidados usando la taxonomía NANDA NIC-NOC junto con la descripción de las actividades de enfermería enfocadas a esta terapia específica.

## LA HEMODINÁMICA EN URCC, CATÉTER SWAN GANZ

García Vázquez E. G.; Vicente Chao R.; Riveiro Portela R.; Tourón Besada Y.; Cigarrán González A.
Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo

INTRODUCCIÓN: El catéter Swan Ganz consta de varias luces internas. Tiene un orificio terminal permeable, a través del cual se miden las presiones existentes, alojado en la arteria pulmonar. La otra punta, también permeable, presenta un balón hinchable localizado en la porción terminal del catéter; en dicha porción terminal, existe también un cable termistor (termómetro), que detecta los cambios de temperatura de la sangre a ese nivel. Una cuarta luz termina en un orificio emplazado a la altura de la aurícula derecha, cuya función es medir la Presión Venosa Central y un filamento de cobre que aumenta la temperatura de la sangre a ese nivel para la monitorización continua del gasto cardíaco.

Es un método de monitorización hemodinámica que permite llevar a cabo una valoración exhaustiva, midiendo parámetros tanto de la funcionalidad cardíaca como de la oxigenación tisular, en paciente críticos.

OBJETIVOS: Del Swan Ganz: evaluar la sobrecarga o déficit de volumen; diagnosticar la insuficiencia ventricular izquierda; diagnosticar el taponamiento cardíaco; conocer el balance de aporte/consumo de oxígeno del paciente; analizar las repercusiones de las medidas terapéuticas sobre estas variables.

Del póster: establecer indicadores de calidad que contribuyan a alcanzar un uso eficiente de la técnica; organizar sistemáticamente el trabajo de enfermería y favorecer la continuidad de cuidados y establecer una guía para el conocimiento del catéter para el personal de nueva incorporación en la unidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Se llevó a cabo una ilustración del catéter swan ganz sobre material fotográfico, reflejando en el mismo datos extraídos de la experiencia y la observación directa con pacientes intervenidos además de una revisión bibliográfica.

RESULTADOS: Con la elaboración de éste póster, se ha comprobado su utilidad en el día a día de la unidad, facilitando el entendimiento del uso y la colocación del catéter, tanto a enfermeros de reciente incorporación a la unidad como a futuros DUEs.

Además el uso del catéter swan ganz ayuda a obtener una serie de datos, que relacionados entre sí, proporcionan un perfil hemodinámico del paciente, permitiendo actuar con precisión y previniendo posibles complicaciones.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIONES: El swan ganz está indicado en paciente críticos y con Hipertensión Pulmonar cuya situación requiere un control hemodinámico minucioso y continuo. Es de vital importancia el papel de la enfermería en la correcta valoración de los datos recogidos, la adecuada valoración de los parámetros obtenidos además de las ondas plasmadas en el monitor cardíaco, así como de la actuación precoz ante posibles complicaciones.

## MUERTE SÚBITA EN VARÓN DE 37 AÑOS POR VASOESPASMO CORONARIO.

Ferrón Novais A. M.; Torreiro Pampín M. L.; Arufe Manteiga M. I.; Gago Gago C.; Outes Velay M. B.; Reino Maceiras M. V.; Fandiño Pampín I.

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

INTRODUCCIÓN: Definimos espasmo coronario como reducción notable, brusca, y transitoria en el diámetro de una arteria coronaria epicardica, que da como resultado isquemia miocárdica. Durante el espasmo y la reperfusión posterior son frecuentes las arritmias ventriculares que pueden ser causa de muerte súbita.

DESCRIPCIÓN: Varón de 37 años con Diabetes Mellitus y Hipertrigliceridemia con clínica de síncopes de repetición desde hace un año que se atribuyen a la diabetes. Ingresado por parada cardiaca extra hospitalaria siendo el primer ritmo registrado Fibrilación ventricular. Se realiza coronariografía urgente donde no se evidencian lesiones coronarias. Se sometió a hipotermia y al tercer día sufrió otro episodio de taquicardia ventricular polimórfica /Fibrilación ventricular precedido de elevación el segmento ST. Se implanta desfibrilador automático.

Alta a domicilio a los 40 días.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS:

Realizamos plan de cuidados individualizado según el modelo de Virginia Henderson y taxonomía NANDA, NIC, NOC.

| DIAGNOSTICOS | NIC | NOC |
|---|---|---|
| Patrón de respiración ineficaz 00032 | Manejo de la vía aérea 3140 | Ventilación 0403 Permeabilidad de las vías respiratorias |
| Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 00047 | Vigilancia de la piel 3590 | Control del riesgo: hipotermia 1923 |
| Riesgo de infección 00004 | Protección contra las infecciones 6550 | Detección del riesgo 1908 |
| Riesgo de alteración de la temperatura corporal | Tratamiento de hipotermia 3800 | Signos vitales 0802 |

Se reevalúa el plan de cuidados y se reestructura, en función de la evolución del paciente.

CONCLUSIONES: La monitorización electrocardiográfica continúa objetivó el episodio de elevación del ST que conducía a taquicardia ventricular polimorfa. Con este diagnóstico se implantó un desfibrilador automático y tratamiento con calcioantagonistas.

La inmediatez en las maniobras de Reanimación cardiopulmonar y aplicación de hipotermia inducida evitan secuelas neurológicas derivadas de la hipoxia.

PALABRAS CLAVE: Vasoespasmo, Fibrilación ventricular, parada cardiaca, hipotermia.

## ICTUS CARDIOEMBOLICO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENDOCARDITIS AGUDA

Torreiro Pampín M. L.; Outes Velay M. B.; Míguez Piñeiro A.; Reino Maceiras M. V.; López Sixto S. M.; Córdova Martinez M. D. C.; Gil Canabal M. D. P.; Paz Fuentes A. E.

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

INTRODUCCIÓN: Endocarditis, enfermedad inflamatoria del Endocardio y válvulas cardiacas, producida mayoritariamente por estreptococo y estafilococo. Las complicaciones neurológicas se presentan en el 20%-40% de los casos, son la primera manifestación clínica o el motivo de consulta inicial; incrementan significativamente la mortalidad, generando gran número de secuelas.

DESCRIPCIÓN: Varón de 38 años, con factores de riesgo cardiovascular: Hipertensión, Diabetes tipo2 miocardiopatía hipertrófica obstructiva, implante de DAI en 2014, Fibrilación auricular.

Obesidad Mórbida tratada quirúrgicamente. Cormobilidad : SAOS, CPAP.

Acude a urgencias por hemiparesia izquierda y disartria. Presenta una crisis tónico clónica que cede espontáneamente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se objetiva en TAC Craneal infarto en el territorio profundo de la arteria cerebral media, por este motivo se realiza Ecocardiograma, que muestra una imagen móvil de amplia base de implantación en el velo Mitral, con insuficiencia Mitral severa, compatible con vegetación. Hemocultivos positivos para estafilococo epidermidis.

Se inicia tratamiento con antibioterapia. Se objetiva exteriorización del generador del DAI, posible foco de entrada de la infección motivo por el que se retira el sistema completo de desfibrilador y electrodos con un sistema de vaina láser. Por persistencia de imagen de vegetación e insuficiencia Mitral severa se sometió a sustitución valvular mitral.

Alta del paciente sesenta días después del ingreso.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS: Realizamos un plan de cuidados individualizado según el modelo de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Los diagnósticos de enfermería aplicados son:

| DIAGNOSTICOS | NIC | NOC |
|---|---|---|
| Déficit de autocuidado 0109 | Ayuda al autocuidado 1800 | Autocuidados: Actividades de la vida diaria. 0300 |
| Riesgo de infecciones 00004 | Protección sobre las infecciones 6550 | Detección del riesgo 1908 |
| Deterioro de la movilidad física. 00085 | Terapia de ejercicios: deambulación. 0221 | Autonomía personal .1614 |

CONCLUSIONES: El diagnóstico precoz y rápido inicio de la terapia antibiótica es el arma más efectiva para prevenir y mejorar el pronóstico de los pacientes con ENDOCARDITIS.

## PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON ULCERA TRAS INGRESO EN UNA UNIDAD CORONARIA

Míguez Piñeiro A.[1]; Albor Suárez D. R.[2]; Torreiro Pampín M. L.[1]

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago[1]; Hospital Policlinico La Rosaleda[2]

**INTRODUCCIÓN:** Varón, 73 años con antecedentes de: Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, Insuficiencia Renal Crónica por nefropatía diabética a tratamiento con hemodiálisis desde Junio 2014.

Antecedentes cardiológicos: cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular permanente.

Portador de catéter tunelizado en vena innominada derecha desde Agosto 2014.

Situación social: vive solo, sin familiares de referencia ni teléfono de contacto.

Caso conocido por los servicios sociales del ayuntamiento. Malas condiciones de higiene, vivienda.

No colaborador, mala adherencia dietética y terapéutica.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:** Ingresa en Unidad Coronaria por Edema Agudo de pulmón en contexto de síndrome coronario agudo sin elevación de ST y FA rápida el 27 Julio 2015.

Durante su ingreso desarrolla úlcera en antebrazo derecho, posible relación con pinchazo a dicho nivel y manguito de presión arterial.

Alta el 29 Agosto 2015 para seguimiento ambulatorio.

**PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS:**

Acude a tratamiento ambulatorio con hemodiálisis. Se establecen plan cuidados aplicando la taxonomía, NANDA NIC, NOC. Actuación conjunta con atención primaria y servicios sociales para un correcto tratamiento y seguimiento multidisciplinar.

| Diagnósticos | NIC | NOC |
|---|---|---|
| Deterioro de integridad cutánea (00046) | Cuidado de UPP (3660)<br>Cuidado del catéter | Curación de heridas(1103)<br>Integridad del acceso para hemodiálisis (1105) |
| Gestión ineficaz de la propia salud (00078) | Establecimiento de objetivos comunes (4410)<br>Educación sanitaria | Autogestión de cuidados (1613)<br>Modificación psicosocial: cambio de vida (1305) |

**CONCLUSIÓN:** Se hace manifiesta la necesidad de una atención integral al paciente pluripatológico, caracterizado por su fragilidad clínica. Es preciso identificar y organizar bien los cuidados de pacientes con enfermedades crónicas, deterioro progresivo y pérdida gradual de su autonomía, que ven aumentado su riesgo de sufrir otras patologías interrelacionadas, dando lugar a importantes repercusiones sociales y económicas.

## PACIENTES ANTIAGREGADOS CON TICAGRELOR: EFECTOS ADVERSOS

Míguez Piñeiro A.; Gil Canabal M. P.; Outes Velay M. B.; Reino Maceiras M. V.; Córdova Martínez M. D. C.; López Sixto S. M.; Ferrón Novais A. M.

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

INTRODUCCIÓN: Las actuales guías de práctica clínica recomiendan doble terapia antiagregante con ácido acetilsalicílico y un inhibidor del difosfato de adenosina para pacientes con Síndrome Coronario Agudo a fin de prevenir nuevos episodios isquémicos. Hasta hace relativamente poco, tan solo se disponía del Clopidogrel como único inhibidor. Actualmente, se dispone de dos nuevos fármacos que han demostrado una inhibición plaquetaria mayor y más rápida que el Clopidogrel: el Ticagrelor y el Prasugrel.

Estos inhibidores disminuyen el riesgo de sufrir otro infarto de miocardio o enfermedad cardio vascular.

OBJETIVOS: Conocer la incidencia de las complicaciones secundarias del antiagregante Ticagrelor en pacientes diagnosticados de síndrome coronario agudo.

MÉTODO: Se realiza estudio descriptivo y retrospectivo, en el que se incluyeron 177 pacientes con síndrome coronario agudo a los que se les prescribió ácido acetilsalicílico y Ticagrelor entre los meses de Enero y Mayo del 2015.

RESULTADOS: De los 177 pacientes estudiados, 110 pacientes (62,1%) fueron tratados con Ticagrelor. A 20 pacientes (11,2%) se les suspendió el Ticagrelor por complicaciones diversas:

-Transtornos de la conducción

-Disnea

-Ictus

-Trombosis de stent

CONCLUSIONES: El Ticagrelor disminuye significativamente la trombosis del stent y no incrementa la tasa de hemorragias mayores; por ello es fundamental la intervención de la enfermería en la vigilancia y monitorización del ritmo cardíaco, lde la clínica respiratoria, neurológica, etc. de los pacientes a tratamiento con Ticagrelor para la detección de los efectos adversos que puedan surgir.

## IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO SIN CABLES "MICRA" Y ABLACIÓN DEL NODO AV EN PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR CON MAL CONTROL DE FRECUENCIA CARDÍACA

Mirantes Fernández A.; Lago Quinteiro J. R.; Paredes Rodríguez A.

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

INTRODUCCIÓN: La implantación de marcapasos es una técnica realizada de manera habitual en los laboratorios de electrofisiología, pero no está exenta de complicaciones de diversa índole (desplazamiento, hematoma...). Desde Julio del 2015 nuestro centro dispone de un dispositivo de estimulación cardiaca sin electrodos (Medtronic MICRA) cuyo implante difiere del anterior, pero evita varias complicaciones.

Enfermería ha desarrollado un protocolo específico para una actuación de manera segura y autónoma.

DESCRIPCIÓN: Mujer de 69 años con varios antecedentes de interés, destacando fibrilación auricular permanente mal controlada. Se decide implante de dispositivo de estimulación ventricular (Medtronic Micra) y ablación del nodo atrioventricular.

El implante del dispositivo se realizó mediante abordaje percutáneo venoso femoral derecho con vaina de 27F. Tras su implante de manera satisfactoria se procedió a realizar ablación del Nodo auriculoventricular mediante electrocatéter CORDIS 4 mm curva D (7F). Se decidió usar la misma vaina que disponíamos y evitar un nuevo acceso venoso. Ante un mal cierre de la válvula de la vaina sobre el catéter de ablación se decide usar un introductor intercalado, siendo el SJM de 14F el que mejor se adaptó a nuestras necesidades.

PLAN DE CUIDADOS: Durante el procedimiento se aplicó el protocolo creado: material, monitorización, acceso venoso, profilaxis antibiótica, sedo-analgesia, preparación de la piel...

Elaboramos un plan de cuidados individualizado y adaptado al paciente valorando sus necesidades según modelo de Virginia Henderson, diagnósticos de taxonomía NANDA, intervenciones NIC y resultados NOC.

CONCLUSIÓN: Se realizó con éxito el procedimiento tanto de implantación como de ablación sin molestias apreciadas por la paciente.

Se resolvió con éxito el problema presentado de mal cierre de la válvula de la vaina (27F) sobre el catéter de ablación (7F)

Señalar la importancia de la formación y del uso de protocolos individualizados para el desarrollo de nuestra actividad asistencial de forma eficaz y segura.

## HEMOSTASIA CUBITAL CON DISPOSITIVO SAFE-GUARD. EXPERIENCIA EN 4 CASOS

Mirantes Fernández A.; Gomez Fernández M.; Cereijo Silva E. G.; Becerra Do Ejo C.

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

INTRODUCCIÓN: La arteria cubital es una vía alternativa en imposibilidad de otros accesos para la realización del cateterismo cardíaco. Por sus características, la técnica de hemostasia difiere de la vía radial, siendo necesario sistemas de compresión más eficientes y mayor vigilancia de posibles complicaciones.

Existe evidencia de que el uso de TR-Band es el método de elección por su seguridad y eficacia para la hemostasia cubital.

El dispositivo Safe-Guard se usa en la hemostasia femoral. No existe evidencia para uso cubital.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS: Desde 2 de julio 2015 al 22 enero 2016 se realizaron 4 casos por vía cubital a los que se les colocó dispositivo Safe-Guard para hemostasia. De los cuales, 2 mujeres, edad media 74.7, 3 HTA, 3 DL, 1 cubital izquierda, 1 angioplastia, 3 adiro, 2 clopidogrel, 1 sintrom, 1 valvulopatía.

En todos los casos se retiró el introductor en el laboratorio y el dispositivo de hemostasia fue a criterio del instrumentista.

PLAN DE CUIDADOS: Valorar el riesgo elevado de complicaciones vasculares si no se coloca el más idóneo. El dispositivo de uso sistemático en nuestra unidad presentó una elevada tasa de complicaciones frente al TR-Band en un estudio previo (p=0,0000).

Por rotura de stock de este dispositivo, se decidió el empleo del Safe-Guard. Se siguió el protocolo de tiempos de hemostasia para TR- Band. Seguimiento sin complicaciones, presencia de pulso cubital.

INTERVENCIÓNES:

- NANDA: riesgo de sangrado (00206) NOC: coagulación sanguínea (0409) NIC: disminución de la hemorragia (4028), Control de la hemorragia (4160)

- NANDA: Riesgo del deterioro de la integridad cutánea (0046), NOC: Perfusión tisular periférica (0407), NIC: vigilancia de la piel (13590)

CONCLUSIÓN: Valorar los riesgos y adecuar las actuaciones y técnicas según la evidencia disponible para garantizar seguridad y calidad de cuidados. Safe-Guard podría ser una alternativa para la hemostasia cubital.

## DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA ACOGIDA DE PACIENTES DERIVADOS DE OTROS CENTROS HOSPITALARIOS EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA

Ortega Fernández L.[1]; Jiménez Serrano C.[1]; Seco Aldegunde S.[1]; Miranda Castaño S.[2]; Basanta Castro M. J.[1]

Hospital Lucus Augusti[1]; Hospital Comarcal de Monforte[2]

INTRODUCCIÓN: ¿Qué entendemos por acogida?

Recibimiento aportando la información básica necesaria para la llegada al Hospital, mejorando la percepción subjetiva de la calidad en la atención y facilitando la relación con el personal sanitario que le atenderá.

Aceptación y aprobación, tanto del paciente como del centro hospitalario de los derechos, deberes y particularidades.

Protección de todas las esferas del paciente desde el momento que es recibido hasta que comienza el proceso asistencial.

Desde hace un año, nuestro centro hospitalario es el de referencia de área para la realización de cateterismos cardíacos, esto nos llevó a la elaboración de un protocolo de acogida para el paciente y profesionales que realizan el traslado interhospitalario a la unidad de hemodinámica.

OBJETIVOS:

- Asegurar las condiciones físicas y cubrir las necesidades del paciente en todo momento.

- Facilitar la integración del paciente y personal sanitario que acompaña al mismo.

- Establecer la sistemática de acogida a los pacientes derivados de otros Centros Hospitalarios y a sus acompañantes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Métodos experimentales, resultados de la observación y experiencia diaria de profesionales.

- Se estableció un grupo de trabajo de personal de enfermería y se realizó una revisión de documentación de enfermería publicada en artículos y revistas científicas, así como en distintos centros hospitalarios.

RESULTADOS:

- Mejorar la calidad asistencial y continuidad de cuidados disminuyendo los riesgos asociados y/o derivados del traslado y del procedimiento.

- Mejorar el grado de comprensión e información entre los profesionales.

CONCLUSIONES: Dichas actuaciones proporcionaron beneficios al paciente y al equipo de profesionales, dado que se optimizó la información clínica, se agilizó el acceso a dicha información y se aseguró la continuación de cuidados.

Además, disponer del Protocolo de Acogida ayudó en la orientación del personal de nueva incorporación.

## CORAZONES DEPORTISTAS: UN AVANCE HACIA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA

Abad García M.; Cerecedo Fernández M.; Ortega Fernández L.

Hospital Lucus Augusti

### INTRODUCCIÓN:

En Nuestro Centro Hospitalario se puso en marcha el pasado mes de diciembre de 2014, la Nueva Sala de Rehabilitación Cardíaca de referencia de área sanitaria, espacio que ha sido diseñado para complementar el adecuado tratamiento y recuperación de los pacientes cardiológicos, basado en el ejercicio físico y la educación sanitaria y cuyo objetivo es lograr que tanto los pacientes como su entorno, consigan un mayor control de los factores de riesgo y un estilo de vida saludable. Aunque seamos un equipo de nueva incorporación, hemos puesto todo el empeño y nuestra destreza como profesionales en intentar que este proyecto fuera lo más fructífero posible, aportando todo nuestro compromiso en beneficio de la calidad asistencial.

### OBJETIVOS:

- Exponer la intervención de los profesionales realizada previa, durante y posterior a la puesta en marcha.

- Reconocer las prioridades de los pacientes subsidiarios de recibir Rehabilitación Cardíaca.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

- Métodos experimentales, resultados de la observación y experiencia de profesionales

- Se estableció un grupo de trabajo multidisciplinar y se realizó revisión de documentación publicada en artículos y revistas científicas, así como formación de personal en centros hospitalarios con unidades similares.

RESULTADOS: Revisión transcurridos dos meses del comienzo, obteniendo datos e impresiones directamente, con el fin de adquirir una experiencia propia y para otros centros que se vayan a embarcar en un proceso análogo.

CONCLUSIONES: La experiencia adquirida y dificultades planteadas en el diseño, puesta en marcha y primeros meses de la primera unidad de Rehabilitación Cardíaca en nuestra Comunidad Autónoma, puede servir de modelo para futuras unidades, al mismo tiempo que nos sirve de modelo para impulsar nuevos proyectos.

## ANALISIS DE LOS FACTORES PREDISPONENTES DE LAS COMPLICACIONES VASCULARES DEL CATETERISMO RADIAL EN NUESTRA SALA DE HEMODINAMICA

Basanta Castro M. J.; Ortega Fernández L.; Jiménez Serrano C.; Seco Aldegunde S.; Miranda Castaño S.

Hospital Universitario Lucus Augusti

INTRODUCCION: En los últimos años se ha producido una expansión de la técnica transrradial en los distintos laboratorios de hemodinámica, la cual según los datos publicados en el último registro de la Sección de Hemodinámica y Cardiología intervencionista representa más del 60 % del total de los estudios realizados.

Esta expansión se traduce en una disminución de complicaciones hemorrágicas mayores permitiendo la retirada del introductor vascular en la misma sala de hemodinámica por el personal de enfermería, sin embargo, no está exenta de complicaciones sobre todo en pacientes mayores anti agregados y anti coagulados.

Para ello es importante asegurar una correcta hemostasia para evitar complicaciones vasculares lo cual además de provocar disconfort para el paciente, puede aumentar la estancia hospitalaria.

OBJETIVOS: Valorar la seguridad de compresión estándar de los cateterismos transrradiales los primeros meses de funcionamiento de la sala de hemodinámica

Identificar la Variabilidad inter-observador para la cuantificación de las complicaciones vasculares.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional y prospectivo en el que se incluyeron 100 pacientes sometidos a cateterismo cardiaco mediante acceso radial en nuestro centro. Se elaboró una hoja de recogida de datos en el que se incluyen antecedentes personales, tratamientos previos al estudio, nuevos antiagregantes y tratamiento corticoideo crónico. Datos del procedimiento y estado de la radial previa a la punción, tras la retirada de introductor y a las 24 horas de la misma. Lo novedoso de nuestro estudio a nuestro parecer es la valoración independiente y ciega por parte de 2 enfermeras del estado de la radial el l día del cateterismo y a las 24 horas del mismo.

RESULTADOS: Una compresión eficaz por parte del personal de enfermeria de la sala de hemodinámica, protocolos de enfermeria, acompañados de educación sanitaria minimizan la aparición de hematomas pos-cateterismo radial.

# INFORMACIÓN GENERAL

## LUGAR Y FECHAS DE CELEBRACIÓN

**Viernes 10 y sábado 11 de Junio de 2016**

**Afundación Ferrol**
Praza da Constitución, s/n. 15402 Ferrol
Tel. 981 330 280

## RESTAURACIÓN

### Viernes 10 de junio

21.15 h Tendrá lugar cóctel de bienvenida en Afundación, sede de la reunión

### Sábado 11 de junio

13.30 h Comida de Trabajo en el Restaurante Illas Gabeiras. La organización facilitará el traslado al restaurante desde la sede.

21.30 h Cena del congreso en Exponav.

## CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

| | Hasta el 12/04/2016 | Desde el 13/04/2016 |
|---|---|---|
| Médico Socios SOGACAR | 275 € | 300 € |
| Médico No socios SOGACAR | 350 € | 375 € |
| Médicos de Atención Primaria | 275 € | 300 € |
| Residentes | 175 € | 200 € |
| Enfermería | 150 € | 175 € |

**Solo se formalizarán inscripciones para el personal sanitario especificado en las cuotas. (Exento de iva en virtud del artículo 20.Uno.14º de la Ley 37/1992, del IVA)**

**Ver condiciones en** www.sogacar.com

## HOTELES OFICIALES

| | Habitación individual | Habitación Doble |
|---|---|---|
| Parador de Ferrol | 95 € | 120 € |
| Hotel Carris Ferrol | 86 € | 97 € |

(desayuno y 10% de IVA incluidos)

**Parador de Ferrol**
Plaza do Contralmirante Azarola Gresillón, s/n
15401 Ferrol
Tel. 981 35 67 20

**Hotel Carrís Ferrol**
Calle María, 2
15402 Ferrol
Tel. 981 33 30 73

Ver condiciones en **www.sogacar.com**

La solicitud de inscripciones y reserva de alojamiento se harán únicamente a través de la web **www.sogacar.com**

## ACREDITACIÓN

Solicitada acreditación a la Comisión de Formación Continuada da Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia

COMITÉ DE ACREDITACIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

Actividad acreditada con 6 créditos

## Secretaría técnica

TRAMA solutions

C/ Wenceslao Fernández Flórez 1 - 2º 15005 A Coruña - Tel. 981 902 113
www.tramasolutions.com - info@tramasolutions.com

# PATROCINADORES

## PATROCINADOR ORO

SANOFI

## PATROCINADORES PLATA

AstraZeneca

BAYER

Boehringer Ingelheim

NOVARTIS

## OTROS PATROCINADORES

Bristol-Myers Squibb

Pfizer

LivaNova
Health innovation that matters

Medtronic

SERVIER

## OTROS COLABORADORES

AMGEN

ESTEVE

ferrer

Lacer

GRUPO MENARINI
www.menarini.es

## ORGANIZA

SOCIEDADE GALEGA DE Cardioloxía

## COLABORA

Fitial Galega de Enfermería en Cardioloxía

Secretaría Técnica:

TRAMA solutions

C/ Wenceslao Fernández Flórez 1, 2º - 15005 A Coruña - Tel. 981 902 113
www.tramasolutions.com - info@tramasolutions.com