

630/15. EL ACCESO VENOSO PERIFÉRICO COMO ALTERNATIVA AL FEMORAL PARA REALIZACIÓN DE CATETERISMOS CARDIACOS DERECHOS

Javier González Vela¹, Francisco Alfonso Toré Meléndez¹, Eva María Rodríguez García¹, Clara María García Jarillo¹, María del Mar Sánchez Jiménez¹, Graciella Repullo Cortés¹, Marina Carrasco Campos¹ y Rafael Bravo Marqués²

¹Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ²Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: El cateterismo cardiaco derecho (CCD) es una prueba invasiva imprescindible para el diagnóstico y clasificación de hipertensión pulmonar (HTP). El abordaje venoso anterocubital podría constituir una buena alternativa con respecto al venoso femoral por la posible reducción de complicaciones. Nuestro objetivo es evaluar los beneficios del acceso venoso anterocubital en comparación con el femoral y remarcar el papel de la enfermería en el abordaje de este.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes en los que se realizó CCD en hemodinámica de nuestro centro entre enero de 2019 y abril de 2021. Analizamos características clínicas, vías de acceso y parámetros de fluoroscopia, y complicaciones en el procedimiento.

Resultados: Se estudiaron 65 pacientes, con una edad media de 66 ± 10 años. La indicación del 89% CCD fue para diagnóstico/estratificación de riesgo de HTP. El abordaje venoso que se realizó fue un 71% de los casos por venas anterocubitales (el 49% vena basilíca y el 22% vena cefálica) realizado en su mayoría por enfermería de hemodinámica, mientras que el femoral fue del 29% realizada por especialistas en cardiología. Observamos una mayor reducción de la dosis de radiación en los CCD por vía anterocubital que en aquellos por acceso femoral (4,5 Gy·cm² [RIQ: 4,5] frente a 12,18 Gy·cm² [RIQ: 8,18]; p < 0,001) y en los tiempos de fluoroscopia (2,7 min [RIQ: 2,6] frente a 4,7 min [RIQ: 5,2]; p = 0,001). No se observaron complicaciones por las diferentes vías de acceso.

Conclusiones: Los CCD realizados por acceso venoso periférico presentan reducción de tiempos de fluoroscopia y dosis de radiación. En los realizados por vía anterocubital, la enfermería tiene un papel importante por sus habilidades para la canalización de estas.

630/16. FACTORES ASOCIADOS A LA DECISIÓN DE NO ANTICOAGULAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN ACTIVO, FIBRILACIÓN AURICULAR Y RIESGO ALTO DE EVENTOS EMBÓLICOS SEGÚN LA ESCALA CHA₂DS₂VASC. UN ANÁLISIS DEL REGISTRO CANAC-FA

María Inmaculada Fernández Valenzuela¹, Marinela Chaparro Muñoz¹, Inara María Alarcón de la Lastra Cubiles², Alberto Piserra Fernández De Heredia³, Arancha Díaz Expósito⁴, Magdalena Carrillo Bailén⁵, Alejandro Pérez Cabeza⁴, Javier Torres Llergo⁵, José Javier Sánchez Fernández² y Martín Ruiz Ortiz³

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: El objetivo del trabajo fue investigar el manejo antitrombótico en pacientes con cáncer de pulmón

activo y fibrilación auricular (FA) y analizar los factores asociados a la decisión de no anticoagular.

Métodos: Se analizaron datos del registro CANAC-FA, un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se seleccionaron pacientes con cáncer de pulmón activo (< 1 año del diagnóstico) y FA entre enero 2017 y diciembre 2019. Se analizó la indicación de anticoagulación valorada por la escala CHA₂DS₂VASc (0, riesgo bajo, 1, intermedio, y ≥ 1, alto si varón, o 1, 2 y ≥ 2, si mujer) y los factores asociados a no anticoagular en pacientes de alto riesgo tromboembólico.

Resultados: Se incluyeron 255 pacientes. Se anticoaguló al 40, 74 y 88% de los pacientes con riesgo bajo, intermedio y alto, respectivamente. En los pacientes de riesgo alto, la decisión de no anticoagular se asoció con la arteriopatía periférica, el menor índice de Charlson, la FA no permanente, la antiagregación, la no prescripción de inhibidores de la bomba de protones y la ausencia de anticoagulación previa (p < 0,05). En el análisis multivariado, la arteriopatía periférica (OR: 6,50 [1,88-22,50]); la FA no permanente (OR: 4,56 [1,50-13,92]), el índice de Charlson (OR: 0,81 [0,65-0,99]) y la ausencia de anticoagulación previa (OR: 176,93 [34,18-915,93]) fueron predictores independientes de no recibir anticoagulantes (p < 0,05).

Conclusiones: En nuestro estudio, la decisión de no anticoagular a pacientes con cáncer de pulmón activo y FA se asoció de forma independiente a la arteriopatía periférica, a la FA no permanente, al menor índice de Charlson y a la ausencia de anticoagulación previa.

630/17. PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y CÁNCER HEMATOLÓGICO ACTIVO: DATOS DE PACIENTES EN «VIDA REAL» DEL REGISTRO CANAC-FA

María Inmaculada Fernández Valenzuela¹, Marinela Chaparro Muñoz¹, Inara María Alarcón de la Lastra Cubiles², Alberto Piserra Fernández De Heredia³, Arancha Díaz Expósito⁴, Magdalena Carrillo Bailén⁵, Alejandro Pérez Cabeza⁴, Javier Torres Llergo⁵, José Javier Sánchez Fernández² y Martín Ruiz Ortiz³

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Centro de Salud Puerta de Tierra, Cádiz. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: El pronóstico cardiovascular en pacientes con cáncer hematológico activo y fibrilación auricular (FA) es poco conocido. Nuestro objetivo fue analizar el perfil clínico y la incidencia de eventos cardiovasculares en esta población.

Métodos: Se utilizó el registro CANAC-FA, un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se seleccionaron pacientes con FA y leucemia linfática crónica (LLC) o mieloma múltiple (MM), con necesidad de tratamiento específico, revisados en hematología entre enero de 2017 y diciembre de 2019, con seguimiento hasta diciembre de 2021. Se analizó el perfil clínico y la incidencia de sangrado mayor, eventos cardiovasculares (ingreso hospitalario o muerte por causa cardiovascular) y muerte por todas las causas.

Resultados: De 1.189 pacientes revisados, 81 presentaban cáncer hematológico activo y FA (56% varones, edad media de 75 ± 8 años). El 41% presentaban LLC y el 59% MM. El 64% eran hipertensos, el 36% dislipémicos, el 36% diabéticos y el 19%

fumadores. El índice Charlson, CHA2DS2VASc y HAS-BLED fue de $5,3 \pm 1,7$, $3,4 \pm 1,5$ y $2,4 \pm 1,1$, respectivamente. Se indicó anticoagulación al 85,2% de los pacientes: anticoagulantes directos (42%), heparina de bajo peso molecular (13,6%) y antagonistas de la vitamina K (29,6%). Tras un seguimiento de 59 meses, la incidencia acumulada de eventos a 1, 2 y 3 años fue del $1,2 \pm 1,2$, $1,2 \pm 1,2$ y $3,5 \pm 2,5\%$ para sangrados mayores; del $11,6 \pm 3,7\%$, $11,6 \pm 3,7$ y $17,2 \pm 5,3\%$ para eventos cardiovasculares, y del $27,6 \pm 5\%$, $41,5 \pm 6,3$ y $51,3 \pm 6,9\%$ para muerte por todas las causas.

Conclusiones: La incidencia acumulada de eventos cardiovasculares fue relativamente alta en pacientes de “la vida real” con cáncer hematológico activo y FA, lo cual sugiere la necesidad de estrategias preventivas más efectivas.

630/18. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO AMBULATORIO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA (MAIC): A PROPÓSITO DE UN CASO

Lourdes Fernández Ávila, Begoña Rincón Arteaga, Amelia Torres Gómez, Ana López Sánchez, Margarita Ruíz Sierra, Rafael García Toro, Ernesto Chacón Moguer y Paula Fernández Correro

Hospital de Alta Resolución de Utrera, Utrera, Sevilla.

Introducción y objetivos: Varón de 43 años diagnosticado de IC, con FEVI 30%, escala NYHA III y pro-BNP 185 pg/ml. Fumador y bebedor moderado. Realiza dieta normal y vida sedentaria. No presenta DM ni HTA. No RAM. El objetivo fue mejorar la calidad de vida mediante un programa de actuación multidisciplinar denominado Manejo Ambulatorio de la Insuficiencia Cardíaca (MAIC), en el que enfermería desempeña un trabajo educativo con el fin de fomentar el autocuidado, garantizar la continuidad asistencial y optimizar los recursos.

Métodos: Inclusión del paciente con IC en el programa MAIC desde la consulta de cardiología para el seguimiento y realización de un plan de cuidados individualizado, incluyendo un seguimiento programado y a demanda durante 1 año de manera presencial y no presencial.

Resultados: Paciente incluido en programa MAIC en enero de 2021 con NT-proBNP inicial de 185 pg/ml y escala NYHA III. Alta del programa al año con NT-proBNP de 87 pg/ml y escala NYHA II. Modificación de dieta, deshabituación tabáquica y alcohólica, asesoramiento sexual y psicológico, y adquisición de hábitos saludables.

Conclusiones: El abordaje multidisciplinar ha permitido mayor adherencia al tratamiento farmacológico, disminución de síntomas de la IC y conocimiento de uso de hábitos de vida saludables. Enfermería ha demostrado ser un recurso indispensable y efectivo para el desarrollo de habilidades de autocuidado de nuestro paciente. El alta a atención primaria se ha producido asegurando una fase de estabilidad para el paciente.

630/20. ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN ADULTOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA. DATOS DEL REGISTRO ANDALUZ (RACCA)

Amadeo José Wals Rodríguez¹, Carlos Palacios Castillo¹, Raquel Ladrón Abia¹, Rocío Parrilla Linares², Rocío García Orta², Eduardo Moreno Escobar³, Juan Robledo Carmona⁴, María José Rodríguez Puras¹ y Pastora Gallego¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital

Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: Las cardiopatías congénitas(CC) suponen el principal sustrato anatómico de endocarditis infecciosa(EI) en población joven, siendo la incidencia documentada de EI en esta población más elevada que en la población general. El objetivo fue analizar las características de los pacientes con CC y EI, y buscar factores asociados a mortalidad y recurrencia.

Métodos: En una cohorte de 71 pacientes multicéntrica (RACCA) seguidos 7 ± 5 años, se analizan retrospectivamente datos demográficos, variables clínicas, de imagen y microbiológicas. La supervivencia entre los grupos se comparó mediante *log rank*. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

Resultados: De 4.328 pacientes del RACCA, 71 presentaron EI (1,64%). El 36,6% eran mujeres. La edad mediana fue 41 (IQ 30-53). El 60% tenía reparación de la cardiopatía, un 52% tenía material protésico y un 38% lesiones residuales. Nueve pacientes tenían cardiopatía cianósante. Los defectos más frecuentes fueron la valvulopatía izquierda ($n = 21$) y los defectos septales atrioventriculares ($n = 17$). La localización más frecuente era sobre válvula nativa aórtica ($n = 28$). La supervivencia libre de recurrencias a 20 años fue del 91,4%, y esta tuvo una relación significativa con la presencia de insuficiencia renal (IR) ($p = 0,01$). La mortalidad a 20 años fue del 8,6%, y esta tuvo una relación significativa con IR y sepsis ($p < 0,05$).

Conclusiones: En nuestra cohorte, la EI es más frecuente en pacientes de mediana edad, varones, sobre válvula aórtica nativa. IR y sepsis durante el episodio de endocarditis se relacionan con una mayor mortalidad en la EI asociada a CC.

630/21. ¿SON DISTINTAS LAS MUJERES CUANDO HACEN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA?

María José López Marco¹, María del Mar Martínez Quesada², Laura Prieto Valiente¹ y Rafael J. Hidalgo Urbano²

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La mortalidad y complicaciones de la CI es mayor en las mujeres. Esto se atribuye a presentación distinta, mayor comorbilidad, retraso en el diagnóstico y tratamiento. La derivación e inclusión de estas en los PRC también es menor que en los varones. Hicimos un análisis comparativo de las características basales y resultados de pacientes que realizan un programa de RC en función del género.

Métodos: Analizamos una cohorte de pacientes que realizaron el PRC en un hospital de tercer nivel en los años 2020-2022. Se valoraron las características demográficas y clínicas. Al finalizar el programa, se realizaba una valoración final clínica, analítica y con ergometría para evaluar los resultados del programa.

Resultados: Se incluyen 416 pacientes. Varones el 85%, edad 56 ± 9 años, diabéticos 27%, fumadores 58%, AP 12 y SCA reciente el 88,7% e IC 6,55. Edades, diabéticos, fumadores, CI precoz, AP y patología cardíaca, similares. Las mujeres mostraron peor puntuación en el cuestionario de calidad de vida SF36 ($49,2 \pm 19$ frente a $57,6 \pm 21$; $p = 0,006$) y peor capacidad funcional en la EI ($6,2 \pm 2,5$ MET frente a $7,6 \pm 3$ MET; $p = 0,000$). Los resultados fueron equiparables, en la capacidad funcional y calidad de vida. Tenían buen control de PA, LDL y de HbA1c, sin diferencias significativas entre sexos.

Conclusiones: Las mujeres que se incluyen en programas de RC tienen un perfil clínico similar a los varones. Aunque inicialmente tienen mayor afectación de su calidad de vida y ca-