



1.3. Premio Enfermería «Enf. Rojas Álvarez»

Primer lugar

1.3.1. Atención estructurada de enfermería y recurrencia tras ablación por catéter de fibrilación auricular: metaanálisis de ensayos aleatorizados

Sauceda-Bernal Claude Anaeli, Cervantes-López María Fernanda, Sánchez-Castañeda Merari Yareth, Montes de Oca-Saucedo Carlos Roberto
Departamento de Histología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

Introducción: la recurrencia de arritmias auriculares después de la ablación por catéter de fibrilación auricular es frecuente. Revisiones previas evaluaron estilo de vida y factores de riesgo, pero no se centraron en programas con un papel de enfermería explícito y central. No se ha publicado una síntesis exclusiva de ensayos aleatorizados. **Objetivo:** evaluar el efecto de intervenciones estructuradas lideradas o coordinadas por enfermería en la recurrencia auricular documentada en adultos sometidos a ablación de fibrilación auricular. **Material y métodos:** se realizó una revisión sistemática y metaanálisis conforme a PRISMA 2020, registrada en PROSPERO (CRD420261466906). Se buscaron ensayos aleatorizados en PubMed, Scopus, Web of Science, CENTRAL y ClinicalTrials.gov hasta julio de 2026, con programas de enfermería explícita y central frente a atención habitual. El desenlace primario fue la recurrencia auricular documentada. Al ser un metaanálisis de datos publicados, no requirió aprobación de un comité de ética propio; cada ensayo incluido contó con la aprobación de su comité y se condujo conforme a las buenas prácticas clínicas. **Análisis estadístico:** los desenlaces dicotómicos se sintetizaron mediante riesgos relativos con intervalos de confianza de 95%, con un modelo de efectos aleatorios y máxima verosimilitud restringida e inferencia de Hartung-Knapp. La heterogeneidad se cuantificó mediante I^2 y τ^2 . Como sensibilidad se aplicó DerSimonian-Laird, excluyendo

ensayos de alto riesgo de sesgo. El riesgo de sesgo se evaluó con RoB 2 y la certeza con GRADE. **Resultados:** se incluyeron seis ensayos aleatorizados; cuatro aportaron datos compatibles de recurrencia a seis o 12 meses (332 participantes) y dos se sintetizaron narrativamente. La recurrencia auricular ocurrió en 25 de 167 participantes de la intervención y en 53 de 165 controles. La estimación agrupada favoreció a la atención estructurada, aunque no concluyente (riesgo relativo 0.48; IC95% 0.20-1.16; $p = 0.077$; $I^2 = 32\%$). Dos ensayos presentaron alto riesgo de sesgo y la certeza fue baja (Figura 1.3.1.1). **Conclusiones:** las intervenciones estructuradas con participación central de enfermería podrían reducir la recurrencia auricular tras la ablación, aunque la magnitud real del efecto permanece incierta. Estos hallazgos respaldan su potencial como complemento del seguimiento postablación. Se requieren ensayos de mayor tamaño, con monitorización uniforme del ritmo y análisis por intención de tratar.

Segundo lugar

1.3.2. Manejo de las dosis de heparina en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular con y sin circulación extracorpórea en un hospital de tercer nivel

Martínez-García Irma, Rodríguez-Rodríguez María de Lourdes, Morales-Cruz Margarito
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Ciudad de México, México.

Introducción: el uso de la anticoagulación juega un papel vital en diferentes enfermedades y procedimientos quirúrgicos cardiovasculares. Al respecto, la heparina es la droga empleada con este objetivo. Especialmente, en la circulación extracorpórea se requiere anticoagulación completa, la cual se logra con la administración de heparina no fraccionada a dosis inicial de 300 U/kg. No obstante,

Recurrencia auricular documentada después de la ablación por catéter

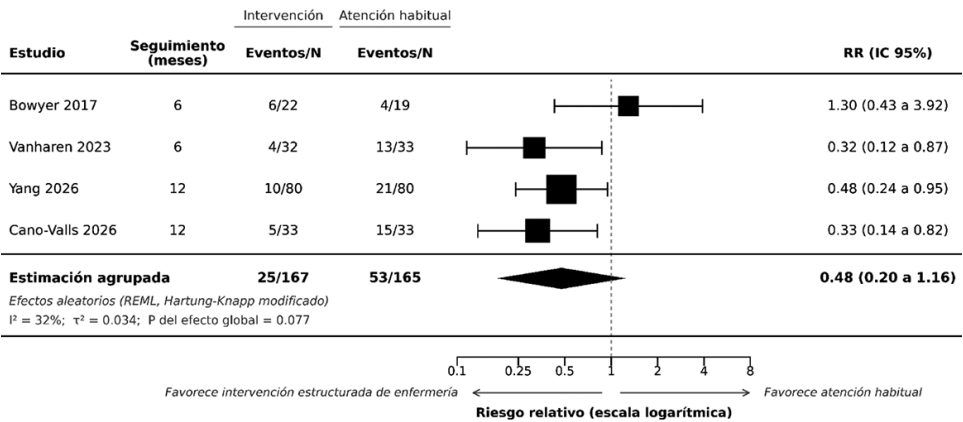


Figura 1.3.1.1:

Metaanálisis de la recurrencia auricular documentada después de la ablación por catéter. Bowyer y Yang reportaron fibrilación auricular; Cano-Valls, fibrilación auricular o aleteo auricular; y Vanharen, fibrilación auricular, aleteo auricular o taquicardia auricular.

puede existir variabilidad en el requerimiento, que puede determinarse por factores como edad, género, superficie corporal, niveles de ATIII y el origen de la heparina utilizada. Además, se podría requerir una dosis de refuerzo durante el procedimiento para reponer la heparina que van metabolizando y mantener la inhibición de la ATIII. Por ende, es relevante monitorizar el uso de la heparina para evitar la coagulación del circuito extracorpóreo y lograr los niveles de tiempo de coagulación activada deseados. **Material y métodos:** estudio de tipo observacional, longitudinal, cohorte, retrospectivo, analítico, que se realizó con pacientes adultos sometidos a cirugía cardiovascular programada con y sin circulación extracorpórea, en un hospital de tercer nivel entre junio de 2025 y junio de 2026, que recibieron heparina como anticoagulante intraoperatorio y tenían medición del tiempo de coagulación activada. Se excluyeron pacientes con coagulopatías congénitas, anticoagulados previamente con heparinas de bajo peso molecular o anticoagulantes orales sin suspensión adecuada, con insuficiencia hepática severa. Se eliminaron los casos que fallecieron durante el procedimiento quirúrgico y pacientes con expediente incompleto. Se obtuvo información de los expedientes clínicos sobre sexo, edad, estado de salud, tipo de heparina, dosis, tiempo de coagulación activada, tipo de cirugía cardiovascular, uso de circulación extracorpórea, reversión del efecto

Tabla 1.3.2.1: Principales resultados de los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular.

Variable	N=75	%
Sexo		
Masculino	43	57.3
Femenino	32	42.7
Circulación extracorpórea		
Sí	71	94.7
No	4	5.3
Tipo de cirugía realizada		
Selectiva	54	72.0
Compleja	8	10.7
Urgencia	6	8.0
Congénita	4	5.3
Reintervención	3	4.0
Estado de salud		
Enfermedad leve sin limitación fur	49	65.3
Enfermedad sistémica severa	22	29.3
Enfermedad que amenaza la vida	4	5.4
Tipo de heparina utilizada		
No fraccionada	74	98.7
Fraccionada	1	1.3
Dosis		
100 U/kg	4	5.4
200 U/kg	46	61.3
300 U/kg	25	33.3
Reversión del efecto de heparina		
Protamina	72	96.0
Otro	3	4.0
Complicación hemorrágica		
Sí	4	5.3
No	71	94.7

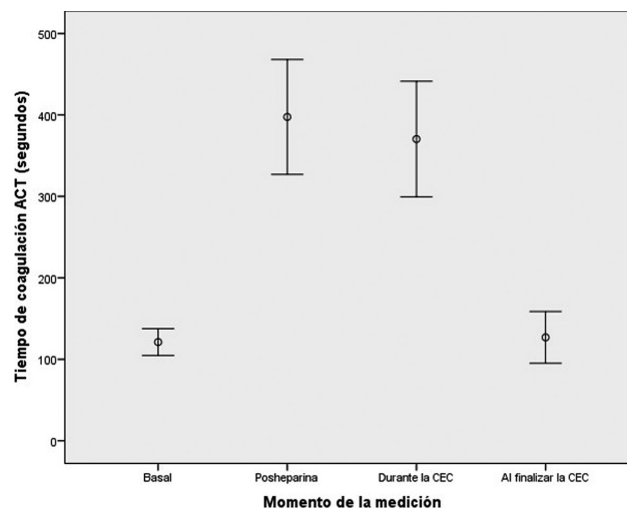


Figura 1.3.2.1: Tiempo de coagulación ACT (segundos).

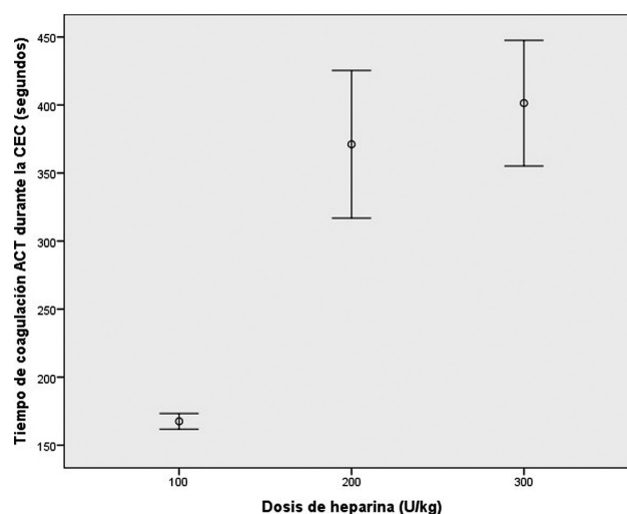


Figura 1.3.2.2: Tiempo de coagulación ACT durante la CEC (segundos).

de heparina, complicaciones, tiempo quirúrgico, sangrado. **Análisis estadístico:** para el análisis descriptivo se utilizaron porcentajes, media y desviación estándar. Para el análisis inferencial y comparar el grupo de pacientes con y sin circulación extracorpórea, se utilizó la prueba χ^2 y t de Student, considerando un valor p menor a 0.05 como estadísticamente significativo. Además, se utilizó la correlación de Pearson para evaluar la relación de la dosis de heparina con el valor de tiempo de coagulación activada. Resultado: la muestra contempló 75 pacientes, 57.3% del sexo masculino, media de 61.7 años, con circulación extracorpórea (94.6%), con cirugía selectiva (72%), con enfermedad leve sin limitaciones funcionales (65.3%) (Tabla 1.3.2.1). Se utilizó heparina no fraccionada en 98.7%, a dosis de 200 U/kg en 61.3%, 300 U/kg en 33.3% y de 100 U/kg en 5.4%. Se realizó reversión del efecto de heparina con protamina en 96%. En la monitorización de la coagulación mediante el tiempo

de coagulación activada, se observó media basal de 121 segundos, postheparina media de 398, durante la circulación extracorpórea media de 370 segundos y al final del procedimiento de media de 127, con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.001$), manteniendo el valor del tiempo de coagulación activada durante la circulación extracorpórea. La correlación de Pearson de la dosis de heparina utilizada con el tiempo de coagulación activada postheparina fue de 0.40 ($p = 0.001$), durante la circulación extracorpórea de 0.54 ($p = 0.001$) y al finalizar el procedimiento de 0.06 ($p = 0.63$), demostrando que a mayor dosis fue mayor el tiempo de coagulación sostenido durante el procedimiento. Las complicaciones hemorrágicas se presentaron sólo en 5.3% de los pacientes, con una media de sangrado de 1,061 mL y de tiempo quirúrgico 313 minutos (*Figuras 1.3.2.1 y 1.3.2.2*). **Conclusiones:** las dosis estandarizadas de heparina guiadas por la monitorización del tiempo de coagulación activada son suficientes para inducir anticoagulación adecuada, reduciendo los efectos adversos de la heparina sobre la fibrinólisis y la función plaquetaria, lo que potencialmente se traduce en menor sangrado postoperatorio y menos transfusiones.

Tercer lugar

1.3.3. Transposición de grandes arterias: cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato. Reporte de caso clínico

Puerto-Amaya Arely,* Cámara-Herrera Raquel,* Gil-Contreras José†
* Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán IMSS-Bienestar. Mérida, Yucatán, México. † Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, Yucatán, México.

Introducción: la transposición de las grandes arterias (TGA) es una cardiopatía congénita (CC) caracterizada por una discordancia entre la aorta y el tronco pulmonar. En la dextrotransposición de las grandes arterias (d-TGA), la aorta nace del ventrículo derecho y el tronco pulmonar del ventrículo izquierdo, los cuales son incompatibles con la vida a menos que exista una derivación. Este defecto requiere de una corrección quirúrgica urgente conocida como *switch* arterial o Jatene. El periodo postoperatorio inmediato representa una etapa de alta complejidad debido a las complicaciones, lo que requiere vigilancia especializada de enfermería. **Descripción del caso:** recién nacido masculino de 27 días con diagnóstico de d-TGA, foramen oval restrictivo, persistencia del conducto arterioso (PCA) y coartación aórtica (CoAo). Ingresó con cianosis generalizada, SaO_2 50% y lactato sérico de 5.9 mmol/L. El diagnóstico se confirmó mediante ecocardiografía transtorácica. Se realizó operación de Jatene con cierre del conducto arterioso, con un tiempo de CEC de 266 minutos y PAo de 241 minutos. En el postoperatorio inmediato permaneció con ventilación mecánica, monitorización invasiva, soporte con adrenalina y levosimendán, marcapasos temporal y drenajes mediastinales. Presentó disfunción ventricular transitoria, alteraciones hidroelectrolíticas y vasoespasmio arterial periférico.

Tabla 1.3.3.1: Propuesta de cuidado 2026 en el postquirúrgico inmediato de TGA. SWITCH Care Bundle.
Elaboración propia.

SIGLA	FUNDAMENTO FISIOPATOLOGICO	DATOS DE ALARMA	INTERVENCIONES PRIORITARIAS DE ENFERMERIA
S - SYSTEMIC PERFUSION (Perfusión sistémica)	El miocardio puede presentar depresión transitoria secundaria a la circulación extracorpórea y al tiempo de isquemia. La acidosis láctica y las alteraciones del flujo coronario disminuyen el gasto cardíaco y comprometen la perfusión tisular y renal.	<ul style="list-style-type: none">• PAM < 40 mmHg o descenso progresivo con signos de hipoperfusión.• Lactato > 4 mmol/L, persistente o aclaramiento insuficiente.• Diuresis < 1 mL/kg/h por 3 horas.• Extremidades frías.• Relleno capilar > 3 segundos.• Pulso débil o asimétrico.	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar PAM de forma continua.• Valorar estado de aleta, coloración, temperatura periférica, pulsos y relleno capilar.• Cuantificar diuresis horaria y tendencia del lactato.• Optimizar volemia y perfusión según indicación médica.• Notificar cambios hemodinámicos y respuesta al tratamiento.• Mantener temperatura corporal > 36 °C.
W - WOUND & BLEEDING (Herida y sangrado)	La circulación extracorpórea genera coagulopatía y disfunción plaquetaria. El sangrado postoperatorio puede deberse a alteraciones hemostáticas, al sitio quirúrgico o a complicaciones mecánicas, mientras que la ausencia súbita de drenaje puede sugerir obstrucción o taponamiento.	<ul style="list-style-type: none">• Drenaje > 3 mL/kg/h en 1 hora o > 3 mL/kg/h sostenido por 3 horas.• Aumento súbito del sangrado.• Sangrado a través de la herida o del apósito.• Ausencia súbita de drenaje (sospecha de obstrucción/taponamiento).• Hipotensión o taquicardia asociadas al sangrado.• TP o TTP prolongados; hemoglobina en descenso.	<ul style="list-style-type: none">• Cuantificar drenajes por hora y registrar tendencia.• Revisar apósitos, herida, conexiones y permeabilidad del sistema.• Correlacionar el sangrado con PAM, frecuencia cardíaca y perfusión.• Confirmar funcionamiento de los drenajes y avisar ante sospecha de taponamiento.• Solicitar y preparar hemoderivados según indicación.• Mantener compresión local si se indica y documentar el evento.
I - INOTROPES, VASOPRESSORS & INFUSIONS (Inotrópicos, vasopresores e infusiones)	En el postoperatorio inmediato puede existir bajo gasto cardíaco transitorio y vasoplejía, por lo que con frecuencia se requiere soporte con inotrópicos y fármacos vasoactivos mientras se recupera la función miocárdica. La seguridad del acceso y de las bombas de infusión es esencial.	<ul style="list-style-type: none">• Hipotensión refractaria pese a expansión de volumen.• Taquicardia importante o arritmias asociadas al tratamiento.• Extravasación o disfunción del acceso venoso.• Disminución del gasto urinario con incremento del lactato.• Signos de hipoperfusión a pesar de soporte vasoadictivo.• Ajustes crecientes de dosis sin mejoría clínica.	<ul style="list-style-type: none">• Verificar dosis, compatibilidad y vía exclusiva para infusión.• Asegurar el uso correcto de bombas de infusión y sus alarmas.• Dobutamina / noradrenalina: vigilar FC, PAM, relleno capilar y perfusión.• Milrinona / levosimendán: vigilar hipotensión y respuesta hemodinámica.• Vigilar el sitio de inserción, dolor, edema y velocidad de infusión.• Reevaluar perfusión tras cada ajuste y comunicar la respuesta al equipo médico.
T - TEMPERATURE / VENTILATOR (Temperatura y ventilación)	La hipotermia favorece la coagulopatía y aumenta la resistencia vascular sistémica durante el postoperatorio. La hipovolemia, el aumento del esfuerzo respiratorio y la alteración del patrón ventilatorio pueden comprometer el gasto cardíaco y la oxigenación tisular.	<ul style="list-style-type: none">• Temperatura < 36 °C o > 37.5 °C.• SaO_2 < 92%.• PaCO_2 > 45 mmHg o < 35 mmHg.• Hipovolemia persistente.• Presiones elevadas del ventilador.• Disminución del volumen corriente.	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar temperatura de forma continua y mantener normotermia.• Prevenir hipotermia durante el postoperatorio.• Vigilar parámetros del ventilador y gasometría arterial.• Aspirar secreciones con técnica estéril cuando esté indicado.• Mantener cabecera elevada 30° y valorar sincronía paciente-ventilador.• Identificar edema o desplazamiento del tubo y notificar cambios.
C - CORONARY PERFUSION & CARDIAC RHYTHM (Perfusión coronaria y ritmo cardíaco)	La operación de Jatene transfiere el origen de ambas arterias coronarias; durante el postoperatorio puede existir edema, vasoespasmio o disfunción coronaria. Además, el edema del sistema de conducción y las alteraciones hidroelectrolíticas favorecen trastornos del ritmo, especialmente durante las primeras 24-72 horas.	<ul style="list-style-type: none">• Taquicardia o bradicardia persistente.• Bloqueo auriculoventricular de novo.• Elevación o descenso del segmento ST.• Taquiarritmia supraventricular o ventricular.• Hipotensión asociada a arritmias.• Incremento progresivo del lactato o deterioro de la perfusión.	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar ECG de forma continua e identificar cambios del ST o del ritmo.• Correlacionar la arritmia con PAM, perfusión periférica, lactato y diuresis.• Vigilar niveles de potasio, calcio y magnesio.• Mantener normotermia y adecuada oxigenación.• Reducir estímulos ante arritmias y preparar antitármacos según indicación.• Verificar marcapasos temporal: frecuencia programada, captura eléctrica y captura mecánica.
H - HYDRATION & HOMEOSTASIS (Hidratación, homeostasis y alteraciones metabólicas)	La circulación extracorpórea produce respuesta inflamatoria sistémica, fuga capilar y alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base. La disminución del gasto cardíaco, el uso de diuréticos y los cambios hormonales favorecen hiperglucemia, disnatremias y trastornos del potasio y del calcio.	<ul style="list-style-type: none">• Balance hídrico positivo > 10%.• Diuresis < 1 mL/kg/h.• Hipocalemia < 3.5 mEq/L o hipertalemia > 5.5 mEq/L.• Hipocacemia iónica < 1.1 mmol/L.• Hiperglucemia > 180 mg/dL o hipoglucemia < 60 mg/dL.• Hiponatremia < 130 mEq/L o hipernatremia > 150 mEq/L.	<ul style="list-style-type: none">• Registrar ingresos y egresos por hora.• Cuantificar diuresis, drenajes y balance acumulado; vigilar edema.• Administrar líquidos y electrolitos según indicación médica.• Corregir glucemia conforme a protocolo institucional.• Vigilar función renal y tendencia de electrolitos / gasometría.• Evitar sobrecarga hídrica y reevaluar continuamente el estado metabólico.

S	SYSTEMIC PERFUSION (Perfusión sistémica) <ul style="list-style-type: none"> PAM 40–50 mmHg Lactato < 2 mmol/L Llenado capilar ≤ 2–3 seg Diuresis > 1 mL/kg/h Pulsos periféricos presentes
W	WOUND & BLEEDING (Herida y sangrado) <ul style="list-style-type: none"> Sello mediastinal 1–3 mL/kg/h. Alarma: > 5 mL/kg/h Vigilar taponamiento Evaluar herida quirúrgica
I	INOTROPES, VASOPRESSORS & INFUSIONS (Inotrópicos, vasopresores e infusiones) <ul style="list-style-type: none"> Verificar dosis y compatibilidad Vigilar efectos adversos Permeabilidad de accesos Bombas de infusión seguras
T	TEMPERATURE & VENTILATION (Temperatura y ventilación) <ul style="list-style-type: none"> Temp. 36.5–37.5 °C SatO₂ 92–98% PaCO₂ 35–45 mmHg pH 7.35–7.45 Evitar hipo/hipertermia, hipoxia e hipercapnia
C	CORONARY PERFUSION & CARDIAC RHYTHM (Perfusión coronaria y ritmo cardíaco) <ul style="list-style-type: none"> Vigilar arritmias (JET, BAV, EV, TSV) ECG continuo Signos de isquemia miocárdica Marcapaso temporal externo (Verificar captura, sentido y conexiones)
H	HYDRATION & HOMEOSTASIS (Hidratación y homeostasis) <ul style="list-style-type: none"> Balance hídrico horario Electrolitos: K⁺ 3.5–5.0, Ca²⁺ 1.1–1.3, Mg²⁺ 1.7–2.4 mg/L Glucosa 80–180 mg/dl

Figura 1.3.3.1: SWITCH Care Bundle.

Fuente: elaboración propia.

Material y métodos: reporte de caso retrospectivo observacional basado en la revisión del expediente clínico y análisis de intervenciones de enfermería durante el postoperatorio inmediato. Se realizó búsqueda bibliográfica en PubMed, Cochrane

Library, SciELO y literatura especializada utilizando palabras clave (TGA, switch arterial, Jatene, cuidados de enfermería y postoperatorio cardíaco inmediato). **Resultados y conclusiones:** las intervenciones de enfermería enfocadas en la vigilancia hemodinámica y respiratoria, control metabólico, manejo del dolor y prevención de infecciones favorecieron la evolución clínica del paciente. A partir de los cuidados postoperatorios inmediatos, se propuso una herramienta denominada SWITCH Care Bundle (Tabla 1.3.3.1 y Figuras 1.3.3.1 y 1.3.3.2), para sistematizar el cuidado especializado de enfermería en neonatos sometidos a cirugía de Jatene.

FECHA: 28.10.2020											
EDAD: 27 DÍAS		SEXO: MASCULINO		PESO: 2.920 KG		TALLA: 50 CM		SC: 0.19			
TIPO DE ESTUDIO: ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO											
MOTIVO DEL ESTUDIO: TGA + FOP RESTRICTIVO											
SE REALIZÓ ECO TRANSTORÁCICO CON LOS SIGUIENTES HALLAZGOS:											
MEDICIONES DE LAS ESTRUCTURAS CARDÍACAS Y FUNCIÓN VENTRICULAR											
AD	19X23	mm	RPI	6	mm	2.09	GDPP	3	mm	RAIZ	mm
AI	14X21	mm	RPD	9	mm	4.1	VTD	6	mm	UST	mm
TRICUS.	18	mm	1.88	PAVD			VTS	1	mm	Ao Asc	9
MITRA	12	mm	0.28	DVD			FE	91	%	Ao TRAS	5
Vso	10	mm	4.16	DDVI	15	mm	FA	59	%	ITSMO	5
V pulm	9	mm	1.21	DSVI	6	mm	PSAP	50	mmHg	Ao ABDO	8
TAP	9	mm	0.88	GDS	4	mm	PAMP		mmHg		
VENTRÍCULO IZQUIERDO				VENTRÍCULO DERECHO				V. DERECHO		V. IZQUIERDO	
TEI				0.27				T DES E		97	
MAPSE/TAPSE				10				ONDA E		86	
Dp/Dt								ONDA A		103	
lexc								ONDA E'		9	
SÍMPS				VTD 3ML, VTS 1ML, FE 86%.				ONDA A'		11	
M.ASA (GR)								ONDA S		9	
DERECHO				REL E/A= 0.8 REL E'/A'= 0.8 REL E/E'= 9.6				VEL S		VEL S	
IZQUIERDO				REL E/A= 1.3 REL E'/A'= 1.3 REL E/E'= 11.8				264		214	
				VENTRÍCULO DERECHO: ARFA F. = 0.51				7.1		3.5	
DESCRIPCIÓN											
SITUS: SOLITUS CON LEVOCARDIA											
CONEXIÓN AURICULOVENTRICULAR: CONCORDANTE											
CONEXIÓN VENTRICULOARTERIAL: DISCORDANTE											
POSICIÓN DE ANILLOS VASCULARES DE GRANDES VASOS: ANORMAL. ANILLO AÓRTICO NACE DEL VENTRÍCULO DERECHO Y ANILLO PULMONAR DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO											
RETORNO VENOSO SISTÉMICO: NORMAL											
RETORNO VENOSO PULMONAR: NORMAL											
AURÍCULA DERECHA: CRECIDA											
AURÍCULA IZQUIERDA: NORMAL											
VÁLVULA TRICÚSPIDA: INSUFICIENCIA LEVE FUNCIONAL, CON GRADIENTE MÁXIMO DE 45 MMHG											
VÁLVULA MITRAL: NORMAL											
VENTRÍCULO DERECHO: CRECIDO E HIPERTRÓFICO											
VENTRÍCULO IZQUIERDO: PRESENCIA DE CUERDA TENDINOSA EN REGIÓN APICAL. MASA VENTRICULAR DE 8.67 GR. INDEXADO 45 GR/M2SC											
VÁLVULA AÓRTICA: TRIVALVA, NORMOFUNCIONANTE. PATRÓN CORONARIO APARENTEMENTE HABITUAL											
VÁLVULA PULMONAR: CON INSUFICIENCIA MÍNIMA, TRONCO SIN ALTERACIONES, RAMAS PULMONARES CONFLUYENTES											
SEPTUM INTERAURICULAR: FORAMEN OVAL DE 3 MM, CON CORTO CIRCUITO BIDIRECCIONAL, GTE MEDIO DE 2.55 MMHG.											
SEPTUM INTERVENTRICULAR: INTEGRAL											
ARCO AÓRTICO: IZQUIERDO, CON PRESENCIA DE DOS ACCDAMIENTOS: ANILLO DE AORTA TRANSVERSA Y A NIVEL DEL ISTMO (VER Z-SCORE), SIN OBTENERSE GRADIENTE OBSTRUCTIVO, PRESENCIA DE CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE CON BCCA PULMONAR DE 3 MM, AÓRTICA 3 MM Y LONGITUD DE 7 MM, CON CORTO CIRCUITO DE DERECHA A IZQUIERDA.											
I. TRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS (D-TGA)											
II. FORAMEN OVAL RESTRICTIVO											
III. CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE											
IV. CRECIMIENTO DE CAVIDADES DERECHAS											
V. ARCO AÓRTICO CON DOS ACCDAMIENTOS SIN OBTENERSE GRADIENTE OBSTRUCTIVO (VER DESCRIPCIÓN)											
VI. DISFUNCIÓN DIASTÓLICA GRADO 1 DEL VENTRÍCULO DERECHO, CON FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA											
VII. FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA SISTÓLICA Y DIASTÓLICA CONSERVADAS.											
VIII. MASA VENTRICULAR IZQUIERDA DE 45 GR/M2SC											

Figura 1.3.3.2: Ecocardiograma transtorácico.

Fuente: elaboración propia a partir del expediente clínico, 2020.