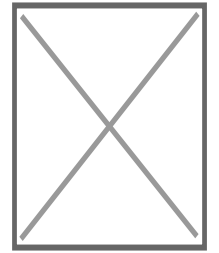


Revista Española de Cardiología



6002-40. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CIERRE PERCUTÁNEO DE FUGAS PERIVALVULARES PROTÉSICAS

Josefina Costa, Xavier Oliva, Daniella Boscareli, Xavier Borrás, Beatriz Vaquerizo, Gloria Casajús y Antonio Serra del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Antecedentes y objetivos: La re-intervención de pacientes con dehiscencias perivalvulares protésicas (FVP) está asociada a una elevada morbi-mortalidad. Nuestro objetivo ha sido describir el papel de enfermería en la puesta en marcha de un programa innovador de cierre percutáneo de FVP.

Métodos: El protocolo consta de una parte de selección de pacientes que se podrían beneficiar del procedimiento, complejo y sobre pacientes de elevado riesgo. La eco transesofágica es la técnica diagnóstica de elección en nuestro centro y nos va a indicar el número de fugas y su localización. Una segunda parte estaría relacionada directamente con el procedimiento, en donde la enfermera especializada, tiene un papel importante, que incluye la preparación del laboratorio, del material específico para cada tipo de fuga (localización mitral/aórtica, defecto simple/múltiple, abordaje anterógrado/retrógrado). Preparación previa del paciente que va a precisar de accesos arterial y venoso y su cuidado posterior. También es preciso coordinar los diferentes especialistas que van a trabajar en la intervención (anestesista, cardiólogo de imagen y hemodinamista).

Resultados: 15 FVP (2 aórticos/13 mitrales) severas y sintomáticas (ICC 66,7%/hemólisis 33,3%), rechazadas para re-cirugía, fueron sometidos a cierre percutáneo con dispositivo Amplatzer. El EuroScore fue $17,8 \pm 14,5$. 80% con más de una re-cirugía cardiaca previa. El 86,7% estaban en CF III. La implantación fue exitosa en todos los casos, consiguiendo en la mayoría, 80%, una resolución de la fuga. Es destacable la ausencia de morbi-mortalidad intra-hospitalaria. En el seguimiento (mediana 5,3 (3,5-6,7 meses) la mortalidad fue del 36% (5). En la mayoría de los supervivientes, 90%, se observó una clara mejoría clínica (CF I-II), con resolución de la fuga en el control eco. Un paciente precisó re-intervención con implante de nueva prótesis.

Conclusiones: Aunque el tratamiento percutáneo de FVP en pacientes rechazados para re-cirugía, es una técnica eficaz y segura a corto plazo, la relativa elevada mortalidad en el seguimiento, nos sugiere que se selecciona a pacientes en fase demasiado avanzada de la enfermedad. Sin embargo es remarcable la clara mejoría clínica de los pacientes supervivientes, lo que podría indicar que un cierre en su fase inicial de diagnóstico podría modificar el pronóstico y calidad de vida futura de estos pacientes.