

comunicaciones orales enfermería



EXTRACCIÓN DE FILTRO EN VENA CAVA MEDIANTE DISPOSITIVO 2 EN 1 RS ALN

Guillén Goberna M. P.; Pereira Leyenda M. B.; Sanchez Hernandez E.; Argibay Pytlik V.; Baz Alonso J. A.; Iñiguez Romo A.

Hospital Meixoeiro

OBJETIVO: Retirar el filtro de vena cava inferior tras intento fallido mediante técnica de lazo.

MÉTODO: Paciente de 34 años, sin antecedentes de interés, consulta por clínica de síndrome de vena cava superior. Mediante TAC, se observa masa mediastínica de 10 cm. Se realiza exéresis de dicha masa mediante estereotomía media. El informe de anatomía patológica evidencia seminoma mediastínico. Veinte días después, tras primer ciclo de quimioterapia con cisplatino y etopósido, presenta parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. Se realizan maniobras de RCP y se traslada a centro hospitalario siendo diagnosticado de TEP masivo. Debido a la reciente cirugía y a que el paciente presenta trombocitopenia secundaria a quimioterapia se desaconseja el uso de anticoagulantes a dosis altas por lo que se le implanta filtro en vena cava inferior. Se completa quimioterapia. En TAC de control a los 7 meses se observa disminución de la masa mediastínica. Dada edad del paciente y calidad de vida se decide extraer filtro de vena cava 9 meses después de su implantación. Tras intento fallido mediante técnica convencional con lazo, se decide realizar nuevo intento de extracción con el nuevo dispositivo de extracción ALN por vía yugular interna por parte del servicio de hemodinámica con éxito tras 25 minutos de procedimiento.

RESULTADO: Se consigue la retirada exitosa del filtro en vena cava, tras 9 meses del implante, mediante dispositivo de extracción ALN 2 en 1 RS.

CONCLUSIÓN: El dispositivo ALN puede considerarse como una nueva técnica alternativa a la extracción convencional con lazo de filtros venosos, sobretodo cuando se supera el tiempo medio de 90 días aconsejable para extracción de los mismos.



EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS GENERALES DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Zorrilla González C.; Moro Iglesias A.; De La Villa Santoveña M.; Del Campo Pastor P.; Cifuentes Valdés M. P.; Espeso González M.; Fernández Méndez E.; Braña Marcos B.; Hernández Rivero M.; García Mañana M.

Fundación Hospital de Jove

ANTECEDENTES: Las unidades coronarias permiten atención específica y continuada en pacientes cardiológicos, (monitorización hemodinámica, diagnóstico y tratamiento precoz de fallo ventricular, control de efectos de la sustitución de fluidos, administración de fármacos vasoactivos)

Nuestro objetivo fue valorar la atención cardiológica en una unidad general de cuidados intermedios (UCIN) incluida dentro de un hospital de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo que incluye la actividad realizada en la UCIN de nuestro hospital. Se analizaron de forma global datos de paciente ingresados y, de forma específica, causas, duración, cuidados, educación sanitaria realizada por enfermería y complicaciones.

RESULTADOS: Entre enero y junio de 2014 se realizaron 459 ingresos de 391 pacientes (56,2% varones; edad media 64,4 años, estancia media 2,2 días). El mayor porcentaje de pacientes corresponden a la sección de Cardiología (44,9%), bien por motivos diagnósticos, (ecocardiograma de estrés farmacológico, ecocardiograma transesofágico, test de ergonovina, test de flecainida), monitorización postprocedimientos (post-implante de marcapasos, postangioplastia) o terapéuticos (cardioversión eléctrica, síndrome coronario agudo, insuficiencia cardiaca, arritmias) (Tabla 1). El equipo de enfermería dispone de protocolos específicos para cada uno estos procedimientos. Las complicaciones cardiológicas ocurrieron en un 1,5% de los casos.

CONCLUSIONES: La actividad realizada por la enfermería en nuestra UCIN abarca prácticamente todos los cuidados de enfermería cardiológica, con una baja tasa de complicaciones. La enfermería de UCIN juega un papel clave en los cuidados, educación, protocolización de técnicas y detección/tratamiento precoz de complicaciones cardiológicas.

Tabla 1. Perfil de pacientes cardiológicos en UCIN

Motivo ingreso en UCIN	n(%)
Insuficiencia cardiaca aguda	39 (19,4)
Cuidados postangioplastia	48 (23,9)
Dolor torácico	22 (10,9)
Ecocardiograma transesofágico	18 (8,9)
Ecocardiograma de estrés físico	16 (7,9)
Cuidados postimplante de marcapasos	17 (8,4)
Arritmias	12 (5,9)
Cardioversión eléctrica	26 (12,9)
Test de flecainida	2 (0,9)
Test de ergonovina	1 (0,49)

ROL DE LOS PERFUSIONISTAS-CIRUGIA CARDIACA EN EL PROCESO MULTIDISCIPLINAR DEL IMPLANTE TRANSAPICAL DE PRÓTESIS AÓRTICA (TAVI), EN LA SALA DE HEMODINÁMICA DEL ÁREA DEL CORAZÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)

García Menéndez, J.

Hospital Universitario Central de Asturias

OBJETIVO: Describir la aportación que implementa el equipo de perfusión, como unidad funcional del Área del Corazón, al proceso multidisciplinar del Implante Transapical de Válvula Aórtica (TAVI), en el entorno de la Sala de Hemodinámica, donde interactúan:

- Dos equipos médicos: Hemodinamistas y Cirujanos Cardíacos.
- Dos equipos de enfermería: Hemodinámica y Quirúrgica Cardíaca.
- El equipo de Perfusión.

Todos aportan valor añadido al proceso, desarrollando su actividad en perfecta coordinación. Dentro del proceso, los perfusionistas deben tener todo previsto para poder instaurar una Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO), de elección en estos procesos, que permita el traslado del paciente al área quirúrgica, en el supuesto de complicaciones graves que precisen revertirlo a prótesis aórtica por esternotomía media.

METODOLOGÍA: Metodología descriptiva, siguiendo los pasos del subproceso:

- Información de la programación del caso.
- Elaboración de Historia Clínica de Perfusión, para conocer parámetros analíticos y hemodinámicos.
- Elección de fungibles para canulación periférica.
- Preparación equipo y de cebados.
- Preparación del dispositivo “Cardiohelp” y del “Hemoterm”.
- Verificación de bala de Oxígeno para traslado.

RESULTADOS: El proceso se desarrolla como nueva técnica multidisciplinar, por ello nuestra experiencia consta de CINCO implantes. En ningún caso se hizo necesario la reconversión a cirugía abierta en quirófano, por ello no se ha realizado ningún traslado.

CONCLUSIONES: En los dos primeros casos se cebó el equipo de “Cardiohelp”, por recomendación expresa del Proctor Aleman. En los casos siguientes la dotación de perfusionistas se elevó a dos para mantener el equipo sin cebar y disminuir el tiempo de respuesta, en caso de ser necesario instaurar una ECMO de traslado. Los tres casos siguientes también se desarrollaron sin incidencias lo que significó un ahorro de recursos fungibles, ya que una vez cebado debe de ser desechado.

PALABRAS CLAVE: Perfusión, Tavi, Ecmo