Valoración de cuidados a pacientes sometidos a ablación con catéter por radiofrecuencia

RESUMEN

Introducción: La ablación con catéter mediante pulsos de radiofrecuencia es una técnica relativamente reciente para el tratamiento de las taquicardias y que precisa de unos cuidados específicos durante al menos las 24 horas siguientes a la realización de la misma.

Objetivos: Valorar si es necesario el ingreso de los pacientes en unidades especiales tras el procedimiento y poder darle con ello los cuidados específicos que necesitan.

Método: A un total de 142 pacientes (edad 44 ± 16 años; 52% mujeres) con taquicardias refractarias se les realizó ablación con catéter mediante radiofrecuencia entre enero de 1.993 y diciembre de 1.994. La vía de abordaje fue arterial (30%) o venosa (61%). Todos los pacientes permanecieron al menos 24 horas en una unidad especial bajo monitorización eléctrica.

Resultados: En el 80% de los pacientes se consiguió éxito. En un 7% (10 casos) se observaron complicaciones durante el procedimiento: 1 accidente vascular cerebral, 2 bloqueos AV completos, 2 bloqueos AV de 2º grado transitóri, 1 derrame pericárdico sin compromiso hemodinámico, 2 taponamientos cardíacos que tuvieron que ser drenados, 1 hematoma retroperitoneal y 1 apnea severa. Durante la estancia en la unidad especial se evidenciaron el 42% de las recidivas. El 21% de los pacientes eran marcapasosdependientes y un 50% de alto riesgo de muerte subita (indicación de desfibrilador implantable).

Conclusiones: La tasa de complicaciones durante el procedimiento, la dependencia de marcapasos, el riesgo de muerte subita y el diagnóstico precoz de las recidivas justifican la estancia de las primeras 24 horas en unidades especiales de los pacientes sometidos a ablación con catéter mediante radiofrecuencia.
NUMERO CUATRO

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos procedido a revisar 142 procedimientos (132 pacientes) sometidos a ablación con catéter, sin destello convulsivo realizado entre Enero de 1.993 y Diciembre de 1.994.

Setenta y cuatro (52%) sin mujeres y sesenta y ocho (48%) hombres. La media de edad de los pacientes es de 44±16 años.

A todos los pacientes se les hizo estudio Electrofisiológico (E.E.F.) previo, de ellos al 92% se le hizo en la misma sesión y al 8% restante en una sesión anterior. Los E.E.F. se les realizaron previa inyección de anestesia local con lidocaína, procediéndose la la introducción mediante punción percutánea de la vena femoral derecha siguiendo la técnica de Seldinger de tres electrocatéteres tetrapolares de 5 French de diámetro que se colocaron bajo técnicas para registrar activación histal y venículo derecho respectivamente a continuación y con la misma técnica se introdujo a través de la vena jugular interna derecha un cuarto electrocatéter decapolar de igual diámetro, en el seno coronario.

Para la estimulación programada hemos usado un estimulador marca Biotronik URS 2.0 y como equipo de registro un polígrafo "Bard Labsysystm plus EP Laboratory", el cual se compone de un amplificador STAMP, al que se conecta el estimulador, un monitor Hewlet-Packard, un computador Compaq 486 DX, un transformador y una impresora laser Hewlet-Packard. Por último para la realización de la ablación y mediante la misma técnica de punción, introdujimos un electrocatéter tetrapolar dirigible de 7 French de diámetro y con un electrodo distal de 4 mm, por la vía más adecuada para llegar a la zona arritmogénica y una vez colocado allí el electrodo distal, procedimos a la aplicación de los puestos de radiofrecuencia.

Una vez acabado el procedimiento y antes de salir del Laboratorio de Electrofisiología, se les realizó una última toma de controles:

- Tensión arterial.
- Electrocardiograma convencional de 12 derivaciones.
- Comprobación de la zona de punción (hermetismo, sangrado).
- Comprobación del miembro afectado (pulso, coloración, temperatura, etc.).
Posteriormente, los pacientes se trasladaron a la Unidad de Cuidados Intensivos de Cardiología y a su llegada, se les volvió a realizar todos estos controles, además de ponerle una monitorización electrocardiográfica continua así como una extracción de CPK-MB.

Todos estos controles se repitieron cada cuatro horas a excepción de la extracción de CPK-MB que se cursaron cada seis horas, durante las 24 horas de la finalización del procedimiento.

A casi todos los pacientes les fue realizado un ecoortografía al salir del laboratorio, no hallándose hallazgos de interés en ellos.

Los criterios para dar una ablación como efectiva fueron los siguientes:
- La desaparición de la taquicardia clínica o de la vía anómala durante la aplicación de los pulsos de radiofrecuencia.
- El mantenimiento de esta situación 30 minutos después.
- La no inducción de la taquicardia tras esos 30 minutos en las fases de estimulación eléctrica programada en las que aparecía previamente a la aplicación.

RESULTADOS
Los diagnósticos electrofisiológicos fueron (Fig. 1):
- Vías accesoria (síndrome de W.P.W.), 67 (47%).
- Taquicardias por reentrada intranodal, 30 (21%).
- Fibrilaciones Auriculares, 16 (11%).
- Flutters Auriculares, 12 (9%).
- Taquicardias Ventriculares, 11 (8%).
- Taquicardias esfíticas Auriculares, 6 (4%).

Según los diagnósticos anteriores, los abordajes para ablación fueron: 67 (61%) venosos y 55 (39%) arteriales.

Con todos estos datos, los resultados globales obtenidos fueron (Fig. 2):
- Éxitos 114 (80%).
- Procesos 28 (20%).

Las complicaciones durante el procedimiento fueron 10 casos (7%) del total:
- 2 Bloqueos AV completos complicados. A los que fue necesario implantarles en el mismo laboratorio un marcapasos transitorio y posteriormente uno permanente.
- 2 Bloqueos AV de 2ª grado transitorios por lo que se les implantó un marcapasos transitorio que se les retiró posteriormente una vez que recuperaron el ritmo sinusal.
- 2 Taponamientos cardíacos al concluir el procedimiento que tuvieron que ser drenados en el mismo laboratorio antes de salir.
- 1 Derrame pericárdico sin compromiso hemodinámico que no hubo que drenar.
- 1 Accidente Vascular Cerebral (fue una ablación del Nudo AV por vía retrógrada aórtica).
- 1 Hemorragia retroperitoneal con un shock hipovolémico que hubo que trasladar a UCI.
- 1 Fase de apnea severa, que obligó a interrumpir el procedimiento.

Por otro lado, del laboratorio de electrofisiología, salieron (Fig. 3):
- 34 (24%) enfermos marcapasos dependientes de los que 30 (21%) fueron por ablación del Nudo AV y los 4 (3%) restantes fueron los bloqueos AV complicativos.
- 8 (6%) Enfermos de alto riesgo de muerte súbita que salen con indicación de implantación de desfibrilador automático.

Una vez que los pacientes fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, vimos que:
- 11 (8%) lucharon hipotensiones más o menos severas que al menos tuvieron que ser tratadas con perfusión de solución salina.
- 9 (6%) de recidivas de las que un 42% fueron precisas, es decir que se produjeron dentro de las primeras 24 horas siguientes al procedimiento, por lo que fueron detectadas en la Unidad a través de la monitorización eléctrica.

CONCLUSIONES
Por lo tanto concluimos que:
- La tasa de complicaciones durante el procedimiento
  - La dependencia de marcapasos
  - El riesgo de muerte súbita
  - El diagnóstico precoz de las recidivas

JUSTIFICAN LA ESTANCIA DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN UNIDADES ESPECIALES DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ABLACIÓN CON CATÉTER POR RADIOFRECuencia.

Agradecimientos
- A los Dres. Erraegui y Pedrote por su ánimo y colaboración.
- A todos los enfermeras/as de la Unidad de Cuidados Intensivos por su colaboración tanto en la toma como en los registros de enfermería con los que han hecho posible la elaboración de este trabajo.
RESULTADOS I

4% T. Auric.
8% T. Ventr.
9% Flutters
11% F.A.
21% T.I.N.
47% V. Acc.

Fig. 1. Diagnósticos tras el Estudio Electrofisiológico.

RESULTADOS II

GLOBALES

Exitos 80%

114
28
20% Fracasos

Complicaciones

APNEA SEVERA
D. RETROPERIT.
TAPONAMIENTOS
A.V.C.
BAVC
BAV 2°
D. PERICARDÍCO

Fig. 2. Resultados globales y complicaciones en los 142 procedimientos realizados
RESULTADOS III

LABORATORIO

34 (24%) - MARCAPASO-DEPENDIENTES
- 30 (21%) Ablación NAV
- 4 (3%) BAV Complicativos

UNIDAD

HIPOTENSIONES
11 (8%)

RECIDIVAS
- 42% Precoces
- 58% Tardías

8 (5%) Alto riesgo
MUERTE SUBITA
Indicación DAI

Fig. 3. N° de casos que salieron del laboratorio con algún tipo de indicación de cuidados específicos o bien que en la Unidad de Cuidados Intermedios tuvieron algún tipo de complicación.