

CIERRE DE FOP CIERRE DE CÍA

**UNIDAD DE CARDIOLOGÍA
HURS**



SEPTIEMBRE 2023

**REALIZADO POR:
ESTHER CASTILLO
MARIBEL RUBIO**

1. DEFINICIÓN

FORAMEN OVAL PERMEABLE

El foramen oval es una comunicación entre la aurícula derecha y la aurícula izquierda necesaria durante la vida fetal, pues permite el paso de sangre oxigenada desde la placenta a la circulación sistémica del feto. Éste se suele cerrar entre los 6 meses y 1 año después del nacimiento del bebé.

Cuando el foramen oval permanece abierto después del nacimiento, se llama foramen oval permeable (FOP)

En algunas personas puede ser útil el cierre percutáneo para prevenir problemas cerebrovasculares.

Se realiza mediante cateterismo a través de vena femoral inguinal introduciendo un dispositivo que

queda entre ambas aurículas obstruyendo o cerrando el FOP. El catéter está equipado con un dispositivo de cierre que por lo general funciona como un pequeño paraguas. Cuando está cerrado, es lo suficientemente pequeño como para viajar a través del vaso sanguíneo, pero al abrirse, se expande para cerrar el orificio.

COMUNICACIÓN INTERAURICULAR

La comunicación interauricular (CIA) es una cardiopatía de origen congénito acianógena (sin cianosis), consistente en una deficiencia del septum o tabique que separa las aurículas y que resulta en una libre comunicación entre el lado derecho e izquierdo de las aurículas. Puede estar situada en cualquier parte de este, siendo su localización más frecuente en la región de la fosa oval y así se denomina tipo ostium secundum.

La presencia de esta comunicación origina un circuito anormal de sangre desde la aurícula izquierda hacia la derecha generando una sobrecarga en esta última, que con el tiempo y dependiendo del tamaño de la comunicación, repercute sobre el pulmón y el corazón, hecho que sucede en la adultez generalmente.

El cierre percutáneo de CIA a través de cateterismo utiliza el mismo dispositivo y procedimiento que el cierre de FOP, aunque además puede emplear otras técnicas como la ecografía transesofágica.

2. CUIDADOS PREVIOS A LA INTERVENCIÓN

El paciente ingresa en planta de hospitalización la tarde anterior al procedimiento, donde a su llegada se le realiza acogida y presentación.

- Identificación del paciente y colocación de la pulsera identificativa en el miembro superior izquierdo.
- Se orientará al paciente en el espacio físico donde se encuentra: baño, armario, timbre de llamada, luces, número de habitación y forma de comunicación con el exterior.
- Se le proporcionará al acompañante tarjeta de cuidador principal.
- Se le facilitarán enseres de uso personal: pijama, toallas, esponjas, botella, cuña...
- Montaje de la historia clínica en el siguiente orden, dividida en sus correspondientes solapas: tratamiento más reciente prescrito por el facultativo, informe de anamnesis, electrocardiograma más actual y demás informes de analíticas, preanestesia, etc. Por último, se colocarán los consentimientos informados firmados.
- En caso de cierre de CIA comprobar Preanestesia.
- Llamaremos al cardiólogo de guardia para notificarle que el paciente está hospitalizado.
- Informará y entregará al paciente el consentimiento informado para que lo firme. También prescribirá el tratamiento, se imprimirá en la carpeta de medicación correspondiente.
- Canalización de vía periférica en miembro superior izquierdo y extracción de analítica urgente con bioquímica, hemograma y coagulación. Extraer pruebas cruzadas cuando el cardiólogo indique.
- Toma de constantes vitales.
- Pesar y tallar al paciente.
- Gestión de la dieta terapéutica.
- Administrar medicación según tratamiento médico. Los anticoagulantes y/o antiagregantes serán administrados o suspendidos según orden facultativa.
- Realizar al paciente valoración inicial de enfermería y las escalas de valoración: EVA, Braden, Barthel, test de cribado para la detección del riesgo de caídas y cuestionario de inserción /retirada de catéteres venosos.
- Establecer el plan de cuidados estandarizado de cateterismo cardíaco y según los diagnósticos enfermeros detectados.

3. PREPARACIÓN EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN

- A partir de las 24 h se dejará al paciente en ayunas.
- Rasurado de tórax, espalda, ingles y muñecas.
- Realización del electrocardiograma previo por la enfermera designada para ello.
- En pacientes diabéticos realizar control de glucemia basal.
- Si el paciente es alérgico a contraste yodado se administrará premedicación según indicación médica antes del procedimiento, siendo preferible comenzar el día anterior.
- En pacientes con nefropatía o alteración de la función renal podría ser necesario la instauración de sueroterapia previa a la intervención según indicación médica.

- Ducha del paciente con agua y jabón la mañana del procedimiento.
- El paciente llevará puesto un camisón, sin ropa interior.
- Retirada de prótesis dentales, objetos metálicos, esmalte de uñas y lentillas
- Administrar profilaxis antibiótica media hora antes de bajar a la sala, según prescripción médica.

4. CUIDADOS POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN

- ❖ A la llegada del paciente la enfermera responsable lo recibirá y verificará la historia clínica, así como el informe médico y de enfermería del procedimiento.
- ❖ Tomar constantes vitales: TA, FC, pulsos pedios, dolor y temperatura de miembros inferiores y se anotarán en el registro de enfermería.
- ❖ Realizar electrocardiograma y monitorización cardíaca con telemetría.
- ❖ Control de diuresis y primera micción.
- ❖ El paciente esperará para la ingestión 2 horas después del procedimiento.
- ❖ Explicar al paciente que debe permanecer en reposo de 4 a 6 horas, siendo el procedimiento de acceso femoral venoso. Si el acceso fuera femoral arterial deberá permanecer en reposo 24 horas, evitando flexionar el miembro.
- ❖ Observar la compresión femoral a su llegada y las horas posteriores para detectar posibles signos de sangrado, así como la coloración, temperatura, hematoma, dolor...
- ❖ Cuando el paciente haya reiniciado la ingesta, deberá tomar abundantes líquidos para ayudar a eliminar el contraste.
- ❖ La sueroterapia se podrá retirar cuando finalice, si no está pautada en el tratamiento médico.

- ❖ En pacientes con dispositivo con balón de compresión femoral se realizará el desinflado al 50% (20 CC.) a las 6 horas tras el procedimiento. Si pasada una hora no aparece sangrado se desinflará por completo y se retirará, siendo sustituido por un vendaje compresivo o un refuerzo de la compresión que tenga el paciente.
- ❖ En caso de cierre con sutura en ocho, se retirará el punto a las 6-8 horas posteriores a la intervención.
- ❖ Al alta realizar cuestionario de retirada de catéteres venosos y el informe de cuidados al alta de enfermería con las recomendaciones post-cateterismo propias que incluyen: evitar esfuerzos físicos, vigilar zona inguinal, evitar consumo de alcohol y tabaco, control del colesterol mediante una dieta sana, realizar ejercicio regular y control de la TA, diabetes y del estrés...

PROTOCOLO REALIZADO POR:

Maribel Rubio
Esther Castillo

PROTOCOLO REVISADO POR:

Dr. Miguel Ángel Romero Moreno

FECHA DE REVISION: ENERO 2028