

ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO

**UNIDAD DE CARDIOLOGÍA
HURS**



MAYO 2024

**REALIZADO POR:
ELENA M.^a SORIANO MUÑOZ
INMACULADA C. SÁNCHEZ OSUNA
TERESA TORRICO ORTEGA
MANUELA MUÑOZ RIVERA**

1. DEFINICIÓN

EEF (Estudio Electrofisiológico)

Es un procedimiento invasivo que permite realizar una evaluación del estado del sistema específico de conducción eléctrico del corazón. Establece el diagnóstico, tipo y gravedad de las arritmias, lugar donde se originan y los trastornos que producen. Para poder obtener los registros intracavitarios y estimular eléctricamente distintas partes del corazón, se requiere la introducción y colocación de unos catéteres en contacto con las estructuras cardíacas, a través de vasos centrales y bajo control radiológico.

Ablación

Consiste en destruir de forma limitada y controlada aquellas partes del tejido cardíaco donde se inician y/o mantienen las taquicardias, se realiza a través de un catéter conectado a una fuente de energía, que se introduce por vía arterial o venosa, hasta las cavidades del corazón.

2. CUIDADOS PREVIOS A LA INTERVENCIÓN

- El paciente ingresará en la unidad de hospitalización de cardiología la tarde anterior al procedimiento, donde a su llegada se le realizará acogida y presentación.
- Identificación del paciente y colocación de la pulsera identificativa.
- Se orientará al paciente en el espacio físico dándole la información imprescindible (baño, armario, timbre de llamada, luces, número de habitación y formas de comunicación con el exterior).
- Se le facilitarán enseres de uso personal (botella, cuña, toalla y esponjas).
- Montar la historia clínica: Electrocardiograma más actual, tratamiento más reciente prescrito por el facultativo y el informe de anamnesis (el resto de los documentos se guardarán en la carpeta de papel y se depositarán en el cajetín correspondiente al número de habitación del paciente).
- Llamar al cardiólogo de guardia para notificar que el paciente está hospitalizado.
- El cardiólogo informará y entregará al paciente el consentimiento informado, que una vez firmado se guardará en la historia clínica.
- Canalización de vía venosa periférica en brazo izquierdo.
- Extracción de una analítica urgente: bioquímica, hemograma y coagulación. En caso de ablación de venas pulmonares, además se extraerán pruebas cruzadas.
- Toma de constantes vitales
- Pesar y tallar al paciente.
- Gestión de la dieta terapéutica.
- Realizar la petición de electrocardiograma para el día de la intervención.

- Administrar medicación según el tratamiento médico. Los anticoagulantes y/o antiagregantes serán administrados o suspendidos según orden facultativa.
- Monitorización cardíaca mediante telemetría.
- Se realizará la valoración inicial de enfermería y las escalas de valoración: EVA, Braden, Barthel, test de cribado para la detección del riesgo de caídas y el cuestionario de inserción/retirada de accesos venosos.
- Establecer el plan de cuidados según los diagnósticos enfermeros detectados.

3. PREPARACIÓN EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN

- A partir de las 24h se dejará al paciente en ayunas.
- En los pacientes diabéticos se deberá realizar control de la glucemia basal; si el resultado es mayor o igual a 200 mg/dl se administrará insulina SBC según la pauta prescrita junto a la pauta de corrección según el protocolo de planta.
- Si el paciente es alérgico a los contrastes yodados, se administrará la premedicación correspondiente según indicación médica antes del procedimiento, siendo preferible comenzar el día anterior en el caso de que sea posible.
- En pacientes con nefropatía o con alteración en la función renal, podría ser necesario la instauración de sueroterapia previa a la intervención según indicación médica.
- Se realizará rasurado de torax, espalda, ingles y muñecas.
- Ducha con agua y jabón la mañana del procedimiento.
- El paciente llevará puesto un camisón y sin ropa interior.
- Retirada de prótesis dentales, objetos metálicos, esmalte de uñas y lentillas.
- Traslado del paciente a la sala de electrofisiología con su historia clínica.

4. CUIDADOS POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN

- Control de constantes vitales a su llegada, realización de ECG de control y colocación de telemetría.
- El cuidado del sitio de punción es fundamental para evitar complicaciones:
 - Control de hematomas: observar regularmente el sitio de punción para detectar signos de sangrado o hematomas.
 - Retirada del vendaje compresivo: debe retirarse a las 24 horas post-procedimiento, revisando que no haya sangrado.
 - Retirada del punto en ocho femoral: debe realizarse a las 6 horas post-EEF, verificando posibles complicaciones.
- Reposo y movilización: la movilización del paciente debe realizarse de forma controlada:

- Reposo en cama: el paciente debe permanecer en reposo durante las primeras 6 horas tras el procedimiento.
- Movilización progresiva: iniciar la movilización a las 6 horas post-EEF, con movimientos limitados al principio y bajo supervisión.
- Manejo del dolor y medicación:
- Analgesia: administrar analgésicos si es necesario y según prescripción médica.
- Anticoagulantes: evaluar la administración post-EEF si el paciente estaba en tratamiento, siguiendo las indicaciones médicas.

5. CUIDADOS AL ALTA

- Es muy importante que vigile con atención la zona de punción que generalmente suele estar la ingle, observando si aparece un hematoma o si se produce sangrado en la misma. Si de repente sintiera un dolor en esa zona y observara la aparición de un abultamiento acuda al servicio de urgencias del hospital más cercano.
- Tenga en cuenta si le han prescrito un fármaco anticoagulante, incrementa el riesgo de sangrado.
- Haga reposo moderado durante los primeros 15 días. Puede dar paseos cortos por su vivienda. Durante este tiempo evite realizar aquellas tareas que supongan esfuerzos físicos, como conducir, coger peso, fregar suelos, etc.
- Si padece estreñimiento es conveniente que tome algún tipo de laxantes evitando así esfuerzos innecesarios.
- Tómese la medicación tal y como su médico se la ha prescrito y no olvide tomar ninguna dosis.
- Se recomienda no tener relaciones sexuales durante una semana después de la intervención, porque el esfuerzo podría provocar taquicardia u otra alteración cardíaca y hematoma inguinal, transcurridos 15 días puede mantener relaciones sexuales (no coito), hasta cumplir el mes.
- Aprenda a controlar y manejar el estrés y la ansiedad si no pueden dañar su corazón. Lleve una vida tranquila y ordenada respetando sus horas de sueño y descanso. Trate de adecuar su vida laboral rebajando el nivel de estrés, intentando ganar más tiempo libre. Evite igualmente las bebidas excitantes como el café, té, cola, etc.
- No fume.
- Reduzca la ingesta de alcohol si bebiera.
- Siga una dieta sana y equilibrada (rica en fibras, pobre en grasas y sal).
- Controle su tensión arterial, niveles de colesterol y glucemia si es diabético.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Brugada J, Katritsis DG, Arbelo E, Arribas F, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia. *Eur Heart J*. 2020;41(5):655-720.
- Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2021;42(5):373-498.
- Calkins H, Hindricks G, Cappato R, Kim YH, Saad EB, Aguinaga L, et al. 2017 HRS/EHRA/ECAS/APHRS/SOLAECE Expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation. *Heart Rhythm*. 2017;14(10):e275-e444.
- Haïssaguerre M, Jaïs P, Shah DC, Takahashi A, Hocini M, Quiniou G, et al. Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating in the pulmonary veins. *N Engl J Med*. 1998;339(10):659-666.
- Cheniti G, Vlachos K, Meo M, Puyo S, Thompson N, Martin CA, et al. Atrial fibrillation mechanisms and implications for catheter ablation. *Front Physiol*. 2018;9:1458.
- Dukkipati SR, Koruth JS, Choudry S, Miller MA, Whang W, Reddy VY. Catheter Ablation of Ventricular Tachycardia in Structural Heart Disease: Indications, Strategies, and Outcomes. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(23):2924-2941.
- Sociedad Española de Cardiología. Unidades de Arritmias y Electrofisiología [Internet]. Madrid: SEC; 2022 [citado 2025 Sep 17]. Disponible en: <https://secardiologia.es/profesionales/guias-clinicas>
- Kusumoto FM, Schoenfeld MH, Wilkoff BL, Berul CI, Birgersdotter-Green UM, Carrillo R, et al. 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the Evaluation and Management of Patients With Bradycardia and Cardiac Conduction Delay. *Circulation*. 2019;140(8):e382-e482.
- Cappato R, Calkins H, Chen SA, Davies W, Iesaka Y, Kalman J, et al. Updated worldwide survey on the methods, efficacy, and safety of catheter ablation for human atrial fibrillation. *Circulation*. 2010;122(23):2368-2377.

REVISADO POR: CARMEN MARÍA SÁNCHEZ PÉREZ
Enfermera UGC Cardiología

FECHA DE REVISIÓN: MAYO 2029