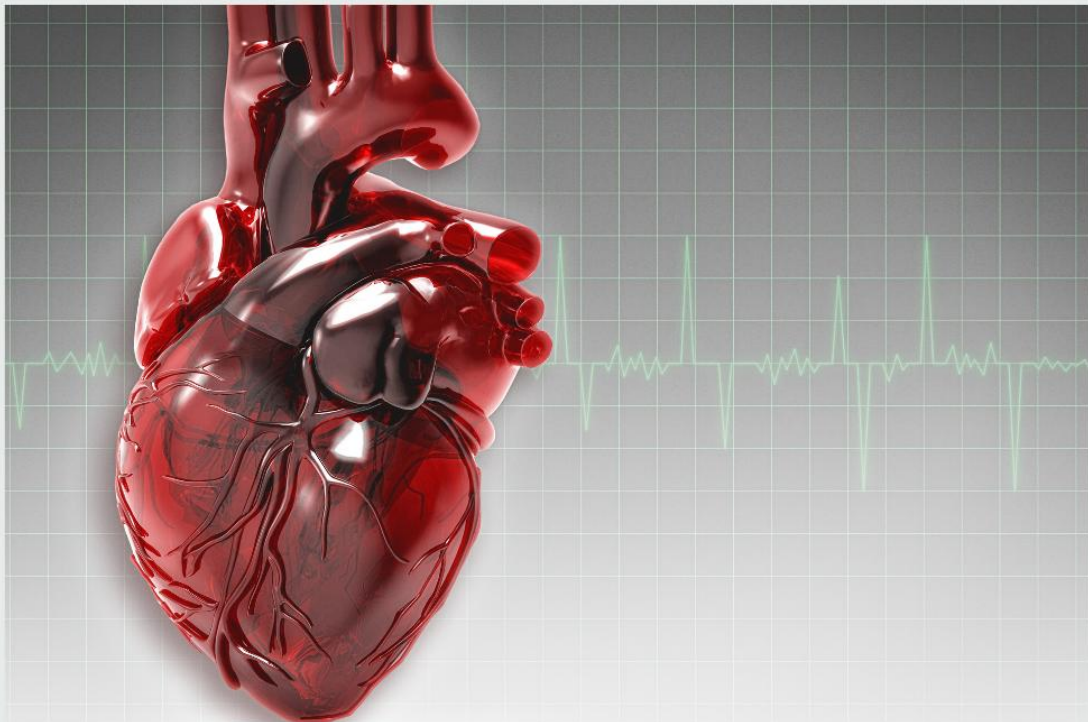


MITRACLIP TRICLIP

SISTEMA DE REPARACIÓN PERCUTÁNEO DE
LA VÁLVULA MITRAL O TRICUSPÍDEA

UNIDAD DE CARDIOLOGÍA
HURS



FEBRERO 2024

REALIZADO POR:

MARÍA ISABEL ARCOS MORA
ROSARIO HINOJOSA CARO
ENCARNACIÓN ESPIGARES HERNÁNDEZ
DOLORES GALDEANO LÓPEZ

1. DEFINICIÓN

La insuficiencia mitral o tricúspidea es una enfermedad valvular cardíaca que se debe a un cierre incompleto de las valvas que permite que la sangre fluya en el caso de la insuficiencia mitral desde el ventrículo izquierdo hasta la aurícula izquierda o en la insuficiencia tricúspidea desde el ventrículo derecho hasta la aurícula derecha durante la sístole.

El tratamiento de elección de las insuficiencias valvulares es la sustitución quirúrgica de las mismas, sin embargo, algunos pacientes no son candidatos a la cirugía por presentar un alto riesgo de complicaciones post intervención.

El implante percutáneo con el dispositivo Mitraclip/Triclip ha demostrado ser una alternativa muy útil en este tipo de pacientes.

Es un procedimiento invasivo que se realiza tras la punción de la vena femoral. Se introduce un catéter-guía con ayuda de fluoroscopia y posteriormente se produce la unión de los bordes de las valvas mitrales o tricúspideas mediante un clip de metal para disminuir la regurgitación de sangre a la aurícula.

2. CUIDADOS PREVIOS A LA INTERVENCIÓN

Preparación del paciente con ingreso programado

- Recepción y acogida del paciente en la unidad.
- Identificación del paciente y colocación de pulsera identificativa.
- Avisar al cardiólogo de guardia para valoración del paciente al ingreso.
- Montaje de la historia clínica: Tratamiento médico, hoja de evolución clínica, análisis clínicos, ECG, preanestesia y pruebas complementarias.
- Hay que confirmar que el consentimiento informado se encuentre firmado en la historia.
- Se realizará la valoración inicial de enfermería y se pasarán las escalas de valoración pertinentes:
 - EVA
 - Braden
 - Barthel
 - Test de cribado para la detección de riesgo de caídas
 - Registro de accesos periféricos.
- Establecer el plan de cuidados según diagnósticos de enfermería.
- Gestión de la dieta terapéutica.
- Cursar tratamiento médico a farmacia e imprimir hoja de administración.
- Pesar y tallar al paciente (Realizado por TCAE)
- Canalización de una vía periférica con un catéter de un calibre mínimo de 20-18fr (No existe preferencia por ningún miembro superior)
- Extracción de analítica urgente 3 series: Hemograma, bioquímica y coagulación.

- Extracción de pruebas cruzadas.
- Administrar tratamiento pautado.

3. PREPARACIÓN EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN

- ❖ El paciente se encontrará en dieta absoluta desde las 24h (Ni líquidos ni sólidos)
- ❖ Ver órdenes de preanestesia antes de la intervención.
- ❖ No administrar medicación vía oral hasta después del procedimiento.
- ❖ Rasurar al paciente en ambas zonas inguinales (Barbero)
- ❖ Aseo completo la mañana de la intervención. (TCAE)
- ❖ El paciente deberá llevar camisión sin ropa interior.
- ❖ Se retirará prótesis dental y objetos metálicos.
- ❖ Administrar profilaxis antibiótica con Ceftriaxona 2 gr IV 30 minutos antes de la intervención (Salvo excepciones, alergias, contraindicaciones...)
- ❖ Traslado del paciente a cateterismo con su historia clínica.

4. CUIDADOS POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN

El paciente es trasladado a reanimación tras el procedimiento, de allí volverá a nuestra unidad. Cuando el paciente se encuentre en su habitación se avisará al cardiólogo de guardia para su valoración.

- Revisar el informe médico y de enfermería del procedimiento, así como de reanimación.
- A su llegada a planta valorar constantes vitales y realizar ECG de control.
- Colocar monitorización cardíaca con telemetría.
- Vigilar la zona de punción de la arteria femoral: estado de la compresión, coloración, temperatura, hematoma, sangrado, dolor...
- Comprobar pulsos pedio y tibial posterior.
- Control de primera micción y diuresis por turno.
- El paciente no podrá ingerir alimentos sólidos ni líquidos durante las dos horas siguientes a la realización de la intervención. Posteriormente cuando el paciente haya iniciado la tolerancia deberá beber abundantes líquidos para ayudar a eliminar el contraste (salvo contraindicación médica)
- El paciente permanecerá en reposo absoluto las primera 24h, evitando flexionar la extremidad de la punción. Al día siguiente podrá iniciar gradualmente la actividad salvo contraindicación médica.
- El vendaje compresivo podrá retirarse a las 48h de la intervención. En caso de traer el balón de compresión desinflar y retirar siguiendo las indicaciones que pauten tras el cateterismo.

5. CUIDADOS AL ALTA

Al alta se finalizará y entregará al paciente el informe de continuidad de cuidados, el que constará el plan de cuidados que se le ha realizado desde el ingreso al paciente y se añadirán las recomendaciones tras un cateterismo cardíaco, entre las que encontraremos:

- ✓ Evitar consumo de alcohol y tabaco.
- ✓ Seguir una dieta pobre en grasas y sal.
- ✓ Evitar bebidas excitantes.
- ✓ Los primeros 15 días tras un reposo relativo en casa el paciente podrá realizar ejercicio moderado de forma progresiva.
- ✓ Tomar laxantes en caso de estreñimiento.
- ✓ Cumplimiento riguroso del tratamiento médico.
- ✓ Control riguroso de TA y diabetes.
- ✓ Evitar mantener relaciones sexuales los primeros 15 días (sin coito) y un mes (con coito)
- ✓ Explicar al paciente la importancia de vigilar la zona de punción en la ingle y observar si aparece sangrado o hematoma. Informar al paciente de que ha de acudir con urgencia al hospital más cercano en el caso de que aparezca dolor súbito y abultamiento en el sitio de la punción.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, Milojevic M, Baldus S, Bauersachs J, et al. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J*. 2022;43(7):561-632.
2. Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP, Gentile F, et al. 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. *Circulation*. 2021;143(5):e72-e227.
3. Stone GW, Lindenfeld J, Abraham WT, Kar S, Lim DS, Mishell JM, et al. Transcatheter Mitral-Valve Repair in Patients with Heart Failure. *N Engl J Med*. 2018;379(24):2307-2318. (COAPT Trial)
4. Obadia JF, Messika-Zeitoun D, Leurent G, Iung B, Bonnet G, Piriou N, et al. Percutaneous repair or medical treatment for secondary mitral regurgitation. *N Engl J Med*. 2018;379(24):2297-2306. (MITRA-FR Trial)
5. Nickenig G, Weber M, Schueler R, Hausleiter J, Năbauer M, von Bardeleben RS, et al. Tricuspid valve repair with the MitraClip system: first-in-human experience. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(15):1829-1835.
6. Nickenig G, Weber M, Lurz P, von Bardeleben RS, Sitges M, Sorajja P, et al. Transcatheter edge-to-edge repair for reduction of tricuspid regurgitation: 6-month outcomes of the TRILUMINATE single-arm study. *Lancet*. 2019;394(10213):2002-2011.

7. Praz F, Braun D, Unterhuber M, Spirito A, Winter MP, Nabauer M, et al. Edge-to-edge repair for tricuspid regurgitation: TRILUMINATE pivotal trial. *N Engl J Med*. 2023;389(1):19-29.
8. Sociedad Española de Cardiología. Enfermedad valvular [Internet]. Madrid: SEC; 2023 [citado 2025 Sep 17]. Disponible en: <https://secardiologia.es/profesionales/guias-clinicas>
9. Asmarats L, Puri R, Latib A, Navia JL, Rodes-Cabau J. Transcatheter tricuspid valve interventions: landscape, challenges, and future directions. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(25):2935-2956.

REVISADO POR: CARMEN MARÍA SÁNCHEZ PÉREZ
Enfermera UGC Cardiología

FECHA DE REVISIÓN: FEBRERO 2029