

IMPLANTACIÓN DE LA VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER (TAVI)

UNIDAD DE CARDIOLOGÍA
HURS



ABRIL 2023

REALIZADO POR:
MARÍA ISABEL ARCOS MORA
ROSARIO HINOJOSA CARO
ENCARNACIÓN ESPIGARESHERNÁNDEZ
DOLORES GALDEANO LÓPEZ

1. DEFINICIÓN

Una TAVI es un procedimiento invasivo para implantar una válvula aórtica artificial a través de un catéter. Es una alternativa en personas que no pueden someterse a cirugía extracorpórea o que tienen un alto riesgo de sufrir complicaciones quirúrgicas.

Los principales candidatos para este tratamiento son pacientes con estenosis aórtica grave. Se realiza tras la punción con anestesia local de la arteria femoral. El paciente está sedado o bajo anestesia general.

Se introduce un catéter bajo control con fluoroscopia. Se empujan las valvas de la válvula afectada hacia los costados dilatando la apertura. Posteriormente se introduce la válvula de reemplazo junto con un stent en el extremo que es el que la mantiene fija en su lugar.

A su vez durante el procedimiento se le colocará al paciente un introductor en la yugular que irá conectado a los cables de un MCP transitorio, que solo se activará en el caso de que el paciente sufra un bloqueo tras el cateterismo, siendo esta una de las principales complicaciones tras la colocación de una TAVI.

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:
 - 1. EVA*
 - 2. Braden*
 - 3. Barthel*
 - 4. Test de cribado para la detección de riesgo de caídas*
 - 5. 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 camisón 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 (alto riesgo de bloqueo cardíaco).
- Vigilar la zona de punción de la arteria femoral: estado de la compresión, coloración, temperatura, hematoma, sangrado, dolor...
- Comprobar pulsos pedio y tibial posterior.
- Vigilar el punto de inserción del introductor yugular y los cables del MCP, así como el generador en el caso que sea preciso (comprobar conexiones, nivel de batería, frecuencia, intensidad...)
- 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 primeras 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 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, en 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. BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- 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.
- Smith CR, Leon MB, Mack MJ, Miller DC, Moses JW, Svensson LG, et al. Transcatheter versus surgical aortic-valve replacement in high-risk patients. *N Engl J Med*. 2011;364(23):2187-2198. (PARTNER 1 Trial)
- Adams DH, Popma JJ, Reardon MJ, Yakubov SJ, Coselli JS, Deeb GM, et al. Transcatheter aortic-valve replacement with a self-expanding prosthesis. *N Engl J Med*. 2014;370(19):1790-1798. (CoreValve Trial)
- Mack MJ, Leon MB, Thourani VH, Makkar R, Kodali SK, Russo M, et al. Transcatheter Aortic-Valve Replacement in Low-Risk Patients. *N Engl J Med*. 2019;380(18):1695-1705. (PARTNER 3 Trial)
- Popma JJ, Deeb GM, Yakubov SJ, Mumtaz M, Gada H, O'Hair D, et al. Transcatheter aortic-valve replacement with a self-expanding valve in low-risk patients. *N Engl J Med*. 2019;380(18):1706-1715. (Evolut Low Risk Trial)
- Kodali S, Thourani VH, White J, Malaisrie SC, Lim S, Ramlawi B, et al. Early clinical and echocardiographic outcomes after SAPIEN 3 transcatheter aortic valve replacement in inoperable, high-risk, and intermediate-risk patients with aortic stenosis. *Eur Heart J*. 2016;37(28):2252-2262.
- Sociedad Española de Cardiología. Implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) [Internet]. Madrid: SEC; 2023 [citado 2025 Sep 17]. Disponible en: <https://secardiologia.es/profesionales/guias-clinicas>
- Mackensen GB, Svensson LG, Leon MB, Smith CR. Transcatheter aortic-valve replacement: a review of clinical evidence and current status. *J Am Coll Cardiol*. 2021;77(25):3146-3168.

REVISADO POR: CARMEN MARÍA SÁNCHEZ PÉREZ
Enfermera UGC Cardiología

FECHA DE REVISIÓN: ABRIL 2028