

Los resultados muestran que los profesionales de cardiología experimentan una carga importante de angustia psicológica relacionada con la SV y buscan apoyo en los compañeros. Destaca una baja intención de rotación y absentismo. Las mujeres de la muestra tienen más probabilidades de experimentar síntomas de SV.

Consideramos que son necesarias acciones para prevenir y afrontar adecuadamente este fenómeno. Este estudio piloto, a nuestro conocimiento el primero en estudiar el fenómeno de SV en cardiología, pone de relieve la necesidad de implantar estrategias institucionales para ofrecer un apoyo adecuado a la SV y mejorar consecuentemente la atención a los pacientes.

FINANCIACIÓN

Este trabajo ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III y fondos FEDER (Exp. JR/21/00041)

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

J. Bañeras, P. Jorge-Pérez y S.G. Fidel Kinori concibieron la idea y diseñaron el estudio. Todos los autores han contribuido en la recogida de datos, la interpretación y la redacción del artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

Ningún autor declara tener conflicto de intereses en relación con este trabajo.

Jordi Bañeras^{a,b,c,*}, Pablo Jorge-Pérez^d, Clara Bonanad^e, María Thiscal López Lluva^f, Isaac Moll^g y Sara Guila Fidel Kinori^h

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^bVall d'Hebron Institut de Recerca, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^cCentro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), España

^dServicio de Cardiología, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España

^eServicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

^fServicio de Cardiología, Hospital Universitario de León, León, España

^gServicio de Cardiología, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España

^hServicio de Psiquiatría, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: jbaneras@vhebron.net (J. Bañeras).

On-line el 4 de mayo de 2022

BIBLIOGRAFÍA

- White AA, Brock DM, McCotter PI, et al. Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events. *J Healthc Risk Manag.* 2015;34:30–40.
- Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott SD, Hoffman JM. Patient safety culture and the second victim phenomenon: connecting culture to staff distress in nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2016;42:377–386.
- Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, et al. Research Group on Second and Third Victims The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:151.
- Sexton JB, Adair KC, Profit J, et al. Perceptions of institutional support for “second victims” are associated with safety culture and workforce well-being. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2021;47:306–312.
- Santana-Domínguez I, González-de la Torre H, Martín-Martínez A. Cross-cultural adaptation to the Spanish context and evaluation of the content validity of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E) questionnaire. *Enferm Clin (Engl Ed).* 2021. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.12.042>.
- Mok WQ, Chin GF, Yap SF, Wang W. A cross-sectional survey on nurses' second victim experience and quality of support resources in Singapore. *J Nurs Manag.* 2020;28:286–293.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2022.01.006>

0300-8932/ © 2022 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cierre percutáneo de orejuela sin tratamiento antiagregante posterior en pacientes con antecedente de hemorragia muy grave



Percutaneous left atrial appendage closure without subsequent antiplatelet treatment in patients with a history of very severe bleeding

Sr. Editor:

El cierre percutáneo de la orejuela (CPO) es un tratamiento consolidado para prevenir eventos isquémicos en pacientes con fibrilación auricular. Es una práctica generalizada iniciar tratamiento antitrombótico tras el implante para evitar la trombosis del dispositivo hasta su completa endotelización. Aunque existe un documento de consenso que recomienda la doble antiagregación plaquetaria con ácido acetilsalicílico y clopidogrel durante 6 meses tras la intervención¹, algunos estudios han demostrado la seguridad de mantener un único antiagregante plaquetario a pacientes seleccionados con alto riesgo de hemorragia^{2,3}. A pesar de esto, para determinados pacientes con antecedentes de hemorragia particularmente grave, el tratamiento antiagregante plaquetario tras el procedimiento puede acarrear un riesgo inasumible, lo que limita el acceso a esta terapia.

Hasta el momento se desconoce si es razonable evitar cualquier tipo de tratamiento antitrombótico tras el CPO. El objetivo del

Tabla 1

Características clínicas basales, del procedimiento y eventos en el seguimiento de pacientes tratados con cierre percutáneo de orejuela sin tratamiento antitrombótico posterior

Características basales (n = 14)	
Edad (años)	76,5 ± 5,4
Mujeres	4 (28,5)
CHA ₂ DS ₂ -VASc	5,5 ± 1,4
HAS-BLED	4,6 ± 0,9
Riesgo anual de ictus/AIT/embolia sistémica	9,9 ± 1,2
Riesgo anual de hemorragia	9,2 ± 1,4
Hemorragia previa	
Intracraneal	6 (42,8)
Vítrea	1 (7,1)
Gastrointestinal	7 (42,8)
Características del procedimiento	
Éxito	14 (100)

Tabla 1 (Continuación)

Características clínicas basales, del procedimiento y eventos en el seguimiento de pacientes tratados con cierre percutáneo de orejuela sin tratamiento antitrombótico posterior

Características basales (n = 14)	
Tamaño del dispositivo (mm)	23,1 ± 3,4
Fugas residuales > 3 mm	0
<i>Factores asociados con trombosis del dispositivo</i>	
Ecocontraste espontáneo en aurícula izquierda	0
Disfunción ventricular grave	2 (14,3)
Implante profundo del dispositivo	0
Aposición completa del disco en aurícula izquierda	14 (100)
<i>Ecocardiograma transesofágico 1-3 meses (n = 10)</i>	
Trombosis	0
Fuga residual > 3 mm	0
<i>Eventos en el seguimiento</i>	
Seguimiento medio (meses)	25,2 ± 11,3 (1-52)
Ictus/AIT	0
Hemorragia menor	2
Muerte cardiaca	0
Muerte no cardiaca	1

AIT: accidente isquémico transitorio.

Los valores expresan n (%) o media ± desviación estándar (intervalo).

trabajo es describir la experiencia de un centro en pacientes con antecedente hemorrágicos muy graves tratados con CPO sin antiagregación plaquetaria posterior.

De un total de 103 CPO realizados con dispositivo Amulet (Abbott, Estados Unidos), 14 (13%) se abordaron sin tratamiento antitrombótico posterior. Todos los pacientes tenían antecedentes de hemorragia mayor (definición del Subcomité de Control de Anticoagulación de la Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia⁴) y una puntuación HAS-BLED media de 4,6 (tabla 1). De ellos, 6 habían sufrido antes una hemorragia intracraneal (3 en el contexto de angiopatía amiloide), otros 7 tenían antecedentes de hemorragia digestiva mayor y un último paciente presentaba ceguera por hemorragia vítrea en tratamiento anticoagulante. Se cumplió el código ético sobre consentimiento informado.

El CPO se realizó con anestesia general y guiado por ecocardiografía transesofágica, con dosis bajas de heparina durante el procedimiento; se trató de optimizar el resultado final buscando una adecuada aposición del disco en la aurícula izquierda y comprobando la ausencia de fugas residuales. Ningún paciente tenía factores relacionados con trombosis del dispositivo, salvo disfunción ventricular en 2 (tabla 1). No se produjeron complicaciones y en todos los casos se consiguió un adecuado cierre de la orejuela.

Se realizó a 11 pacientes ecocardiografía transesofágica de control entre 1 y 3 meses tras el CPO, y no se detectó trombo relacionado con el dispositivo en ninguno. En 2 casos se realizó

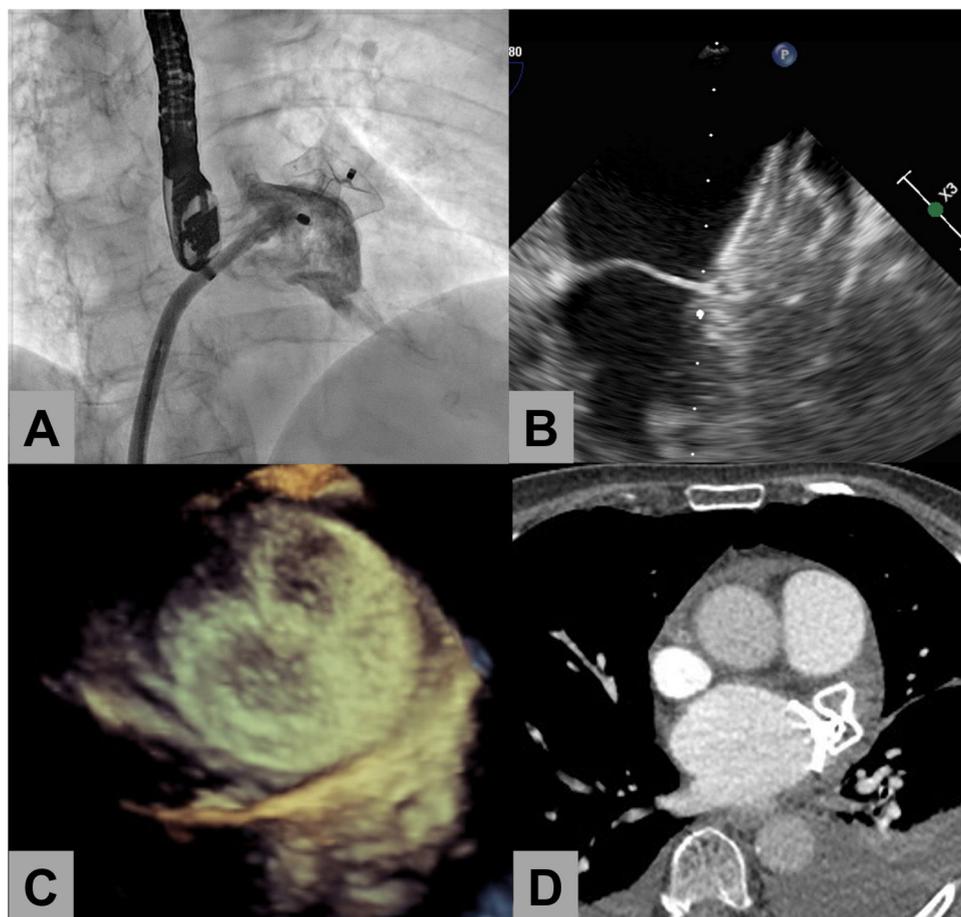


Figura 1. Cierre percutáneo de orejuela en paciente tratado sin antiagregación plaquetaria. A: imagen angiográfica tras la liberación del dispositivo para comprobar ausencia de fuga residual. B: ecocardiograma transesofágico realizado al mes del procedimiento, donde se aprecia el disco de la aurícula izquierda libre de trombo, con buena aposición y ausencia de fugas, lo que indica una adecuada endotelización del dispositivo. C: ecocardiograma transesofágico 3D a los 3 meses del procedimiento que muestra el disco del dispositivo. D: tomografía computarizada cardiaca donde se aprecia la correcta aposición del dispositivo y ausencia de trombos.

únicamente ecocardiograma transtorácico (pacientes con demencia avanzada) y para otro se utilizó una tomografía computarizada torácica de control (figura 1).

Tras un seguimiento medio de 25 meses, 2 pacientes tuvieron una caída relacionada con su enfermedad neurológica (uno de ellos con hematoma subdural asociado) y un tercer paciente sufrió una hemorragia digestiva menor. No hubo eventos isquémicos.

La seguridad del tratamiento con antiagregación plaquetaria simple tras el CPO ya se había demostrado en estudios previos con pequeñas series de casos² y en un estudio estratificado que comparó el tratamiento antiagregante plaquetario simple frente al doble en 610 pacientes y comprobó una reducción significativa de las hemorragias en el grupo de antiagregación plaquetaria simple, sin diferencias en eventos isquémicos³. Esta estrategia, además, se está evaluando en el ensayo clínico STROKE-CLOSE (NCT02830152), que aleatoriza a pacientes con hemorragia cerebral a antiagregación plaquetaria simple frente a tratamiento estándar tras el CPO. Sin embargo, la antiagregación plaquetaria simple puede acarrear un riesgo hemorrágico no despreciable, equiparable incluso al de la anticoagulación, como se demostró en el estudio AVERROES, donde el tratamiento con ácido acetilsalicílico causó una tasa de hemorragias equivalente a la del grupo tratado con apixabán⁵.

Así, para pacientes con elevado perfil hemorrágico y tras descartar factores relacionados con la trombosis del dispositivo, podría ser razonable asumir un evento isquémico durante el seguimiento (generalmente de escasa entidad clínica) contra un nuevo episodio de hemorragia potencialmente letal. De hecho, en el seguimiento 3 pacientes sufrieron nuevos eventos hemorrágicos pese a no seguir tratamiento antiagregante plaquetario.

Estudios preclínicos han demostrado que la endotelización del dispositivo se produce entre 28 y 90 días tras el procedimiento⁶. Asimismo, los eventos isquémicos tienden a presentarse con mayor frecuencia en los meses inmediatamente posteriores al CPO, de manera que un control estricto mediante técnicas de imagen precoces podría ayudar a detectar la trombosis del dispositivo e incrementar la seguridad de esta estrategia.

Como conclusión, el CPO sin antiagregación plaquetaria posterior parece factible en pacientes seleccionados con alto riesgo hemorrágico y escaso riesgo de trombosis del dispositivo, si bien es necesario un seguimiento estrecho con técnicas de imagen seriadas tras la intervención. Dado el escaso tamaño de la serie, estos datos preliminares deben confirmarse en series mayores y con otros tipos de dispositivos e, idealmente, en futuros ensayos clínicos.

FINANCIACIÓN

No existe financiación para este manuscrito.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores han contribuido a la elaboración de este trabajo, tanto en el desarrollo de los casos y la discusión de la

estrategia terapéutica (L. Unzué, E. García, M. Rodríguez del Río, F.J. Parra, R. Teijeiro-Mestre) como en la elaboración y la redacción del manuscrito (L. Unzué, B. Díaz-Antón) y su corrección (todos los autores).

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de intereses en relación con este manuscrito.

Leire Unzué^{a,*}, Eulogio García^a, Belén Díaz-Antón^b, Rodrigo Teijeiro-Mestre^a, Miguel Rodríguez del Río^c y Francisco Javier Parra^d

^aServicio de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, HM CIEC MADRID (Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares), Hospital Universitario HM Montepríncipe, HM Hospitales, Madrid, España

^bUnidad de Imagen Cardíaca, HM CIEC MADRID (Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares), Hospital Universitario HM Montepríncipe, HM Hospitales, Madrid, España

^cServicio de Anestesia y Reanimación, HM CIEC MADRID (Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares), Hospital Universitario HM Montepríncipe, HM Hospitales, Madrid, España

^dServicio de Cardiología, HM CIEC MADRID (Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares), Hospital Universitario HM Montepríncipe, HM Hospitales, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: leireunzue@yahoo.es (L. Unzué).

On-line el 4 de mayo de 2022

BIBLIOGRAFÍA

1. Meier B, Blaauw Y, Khatib AA, et al. EHRA/EAPCI expert consensus statement on catheter-based left atrial appendage occlusion. *Europace*. 2014;16:1397–1416.
2. Pourou JP, Jaakkola S, Lund J, Biancari F, Saraste A, Airaksinen KEJ. *Am J Cardiol*. 2019;124:1894–1899.
3. Patti G, Sticchi A, Verolino G, et al. Safety and efficacy of single versus dual antiplatelet therapy after left atrial appendage occlusion. *Am J Cardiol*. 2020;134:83–90.
4. Mateo-Martínez A, Marín F, Roldán V, Hernández-Romero D, Hurtado JA, Valdés M. Estratificación del riesgo hemorrágico en el síndrome coronario agudo. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2010;10:49D–58D.
5. Connolly SJ, Eikelboom J, Joyner C, Diener H-C, Hart R, Golitsyn S. Apixaban in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011;364:806–817.
6. Schwartz RS, Holmes DR, Van Tassel RA, et al. Left atrial appendage obliteration: mechanisms of healing and intracardiac integration. *JACC Cardiovasc Interv*. 2010;3:870–877.

<https://doi.org/10.1016/j.recsep.2022.01.019>

0300-8932/ © 2022 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

La fibrosis endomiocárdica tropical, una enfermedad abandonada. Serie de casos en Camerún



Tropical endomyocardial fibrosis, a neglected disease. Case series in Cameroon

Sr. Editor:

La fibrosis endomiocárdica tropical (FEM) es una enfermedad poco estudiada, endémica en zonas tropicales. Afecta principalmente a áreas rurales de países de bajos ingresos localizados en zonas selváticas del cinturón intertropical^{1–3}. Se desconoce su