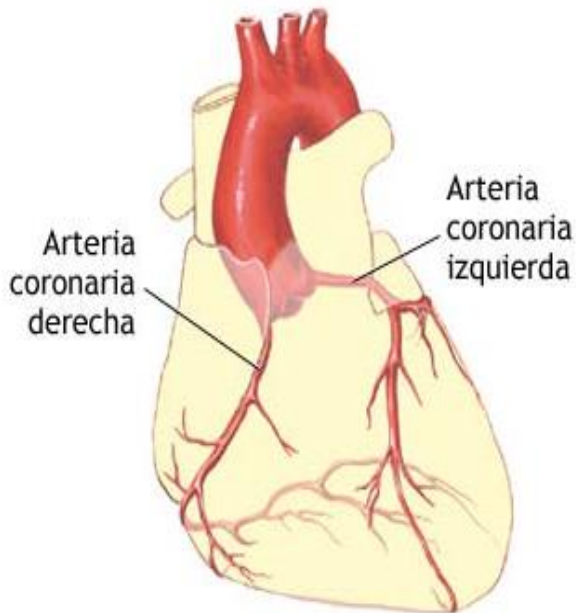
	NOMBRE ANGIOPLASTIA CORONARIA		CÓDIGO 06-1-PM-011
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

ANGIOPLASTIA CORONARIA

Es el procedimiento para el tratamiento de la enfermedad coronaria. Esta enfermedad implica la existencia de obstrucciones en los vasos coronarios que impiden que¹ la sangre acceda normalmente al corazón, provocando una angina de pecho ó inclusive un infarto. El mecanismo para solucionar la obstrucción coronaria es muy variable- En casi la totalidad de los casos se utiliza



un catéter muy fino, con un balón en la punta, que se coloca a través de la estenosis. Al inflar a presión el balón, se rompe la placa y se alivia la estrechez. Muy a menudo se precisa, para completar con éxito el procedimiento, la colocación de una malla metálica, denominada Stent, que soporta las paredes del vaso y garantiza un buen resultado. La vía de abordaje (punción a nivel de la ingle brazo), es idéntica a la utilizada para el cateterismo, aunque los catéteres son, por lo general, de un calibre ligeramente superior. La angioplastia suele ser un procedimiento aparte del cateterismo diagnóstico, aunque en ocasiones, si el caso lo requiere, la angioplastia puede hacerse inmediatamente más el mismo, por lo que debe contemplar esta posibilidad siempre que se realice un cateterismo.

Los riesgos son similares a los del cateterismo en lo que se refiere a alergias provocadas por el contraste, accidentes cerebro vasculares y complicaciones renales.

OBJETIVO.


Corregir por medio del implante de stent o inserción de balones coronarios las lesiones encontradas en los procedimientos diagnosticos.

ALCANCE:

Desde el momento en que se identifica la lesión hasta el momento en que se corrige.

ALTO RIESGO:

Rasurado como para cirugía cardiaca. Enema el día previo al procedimiento.
 Estudio de coagulación completo y grupo sanguíneo. Cruzar 6 U. de concentrados de sangre.

	NOMBRE ANGIOPLASTIA CORONARIA		CÓDIGO 06-1-PM-011
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

PETICIONES PRE

Hemograma Completo
 Coagulación
 Electrolitos
 PT/PTT
 Creatinina
 EKG y Rx tórax en pacientes de alto riesgo
 Doppler de presiones segmentarias
 Revisión de estudios angiográficos previos, que ayudan a determinar el enfoque técnico y riesgo de procedimiento


HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes:

- Claudicación intermitente
- HTA
- Tabaquismo
- Diabetes
- Alergias (contraste previamente aplicado?)
- Enfermedades renales
- Hipertiroidismo
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades infecciosas
- Cirugías previas
- Reposo absoluto en cama hasta entre 6 y 8 horas
- No flexionar la extremidad
- Vigilar pulsos distales, si no se palpan, hematoma o sangrado avisar al médico.
- Vigilar otras reacciones alérgicas e Hipotensión
- Tomar la TA cada 30 minutos durante las dos primeras horas y después por turno.
- Puede tomar la medicación prescrita.
- Retirar el vendaje compresivo al día siguiente .Mojarlo previamente con agua y jabón; indicando a los familiares. Dieta hipo sódica /diabética / nefrológica.
- Tomar muchos líquidos
- Alta a las 48 horas
- Los pacientes de alto riesgo, se deberán mantener con monitoria permanente y en observación general.
- Los pacientes diabéticos deben recibir % dosis usual de insulina la mañana del procedimiento, y los LEV de mantenimiento debe contener D5%.

INDICACIONES POST

Fluimucil 600 mg sobres cada 8 hrs. por 24 horas, según valoración real
 Suero fisiológico 500 ce en 1 hr,

	NOMBRE ANGIOPLASTIA CORONARIA		CÓDIGO 06-1-PM-011
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

Fraxiparina 0.6ml cada 24 horas por 7 días,
 ASA 100mg
 Clopidogrel 75 mg
 Ranitidina 150mg cada 12 horas
 Xanax 0.25 mg cada 12 horas

PETICIONES POST

Doppler de presiones segmentarias (dentro de la 1ª semana post Tx)
 Eco doppler (Marivi) post tratamiento y después solamente si hay síntomas de recurrencia.
 Doppler carotideo de screening

SALA DE PROCEDIMIENTOS

- Posición: Decúbito supino
- Medicación:

Circulante: Vía permeable y accesible

Venoclisis

Suero Fisiológico

Dopamina (200 mg/200 cc SG 5%)

Atropina 2 ampollas.

Medicación Paciente: clopidogrel x 75 mg (4 tabletas), ranitidina, ASA

- Instrumentados:

10cc Xilocaina al 2%


10.000 u.i. Heparina

1 mg NTG (llevar hasta 10cc con SF)

- Monitorización: ECG, Spo2, presión no invasiva.

- Accesorios:

1. cánula nasal de oxígeno, mascarillas y extensiones
2. Aspirador* sonda de aspiración
3. Cánula de Guedel de diversos tamaños
4. Riñonera
5. Desfibrilador
6. Gel para desfibrilador.
7. Electrodo de marcapaso, introductor de diferentes tamaños cables rojo y negro.
8. Inyector de alta presión.
9. Negatoscopio
10. Carro de paro


	NOMBRE ANGIOPLASTIA CORONARIA		CÓDIGO 06-1-PM-011
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

11. Bombas de infusión
12. Angiografo
13. impresora para revelado láser
14. Generador de marcapaso
15. Infusor
16. Fonendoscopio
17. Equipo de órganos
18. Glucómetro
19. Maquina de anestesia
20. Equipo para intubación orotraqueal

MATERIAL:

1. GENERA
 - 10 cc de lidocaina al 2% sin epinefrina
 - Hoja de bisturí
 - Aguja de punción
 - Guía corta
 - Introducutor
 - Manifol
 - Extensión de anestesia R 33
 - Jeringa de 10cc
 - Catéter
 - Guía larga
 - Conector de alta presión para el inyector
 - Guantes
 - Gasas
 - Recipientes de diferentes tamaño
 - Solución salina al 09%
 - R33
 - campo femoral.
 - 5 sábanas.
 - 2 blusas cirujano.
 - 2 bolsas de Suero.
 - transductor de Monitorización de Presiones.
 - Compresas.
 - Gasas.
 - Medio de contraste
 - Heparina
 - Xilocaina al 2% simple » Nitroglicerina

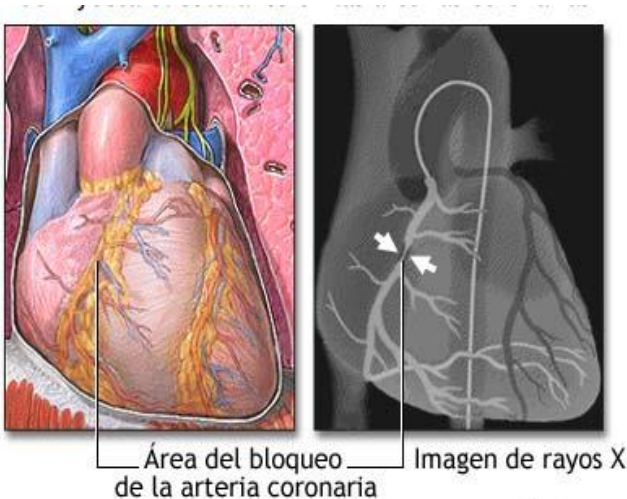
2. ESPECÍFICO:
 - Introducutor de 7fr.
 - Guía corta

	NOMBRE ANGIOPLASTIA CORONARIA		CÓDIGO 06-1-PM-011
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002


- Guía teflón 0.35 x 150 J
 - Catéter guía (según ACTP)
 - Guía 0.14
 - Insuflador
 - Introdutor de guía
 - Rotor
 - Válvula hemostática
 - Manifold
 - Tener disponible tirofiban (agratat) y Nitroprusiato.
- TIROFIBAN: sacar 50cc de una bolsa de SSN de 250 ml. y agregarle 50cc de agrastat, empacar el bolo y pasa lento por vena, y el resto pasa por bomba de infusión, (tener en cuenta tabla de dosificación)
 - Nitroprusiato 50mg diluir con ampolla 5cc. Coger 1ml (10mg) +9cc SF. En mesa 1ml (img) de esa dilución +9ccS.F. Mantener protegido de la luz.
 - Nitroglicerina 1cc diluidos en 10cc en una coquita y marcado. De la dilución tomar 1 cc y llevarlo a 3cc en el momento de inyectarlo.

PROCEDIMIENTO

La Angioplastia Coronaria es un método invasivo no quirúrgico de recanalización arterial, con la cual pueden beneficiarse aquellos pacientes con angina de pecho o con evidencia objetiva de isquemia miocárdica y que presentan obstrucciones en los vasos coronarios.

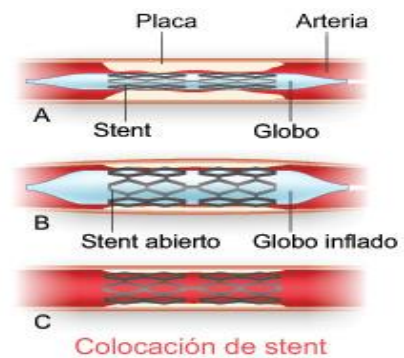


1. Se introduce el catéter dentro de la arterial femoral, que se encuentra localizada en la parte superior de la pierna, mientras el paciente se encuentra despierto y sin sentir dolor (bajo anestesia local). El procedimiento comienza cuando el médico inyecta un poco de anestesia local en el área de la ingle e introduce una aguja dentro de la arteria femoral, la cual es el vaso sanguíneo que va desde el corazón hasta la longitud de la pierna. Una vez que se introduce la aguja, se coloca un alambre, que hará las veces de guía, a través de la aguja y dentro de la arteria. Después de este paso, se deja esta guía metálica en la arteria y se retira la aguja. Luego, se coloca una aguja grande llamada introdutor sobre la guía metálica y se retira la guía.

	NOMBRE ANGIOPLASTIA CORONARIA		CÓDIGO 06-1-PM-011
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

2. A continuación, se introduce un catéter de diagnóstico, que es un tubo largo y estrecho, por el introductor y sobre la guía metálica de 0,875 centímetros (0,35"), dentro del vaso sanguíneo. A continuación, se lleva este catéter hacia la aorta y se retira la guía metálica. Una vez que el catéter está ubicado en la abertura u ostium de una de las arterias coronarias, el médico inyecta colorante y toma una serie de radiografías (película de las imágenes).

3. El primer catéter se saca sobre el guiador y se cambia por un catéter guía; luego se extrae el guiador. Un alambre guía más pequeño se introduce a través de la sección obstruida de la arteria coronaria y se coloca un tubo con un balón en la punta de manera que éste quede al lado del sitio de la obstrucción. Luego se infla el balón durante unos segundos para comprimir contra la pared arterial la placa causante de la obstrucción. Luego se desinfla el balón. El médico puede repetir este procedimiento varias veces, inflando el balón un poco más cada vez para ensanchar el trayecto por donde fluye la sangre. Este tratamiento puede ser repetido en cada sitio de las arterias coronarias donde haya una obstrucción.



4. Se puede colocar un aparato llamado stent, el cual es una estructura de metal enrejillada que se coloca dentro de la arteria coronaria para mantenerla abierta


5. Cuando se ha colocado el catéter en el origen de la arteria coronaria, se inyecta un medio de contraste y se toma una serie de rayos X para detectar cualquier cambio en las arterias. Después de esto, se extrae el catéter y se termina el procedimiento.

CUIDADOS POST

- Probar tolerancia gástrica a su llegada a planta. Primera dieta blanda una hora después del cateterismo.

CUIDADOS POST

- Probar vía oral a la llegada a sala. Primera dieta blanda una hora después del cateterismo.

	NOMBRE ANGIOPLASTIA CORONARIA		CÓDIGO 06-1-PM-011
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

- Reposo absoluto en cama entre 6 y 8 horas + No flexionar la extremidad
- Vigilar pulsos dístales, si se palpan, hematoma o sangrado avisar al médico.
- Vigilar otras reacciones alérgicas e Hipotensión
- Tomar la TA cada 30 minutos durante las dos primeras horas y después por turno.
- Puede tomar la medicación prescrita.
- Retirar el vendaje compresivo al día siguiente .Mojarlo previamente con agua y jabón; indicando a los familiares.
- Tomar abundantes líquidos en las primeras horas del procedimiento
- Alta a las 48 horas
- Los pacientes de alto riesgo se deberán mantener con monitoria permanente y en observación general.

INDICACIONES POST

- Flumucil sobre 600 mg cada 8 hrs. por 24 horas, según valoración renal
- Suero fisiológico 500 cc en la primera hora
- Según necesidad y prescripción medica:
 - ASA 100 mg
 - clopidogrel 75 mg
 - Ranitidina 150 mg
 - Xanax 0.25 mg

Tomar T.A .cada 2-3 minutos.

Si el paciente presenta nauseas o vómitos, administrar una ampolla de plasil IV directa.

ELABORO	REVISO	APROBO
ESPECIALISTA	DIRECTOR MÉDICO	DIRECTOR CIENTÍFICO