	NOMBRE RETIRO DE INTRODUTOR		CÓDIGO 06-1-PM-028
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

INTRODUCCIÓN

La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) desde sus inicios como terapéutica ha supuesto una técnica sumamente efectiva para la dilatación de las lesiones en las arterias del corazón.

El estudio se realiza en el laboratorio de hemodinámica, a cargo de cardiólogos especializados (hemodinamistas). Dicho proceso consiste en abrir una arteria obstruida o estrechada por una placa de ateroma (grasa), aumentando la luz vascular mediante la introducción por vía percutánea de un catéter asociado a un balón inflable. Durante el mismo se punciona la arteria femoral a nivel de la ingle y se coloca un pequeño dispositivo llamado introductor.

Éste consiste en un tubo de plástico a través del cual se avanzarán los catéteres hasta el origen de las arterias coronarias, en donde se inyecta un contraste que permite visualizar todo el árbol coronario.

En los últimos años se han multiplicado los dispositivos de cierre femoral postcateterismo lanzados al mercado, que han disminuido significativamente el tiempo de retirada del introductor el de hemostasia y el de inmovilización postcateterismo.

Objetivo:

Lograr una hemostasis en el sitio de punción a través de una compresión manual para evitar sangrado y/o formación de hematomas manteniendo una curación compresiva.

ALCANCE:

Desde el momento en el que el paciente sale de sala de procedimiento hasta el egreso de la unidad.

MATERIAL:

1. Micropore de 2 pulgadas de ancho
2. Esparadrapo tela de 2 pulgadas de ancho
3. Guantes desechables
4. compresas estériles


MEDICACIÓN:

Tener en la habitación

- 2 ampollas de Atropina

-1 Hemacel

- Anestésico Local al 1 %

	NOMBRE RETIRO DE INTRODUTOR		CÓDIGO 06-1-PM-028
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

PREPARACIÓN DEL MATERIAL COMPRESIVO:

- * **MICROPOPPE:** cortar dos tiras de 25 cm de longitud aproximadamente
- * **ESPARADRAPO:** Cortar dos tiras de 25 cm de longitud aproximadamente
- * **TORUNDA COMPRESIVA:** formada por una compresa, doblada longitudinalmente y enrolladas muy compacta. Fijar su doblado con esparadrapo.

PROCEDIMIENTO:


- Informar al paciente de lo que se va a hacer y de las molestias que puede tener.
- Colocar al paciente en completa posición de decúbito supino.
- Comprobar el pulso Pedio y Tibial Posterior en ambos pies. <í> Tomar TA y Frecuencia Cardíaca en situación basal.
- Comprobar la permeabilidad de la vía venosa.
- Comprimir sobre el pulso femoral y retirar el introductor manteniendo una compresión oclusiva durante 5 - 10 min. Descomprimir de forma gradual hasta la completa hemostasia.
- Realizar nueva toma de TA y FC durante la compresión y en cualquier momento que aparezca mareo, sudor o nauseas.
- Colocar la torunda sobre el pulso femoral y posteriormente el micropore y esparadrapo, fijando sus extremos de forma muy tensa
- Comprobar ausencia de sangrado y la presencia de pulsos distales marcando con rotulador la zona de su palpación.
- Continuar con la pauta de ORDENES POST CATETERISMO.

MEDIDAS:

- Si existe hematoma local, marcar con rotulador los bordes externos del mismo.
- Si Bradicardia o Hipotensión, posición de Trendelburg y monitorizar ECG.

OBSERVACIONES

- Una vez que el paciente llegue a la unidad se iniciará primeramente tolerancia hídrica y posteriormente
- dieta blanda. El incumplimiento de éstas medidas dietéticas ha llevado en muchos casos a pesadez de: estómago, flatulencia, vómitos y en ocasiones reacción vagal.

	NOMBRE RETIRO DE INTRODUTOR		CÓDIGO 06-1-PM-028
	TIPO DE DOCUMENTO PROTOCOLO MÉDICO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

- Recordar que es muy importante estimular al paciente a la ingesta de líquidos para eliminar lo antes posible el contraste radiopaco utilizado en esta técnica.
- La compresión se retirará al día siguiente, siendo aconsejable el uso de aceite de almendras para evitar lesiones sobre la piel (según nuestra experiencia).

COMPLICACIONES

1. La vía de abordaje influye en la presentación clínica de la complicación tras un cateterismo. En ésta clínica se cateteriza con mayor frecuencia la arteria femoral.
2. Se pueden producir hemorragias, pseudoaneurisma ,fístulas arterio-venosas, hematomas y otras complicaciones vasculares
3. En caso de existir estas complicaciones el paciente permanecerá en reposo absoluto en cama, se utilizara además un peso en la zona. Seguir pautas médicas.
4. Control y vigilancia por parte del personal de enfermería del miembro afectado.
5. El cardiólogo solicitará pruebas complementarias según cada caso, como control analítico en caso de hemorragia importante, eco-doppler de miembros inferiores para conocer el estado de la arteria, etc.
6. En algunos casos es necesario la intervención de cirugía, si la hemorragia no cede con compresión manual. La técnica para la reparación vascular más habitual es la sutura hemostásica.

ELABORO	REVISO	APROBO
ESPECIALISTA	DIRECTOR MÉDICO	DIRECTOR CIENTÍFICO