

	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
PROTOCOLO DE ANGIOPLASTIA (TERAPIA INTENSIVA)	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.027-02	02	1/11
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Abril 2019	Emissão Inicial	Abril 2020	
Mai 2021	Primeira Revisão	Maio 2024	

1. INTRODUÇÃO

Para detecção e tratamento precoce de possíveis complicações de correntes de procedimentos de cardiologia intervencionista, durante o período de recuperação imediato, sobretudo nas primeiras horas, condutas e cuidados, especialmente voltados para prevenção de tais complicações, devem ser tomados.

Destaque-se, como exemplo, o emprego de agentes anticoagulantes e antiplaquetários com relação a prevenção de trombose de *stent* e sangramentos.

Também deve ser procedido a dosagem de marcadores de necrose miocárdica (troponina) e eletrocardiograma. Além da observação de sítio de punção para detecção de possíveis complicações vasculares, medidas expostas abaixo devem ser realizadas em todo o paciente após a chegada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

2. OBJETIVOS

Padronizar condutas frente ao paciente submetido a intervenção coronária percutânea com ou sem implante de *stent*, após a admissão na UTI Coronariana.


3. CAMPOS DE APLICAÇÃO

Unidades de Terapia Intensiva Coronariana;
Hemodinâmica.

4. RESPONSABILIDADE/ COMPETÊNCIA

Equipe médica;
Equipe de Enfermagem.








	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
PROTOCOLO DE ANGIOPLASTIA (TERAPIA INTENSIVA)	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.027-02	02	2/11
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Abril 2019	Emissão Inicial	Abril 2020	
Maio 2021	Primeira Revisão	Maio 2024	

5. DEFINIÇÕES

AVALIAÇÃO INICIAL

O objetivo é identificar e prevenir complicações relacionadas ao procedimento.

HIDRATAÇÃO

Prevenção de nefropatia induzida por contraste e hipotensão arterial.

Dose e administração:

- ✓ Soro fisiológico a 0.9% 1 ml/kg/h 12 horas antes e 12 horas após o procedimento (classe I nível C). Pacientes hipertensos e/ou com ICC podem ser submetidos a hidratação individualizada.

MARCADORES DE NECROSE

Recomenda-se a dosar os marcadores de necrose miocárdica (troponina) após 6h e 12h do procedimento.

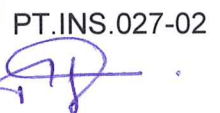
ECG DE 12 DERIVAÇÕES

Realizar antes do procedimento, na admissão na UTI Coronariana e a critério médico. Comunicar a equipe de cardiologia intervencionista se houver modificações do padrão eletrocardiográfico.









PT.INS.027-02

	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
PROTOCOLO DE ANGIOPLASTIA (TERAPIA INTENSIVA)	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.027-02	02	3/11
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Abril 2019	Emissão Inicial	Abril 2020	
Mai 2021	Primeira Revisão	Maio 2024	

ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO (antiagregante plaquetária)

Inibe irreversivelmente a COX e a produção de TXA-A2, impedindo a agregação plaquetária.

- ✓ Administrar 100 mg VO se uso crônico anterior (classe I nível A);
- ✓ Administrar 200 mg VO 2 horas antes do procedimento, se não fizer uso prévio (classe I nível C).

TIENOPIRIDÍNICOS

São antagonistas seletivos, não competitivos da agregação plaquetária pela via do ADP, bloqueando a ativação do receptor IIb/IIIa, mas não atuando diretamente sobre este receptor.

Dose de administração:

A. Doença Coronária Crônica (angioplastia eletiva):

- ✓ Clopidogrel 300mg até 6 horas antes do procedimento (classe I nível A);
- ✓ Clopidogrel 600mg até 2 horas antes do procedimento (classe I nível A);
- ✓ Manutenção de 75mg durante um ano para stent farmacológico e 30 dias para *stent* convencional (classe I nível C).

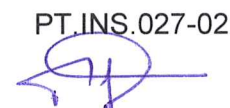
B. Síndrome Coronária Aguda:

- ✓ Clopidogrel 600mg ataque (classe I nível A);
- ✓ Manutenção de 75mg ao dia durante um ano (classe I nível C).









PT.INS.027-02

	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
PROTOCOLO DE ANGIOPLASTIA (TERAPIA INTENSIVA)	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.027-02	02	4/11
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Abril 2019	Emissão Inicial	Abril 2020	
Maior 2021	Primeira Revisão	Maior 2024	

- ✓ Ticagrelor 180mg dose ataque;
- ✓ Manutenção de 90mg de 12/12h durante um ano.
- ✓ Prasugrel 60mg dose de ataque;
- ✓ Prasugrel 10 mg ao dia por um ano.

NITROGLICERINA E NITRATOS (agentes vasodilatadores)

Os nitratos dilatam (mecanismo mediado por óxido nítrico) as artérias coronárias. Utilizar por via endovenosa em solução padronizada. Nitroglicerina em infusão ou nitrato e solução em intervalo de 6 a 8h.

TERAPIA ANTITROMBINICA

Heparina não Fracionada (HNF)

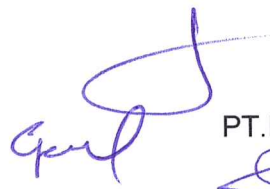
Prevenção da formação de trombos e oclusão aguda durante a angioplastia.

Dose e Administração:

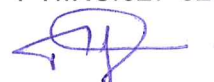
- ✓ 70 a 100UI/KG em bolus (manter TCA entre 200 a 350 segundos);
- ✓ 50 á 70 UI/Kg (manter TCA entre 200 a 250 segundos) se associado a inibidor IIB IIIa Não recomenda-se, na rotina a utilização de heparina não fracionada pós-procedimento (classe I nível C);
- ✓ Heparina de baixo Peso molecular (HBPM);
- ✓ 0.3mg/kg IV em bolus seguindo de 1,0 mg/kg SC 12/12 horas 9 classe IIa nível A.





PT.INS.027-02



	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
PROTOCOLO DE ANGIOPLASTIA (TERAPIA INTENSIVA)	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.027-02	02	5/11
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Abril 2019	Emissão Inicial	Abril 2020	
Maio 2021	Primeira Revisão	Maio 2024	

OBS.: Caso a última dose SC ter sido a menos de 8 horas, não utilizar heparina não fracionada no procedimento. O Bolus suplementar de 0.3mg/kg será utilizado se o período for entre 8 e 12 horas da última dose.

Não existe indicação formal para a sua utilização pós-intervenção.

INIBIDORES DA GLICOPROTEINA IIb/IIIa

Inibem o receptor da GP II/IIIa- integra-a membrana das plaquetas, inibe a ativação da via final comum da agregação plaquetária.

Indicações:

- ✓ É aceitável o uso de abciximab tão cedo quanto possível antes de ACTP primária (com ou sem *stent*) em pacientes com IAMCS (classe IIa nível B) e na não utilização prévia de clopidogrel em síndrome coronariana aguda sem supra de ST (classe I nível A). A dose de abciximab recomendada é de 0,25 ug/kg inicialmente em bolus seguida da administração de 0,125 ug/kg durante 12 horas.

ESTATINAS

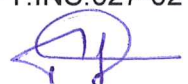
O uso de estatinas nas síndromes coronárias aguda foi recentemente fortalecido pelo estudo ARMYDA-ACS, no qual altas doses de atorvastatina (80 mg 12 horas antes e 40mg 2 horas do procedimento) foi eficaz na redução dos marcadores







PT.INS.027-02



	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
PROTOCOLO DE ANGIOPLASTIA (TERAPIA INTENSIVA)	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.027-02	02	6/11
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Abril 2019	Emissão Inicial	Abril 2020	
Maio 2021	Primeira Revisão	Maio 2024	

enzimáticos.

- ✓ Vastatinas para redução do C- LD > 100 mg/dl A;
- ✓ Vastatinas para redução do C- LDL > 70 mg/dl e < 100 mg/dl I B;
- ✓ Fibrato para reduzir triglicérides > 500 mg/ dL I A;
- ✓ Fibratos ou ácidos nicotínicos para elevar o C- HDL < 45 mg/dL I B.

METFORMINA

Deverão ser suspensas 48 horas antes da realização do procedimento para prevenir necrose tubular aguda.

CUMARÍNICOS

Suspensão da medicação e substituição por heparina de baixo peso molecular se de alto risco. Avaliar risco-benefício do procedimento.

RETIRADA DO INTRODUTOR

A retirada do introdutor é de responsabilidade e deverá ser executada pela equipe de cardiologia intervencionista. Os dispositivos de reparo percutâneo da artéria femoral poderão ser utilizado em casos selecionados. Caso haja indicação clínica para manutenção de heparinização, recomenda-se iniciar após a retirada do introdutor.

Amato

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

PT.INS.027-02

[Handwritten signature]

	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
PROTOCOLO DE ANGIOPLASTIA (TERAPIA INTENSIVA)	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.027-02	02	7/11
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Abril 2019	Emissão Inicial	Abril 2020	
Mai 2021	Primeira Revisão	Maio 2024	

7. PRINCIPAIS PASSOS

PREPARO E CUIDADOS NO PRÉ CATETERISMO CARDÍACO (CINEANGIOCORONARIOGRAFIA) E ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIANA

- ✓ Verificar se o paciente cumpriu o jejum mínimo recomendado de 6 horas prévias ao exame (procedimentos eletivos).
- ✓ Atentar se o paciente está em uso de medicações que contraindiquem ou tenha implicações com o procedimento, a exemplo de anticoagulantes orais, hipoglicemiantes e outros.
- ✓ Retirar os adornos, como (joias, relógio etc.) e entregar ao responsável devidamente protocolados.
- ✓ Realizar tricotomia no local da via de acesso (região inguinal bilateral, cotovelo ou punho), no máximo até 2 horas antes do procedimento). Em caso de emergência esta prática pode ser realizada na Sala de Hemodinâmica.
- ✓ Obter acesso venoso adequado com jelco no MSE, uma vez que o lado direito é o uso preferencial para a intervenção coronária, instalando a seguir preferencialmente Soro Ringer para hidratação prévia a fim de prevenir nefropatia induzida por contraste, bem como permitir a infusão de fármacos necessários ao procedimento.

Donato

DR

DR

DR

DR

DR

PT.INS.027-02

DR

	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
PROTOCOLO DE ANGIOPLASTIA (TERAPIA INTENSIVA)	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.027-02	02	8/11
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Abril 2019	Emissão Inicial	Abril 2020	
Maio 2021	Primeira Revisão	Maio 2024	

CUIDADOS PÓS CATETERISMO CARDÍACO VIA FEMURAL/ RADIAL.

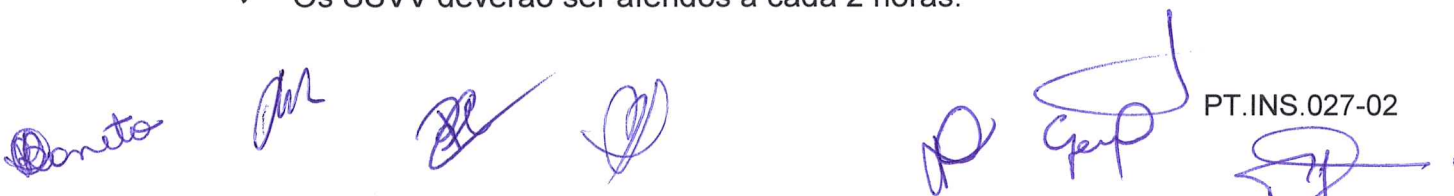
I. Acesso via artéria femural:

- ✓ Após a retirada do introdutor da arterial femural, o paciente deverá manter repouso absoluto no leito por, pelo menos, 6 horas.
- ✓ Os SSVV deverão ser verificados a cada 2 horas.
- ✓ Verificar pulso e perfusão do membro a cada 15 minutos na 1º hora, a cada 30 minutos na 2º hora e a cada 1 hora nas últimas 4 horas do repouso.
- ✓ O curativo será removido nas primeiras 24 horas após a realização do exame, salvo exceções como: sangramento, hematoma ou ausência de pulso distal.
- ✓ Caso o paciente esteja recebendo infusão de anticoagulantes ou antiagregante plaquetário (Heparina ou reopro), o mesmo deverá permanecer em repouso no leito.
- ✓ Observar sangramento e/ou formação de hematoma em local de punção, onde foi realizado o curativo compressivo: caso ocorram, comunicar imediatamente ao médico e/ ou enfermeiro responsável pelo setor.
- ✓ Após a retirada do introdutor arterial, a dieta oferecida ao paciente deverá ser leve.

II. Acesso via Radial:

- ✓ Não dobrar o braço do paciente bruscamente após as primeiras horas de recuperação;
- ✓ Os SSVV deverão ser aferidos a cada 2 horas.

PT.INS.027-02



	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
PROTOCOLO DE ANGIOPLASTIA (TERAPIA INTENSIVA)	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.027-02	02	9/11
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Abril 2019	Emissão Inicial	Abril 2020	
Maio 2021	Primeira Revisão	Maio 2024	

- ✓ Verificar pulso e perfusão do membro a cada 15 minutos na 1° hora, a cada 30 minutos na 2° hora e a cada 1 hora nas últimas 2 horas do repouso.
- ✓ Observar sinais de sangramento, hematoma ou edema no local do exame; Caso ocorra, comunicar o médico e/ ou enfermeiro do setor.

OBS¹.: Em caso de dor no peito, ou quaisquer intercorrências comunicar o médico responsável.

OBS².: Caso a mão cujo membro foi realizado o procedimento, apresentar-se mais fria ou de coloração diferenciada em relação à outra, ou ainda com parestesia, comunique ao médico imediatamente.

III. Cuidados pós angioplastia transluminal coronariana:

- ✓ Repouso absoluto no leito por, no mínimo, 24 horas caso não haja complicações.
- ✓ Manter a cabeceira do leito elevada a 30°, salvo quando houver contraindicações (Ex: dispnéia, tosse, mal-estar em decúbito dorsal, etc.).
- ✓ Observar e comunicar de imediato o aparecimento de dor torácica (com ou sem irradiação), dispnéia, palpitações, transpiração excessiva.
- ✓ Estimular o paciente a urinar após o procedimento.
- ✓ Observar membro acessado no procedimento, se houver necessidade, deverá ser contido de forma a evitar intercorrências.

Donato

dm

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

PT.INS.027-02

[Signature]

	PROTOCOLO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
PROTOCOLO DE ANGIOPLASTIA (TERAPIA INTENSIVA)	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	PT.INS.027-02	02	11/11
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Abril 2019	Emissão Inicial	Abril 2020	
Maio 2021	Primeira Revisão	Maio 2024	

CONTROLE DE EMISSÃO		
ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
<p>Othilia Maria Henriques Brandão Nóbrega Coordenadora de Enfermagem da UTI Coronariana</p> <p><i>Othilia Maria H. Brandão Nóbrega</i> Coordenadora de Enfermagem COREN-PB 234.009 - ENF Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires</p> <p>Gustavo Rique Moraes Coordenador da UTI Coronariana</p> <p><i>Gustavo Rique Moraes</i></p> <p>Dr. Gustavo Rique Moraes CRM-PB 6861 Coordenador Médico UTI Coronária Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires</p>	<p>Renata Gomes Barreto Coordenadora da Terapia Ocupacional e de Qualidade</p> <p><i>Renata Gomes Barreto</i> Coord. de Terapia Ocupacional / Qualidade COREN-TO 19069/TO Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires</p> <p>Bruno da Silva Brito Gerente Multidisciplinar e de Qualidade</p> <p><i>Dr. Bruno da Silva Brito</i> CREP-TO 171763-F Gerente Multidisciplinar Qualidade Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires</p> <p>Kátia Jaqueline da Silva Cordeiro Gerente de Enfermagem</p> <p><i>Kátia Jaqueline da Silva Cordeiro</i> Gerente de Enfermagem COREN-PB384.395 Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires</p>	<p>Gilberto Costa Teodózio Direção Assistencial</p> <p><i>Gilberto C. Teodózio</i> Gilberto C. Teodózio COREN 392110 DIRETOR ASSISTENCIAL Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires</p> <p>Thiago Vila Nova Direção Técnica</p> <p><i>Thiago Vila Nova</i> Thiago Vila Nova DIRETOR TÉCNICO Mat.: 909.222-6 Hosp. Metrop. Dom José Maria Pires</p> <p>Antônio Cavalcanti Pedrosa Direção Geral</p> <p><i>Antônio Pedrosa</i> Antônio Pedrosa DIRETOR GERAL Mat.: 187.750-0 Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires</p>

Antônio