

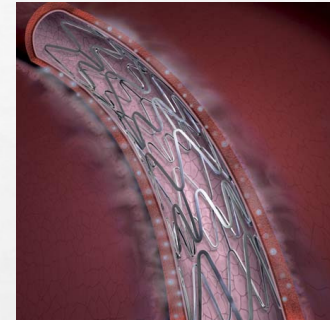
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA-ATC

Enf^a SIMONE QUERINO
simonequerino@han.net.br

CONCEITO

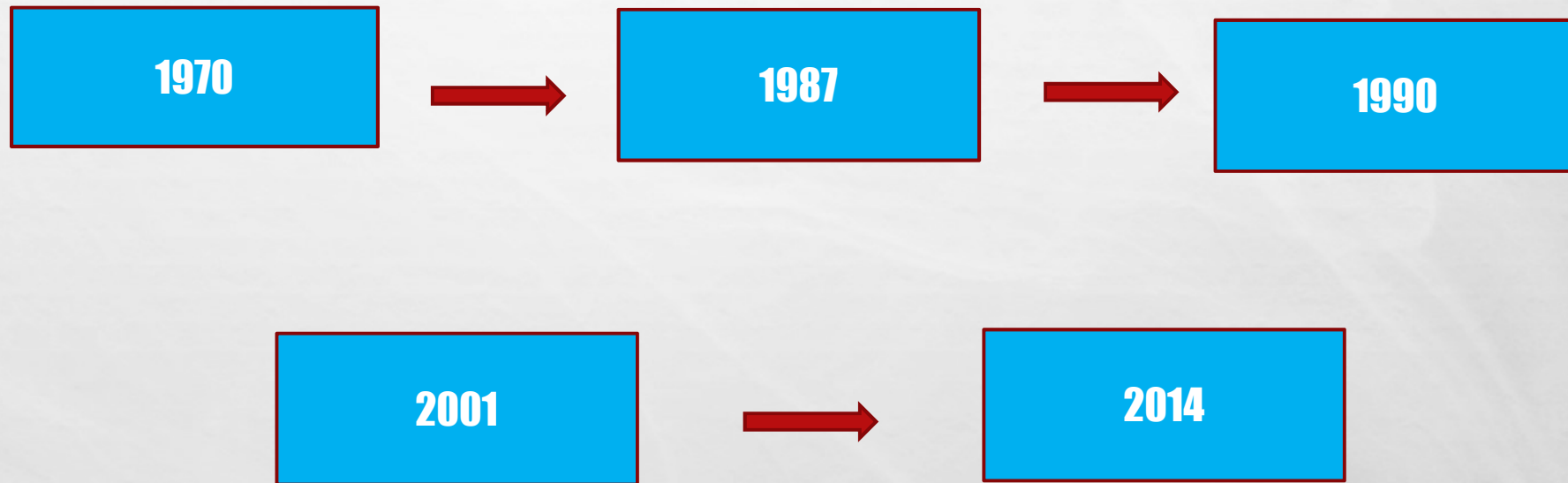
- **MÉTODO DE REVASCULARIZAÇÃO DAS ARTÉRIAS CORONÁRIAS NO IAM.**

OBJETIVO

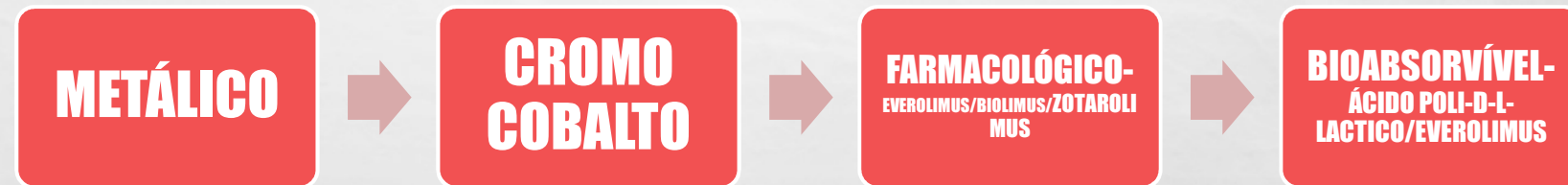
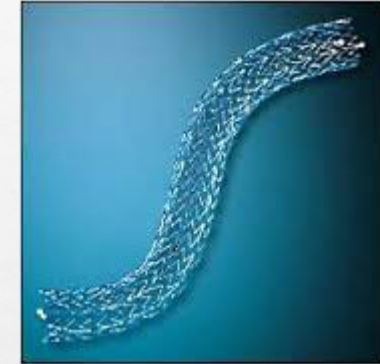


- **COMPRESSÃO DO ATEROMA, NÃO CALCIFICADO, AO REVESTIMENTO DA LUZ DA ARTÉRIA, ALIVIANDO A ESTENOSE, RESTAURANDO A NORMALIDADE DO FLUXO PARA DEBELAR A ISQUEMIA MIOCÁRDICA.**

LINHA DO TEMPO



TIPOS DE STENTS



TÉCNICA PERCUTÂNEA, MINIMAMENTE INVASIVA

VIAS DE ACESSO

RADIAL

FEMORAL

BRAQUIAL

INDICAÇÕES ANATÔMICAS

- CLASSIFICAM-SE AS LESÕES EM 3 TIPOS:

LESÕES TIPO A

LESÕES TIPO B (B1 E B2)

LESÕES TIPO C

INDICAÇÕES CLÍNICAS

- ANGINAS REFRAATÁRIAS AO TRATAMENTO CLINICO COM EVIDENCIAS DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA
- ANGINAS INSTÁVEIS PROGRESSIVAS
- ANGINAS VASOESPÁSTICAS COM LESÕES FIXAS IMPORTANTES
- PACIENTES MULTIARTERIAIS

INDICAÇÕES CLÍNICAS

- **OCLUSÕES CRÔNICAS COM PERÍODO < 3 MESES**
- **PACIENTES ASSINTOMÁTICOS COM PROVA DE ISQUEMIA POSITIVA**
- **INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)**
- **PACIENTES JÁ SUBMETIDOS A REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA**

CONTRA INDICAÇÕES

ABSOLUTA

- OBSTRUÇÃO < 50 %
- LESÃO EM TCE SEM PROTEÇÃO A UM DOS RAMOS DISTAIS

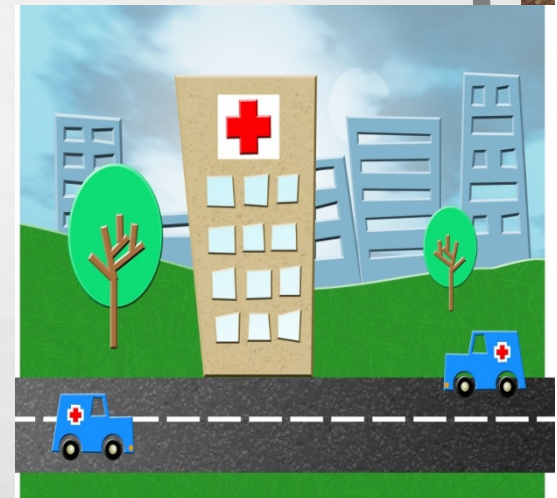
RELATIVA

- COAGULOPATIA
- LESÃO DIFUSA
- ACOMETIMENTO DIFUSO NA REDE NATIVA COM LEITO DISTAL APROPRIADO PARA RM
- OCLUSÕES CRÔNICAS
- CANDIDATOS À RM
- ANEURISMA PROXIMAL-DISTAL À ESTENOSE

VANTAGENS DA ANGIOPLASTIA CORONÁRIA

- BAIXAS TAXAS DE COMPLICAÇÕES MAIORES –(MORTE, IAM,CIRURGIA DE EMERGÊNCIA)
- LESÕES COMPLEXAS,
- MELHOR CONTROLE DAS COMPLICAÇÕES AGUDAS,
- ALTAS TAXAS DE SUCESSO PRIMÁRIO.
- MENOR RISCO
- REDUÇÃO DA TAXA DA REESTENOSE
- MENOR TEMPO DE INTERNAMENTO
- MENOR CUSTO

ANGIOPLASTIAS NO IAMCSST



TIPOS DE ATC

- ✓ PRIMÁRIA;
- ✓ DE SALVAMENTO OU RESGATE;
- ✓ FACILITADA

Procedimento	RECOMENDAÇÃO	Nível de evidência
ICP Primária Pacientes com diagnóstico de IAM com sintomas iniciados < 12 horas e com a viabilidade de efetivar o procedimento com retardo < 90 minutos após o diagnóstico *	I	A

* Suporte cirúrgico presencial não é obrigatório, desde que exista um sistema de suporte à distância, funcionante e ativo, com retardo < 60 minutos. A classificação recomenda que os centros intervencionistas pratiquem > 75 casos de ICP/ ano e > 12 casos no IAM/ano.

Arq Bras Cardiol 2015;

ESCOLHA DO MÉTODO DE RECANALIZAÇÃO CORONÁRIA

⊙ **ATC SUPERIOR A TROMBÓLISE , PORÉM COM DELTA T <3H A EFICÁCIA É PARECIDA , SENDO MAIS EVIDENTE NOS CASOS DE MAIOR RISCO E EVOLUÇÃO.**

⊙ **CRITÉRIOS DE ESCOLHA:**

✓ **DELTA T (3H) ,**

✓ **HEMODINÂMICA DISPONÍVEL,**

✓ **ATRASSO OU NÃO PARA ATC (TEMPO PORTA-BALÃO <90MIN**

TEMPO PORTA AGULHA – PORTA BALÃO <60 ,

TEMPO DE TRANSFERÊNCIA <2H ,

QUANDO TRANSFERIR PACIENTES PARA INTERVENÇÃO

- INÍCIO DOS SINTOMAS DE IAM HÁ <12HORAS;
- CONTRAINDICAÇÃO PARA FIBRINÓLISE;
- TEMPO PREVISTO PARA TRANSFERÊNCIA;
- HEMODINÂMICA DISPONÍVEL
- TRANSPORTE RODOVIÁRIO OU AÉREO EM AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA COM MONITORAMENTO MÉDICO TREINADO.

FIBRINOLÍTICOS UTILIZADOS NA TROMBÓLISE NO IAM COM SUPRA DE ST

- **ESTUDO GUSTO DEMONSTROU SUPERIORIDADE DO RT-PA (ALTEPLASE) EM RELAÇÃO A ESTREPTOQUINASE , EMBORA TENHA AUMENTADO RISCO DE AVC.**
- **ESTREPTOQUINASE TEM MENOR CUSTO. RISCO DE HIPOTENSÃO;**
- **ESTUDO ASSENT-II DEMONSTROU QUE TENECTEPLASE É SIMILAR AO RT-PA EM TERMOS DE MORTALIDADE , COM MENOS RISCO DE HEMORRAGIAS. SEM FALAR NA PRATICIDADE DE SER EM BOLUS ÚNICO , DIMINUINDO ERROS NA DOSAGEM E FACILITANDO TROMBÓLISE PRÉ-HOSPITALAR.**

CRITÉRIOS DE REPERFUSÃO

- **DESAPARECIMENTO DA DOR.**
- **QUEDA DO SUPRADESNÍVEL DO SEGMENTO ST MAIOR QUE 50%.**
- **ARRITMIAS DE REPERFUSÃO (TV LENTA, EXTRASSÍSTOLES COMPLEXAS)**
- **PICO PRECOCE DE CKMB**

INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA DE RESGATE OU SALVAMENTO

- **ESTRATÉGIA DE RECANALIZAÇÃO MECÂNICA REALIZADA PRECOCEMENTE QUANDO A TERAPIA FIBRINOLÍTICA FALHA EM ATINGIR A REPERFUSÃO MIOCÁRDICA.**

INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA FACILITADA

- ✓ A ICP FACILITADA É UMA INTERVENÇÃO PLANEJADA, EFETIVADA , NAS PRIMEIRAS 12 HORAS APÓS O INÍCIO DOS SINTOMAS, LOGO APÓS A ADMINISTRAÇÃO DE FIBRINOLÍTICOS E OU INIBIDORES DA GLICOPROTEÍNA IIB/IIIA.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

- DISSECÇÃO
- OCLUSÃO ABRUPTA
- PERFURAÇÃO CARDÍACA
- ESPASMO
- HEMATOMA
- HEMORRAGIA
- ANEURISMA
- PSEUDO ANEURISMA
- IAM
- ARRITMIAS
- PCR
- ÓBITO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- ORIENTAR E ESTIMULAR MUDANÇA COMPORTAMENTAL E ADESÃO AO AUTO-CUIDADO;
- APOIO EMOCIONAL- MEDO DA MORTE
- ORIENTAR PACIENTE SOBRE O PROCEDIMENTO;
- VERIFICAR TCLE
- ALERGIAS
- MEDICAÇÕES EM USO (AAS + CLOPIDOGREL)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- MANTER VENÓCLISE DE MSE (CALIBROSO)
- RETIRAR PRÓTESE DENTÁRIA E ADORNOS
- CHECAR JEJUM, TRICOTOMIA, VIA DE ACESSO DO PROCEDIMENTO
- EXAMES LABORATORIAIS;
- ECG

- NÃO RETIRAR APARELHO AUDITIVO
- REALIZAR MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA
- MANTER INTRODUTOR, RETIRAR 6 H APÓS, CONFORME PROTOCOLO
- ATENÇÃO AO MEMBRO PUNCIONADO;
- FAZER USO DE EPI

- CURATIVO COMPRESSIVO APÓS RETIRADA DO INTRODUTOR, CONFORME PROTOCOLO
- ATENÇÃO PARA SINAIS DE COMPLICAÇÃO
- ESTIMULAR HIDRATAÇÃO ATENÇÃO PRA FE
- OFERECER DIETA LEVE
- REPOUSO NO LEITO POR 06 HORAS (**FEMORAL**)
- POR 03 HORAS (**BRAQUIAL OU RADIAL**)
- DEAMBULAR 12 H APÓS PARA ACESSO FEMORAL

“ ENQUANTO HOVER VONTADE DE LUTAR HAVERÁ ESPERANÇA DE VENCER “

SANTO AGOSTINHO

OBRIGADA!

