

## SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

### PROTOCOLO DE PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA REALIZACIÓN DE CATETERISMO CARDÍACO.

#### EL CATETERISMO CORONARIO

El cateterismo coronario es una prueba para el diagnóstico y/o tratamiento de diversas patologías cardíacas. Permite conocer el funcionamiento y anatomía del corazón, de las arterias coronarias y válvulas cardíacas, tratar defectos congénitos o adquiridos y medir presiones de las cavidades cardíacas.

Es un procedimiento mínimamente invasivo, que se realiza tras la punción con anestesia local de arterias y/o venas, siendo las más habituales la arteria radial, la arteria femoral, la vena yugular y la vena femoral.

Una vez canalizados los accesos vasculares, se introduce un catéter que avanza con el soporte de una guía metálica a través de las arterias y/o venas hasta el corazón. Cuando se posiciona el catéter en la zona indicada, se inyecta un contraste yodado que se visualiza mediante fluoroscopia. Esto nos permitirá visualizar el flujo sanguíneo.

En el caso de que haya una obstrucción será necesario realizar angioplastia. Para la angioplastia se introduce un catéter con un balón que avanza hasta la zona afectada. Al inflar el balón, se comprime la placa de ateroma, abriendo el vaso sanguíneo para mejorar el flujo. Muchas veces es necesaria la implantación de una prótesis intravascular o stent, para evitar que la arteria lesionada se vuelva a cerrar.

#### CUIDADOS PRE-CATETERISMO

##### **Preparación del paciente con ingreso programado:**

- Recepción y acogida del paciente en la unidad.
- Identificación del paciente y colocación de la pulsera identificativa.
- Montar la historia clínica: Electrocardiograma más actual, tratamiento más reciente prescrito por el facultativo y el informe de anamnesis (el resto de documentos se guardarán en la carpeta de papel y se depositarán en el cajetín correspondiente al número de habitación del paciente para no saturar la historia clínica con demasiado papel).
- Se realizará la valoración inicial de enfermería y las escalas de valoración: EVA, Braden, Barthel, test de cribado para la detección del riesgo de caídas y el



cuestionario de inserción de accesos venosos (ya que nosotros mismos canalizaremos la vía periférica en planta).

- Establecer el plan de cuidados según los diagnósticos enfermeros detectados.
- Gestión de la dieta terapéutica (por regla general pobre en grasas, sin sal, si no cuenta con ninguna otra patología que requiera alguna dieta especial).
- El cardiólogo informará y entregará al paciente el consentimiento informado, que una vez firmado se guardará en la historia clínica.
- Realizar la petición de electrocardiograma para el día siguiente.
- Pesar y tallar al paciente.
- Canalización de vía venosa periférica (preferentemente en el miembro superior izquierdo para dejar el brazo derecho libre, ya que normalmente es en arteria radial derecha donde intentar realizar la canalización de la arteria).
- Extracción de una analítica urgente: bioquímica, hemograma y coagulación.
- Administrar medicación según el tratamiento médico.
- Según indicación médica, en la mayoría de las ocasiones, se realiza una preparación antitrombótica el día anterior, precisando el paciente de la administración de antiagregantes +/- anticoagulantes, siendo las dos terapias más frecuentes las siguientes:
  - Ácido Acetil Salicílico (AAS) 300 mg VO + Clopidogrel 300 mg VO
  - Ácido Acetil Salicílico (AAS) 300 mg VO + Ticagrelor 180 mg VO

### **Preparación del paciente ya ingresado:**

- El cardiólogo hará entrega al paciente del consentimiento informado, que una vez firmado se guardará en la historia clínica.
- Comprobar la permeabilidad de la vía venosa periférica (no olvidar rellenar el cuestionario de accesos venosos. En este caso seguimiento si viene con una vía canalizada en urgencias/UCI).
- En el caso de que el paciente tenga el resultado de una analítica reciente no será necesario realizar una nueva, salvo indicación del médico.
- Pesar y tallar al paciente.
- Realizar la petición de electrocardiograma para el día de la intervención.

### **Preparación el día de la intervención:**

- El paciente permanecerá sin ingerir alimentos sólidos desde las 24h. No obstante, puede tomar líquidos y tomará toda su medicación correspondiente prescrita por el facultativo. (si es necesaria alguna excepción, el facultativo lo indicará previamente).
- En los pacientes diabéticos se deberá realizar control de la glucemia basal; si el resultado es mayor o igual a 300 mg/dl se administrará insulina SBC según la pauta prescrita junto a la pauta de corrección según el protocolo de planta. Si el paciente es alérgico a los contrastes yodados, se administrará la premedicación correspondiente según indicación médica antes del procedimiento, siendo preferible comenzar el día anterior en el caso de que sea posible. La pauta más habitual es la siguiente:
  - Metilprednisolona 40 mg IV + dexclorfeniramina 5 mg IV
- En pacientes con nefropatía o con alteración en la función renal, podría ser necesario la instauración de sueroterapia previa a la intervención según indicación médica.
- Rasurado de muñecas y ambas zonas inguinales.
- Ducha con agua y jabón la mañana del procedimiento.
- El paciente llevará puesto un camisón y sin ropa interior.
- Se retirarán prótesis dentales y objetos metálicos.
- Traslado del paciente a la sala de cateterismo con su historia clínica.

### **CUIDADOS POST-CATETERISMO DIAGNÓSTICO**

- ❖ Revisar el informe médico y de enfermería del procedimiento.
- ❖ Toma de constantes vitales a su llegada a planta: TA y FC.
- ❖ Control de la diuresis (primera micción).
- ❖ El paciente no podrá ingerir alimentos sólidos ni tomar líquidos durante las dos horas siguientes a la realización de la intervención.
- ❖ Cuando el paciente haya reiniciado la ingesta, deberá tomar abundantes líquidos para ayudar a eliminar el contraste.
- ❖ La sueroterapia se podrá retirar cuando haya finalizado sino está pautada en el tratamiento médico.



- ❖ Iniciar la deambulación según las siguientes pautas:
  - Procedimiento diagnóstico vía radial: a las dos horas de la intervención.
  - Procedimiento diagnóstico vía femoral: a las 24 horas y con una transición cama-sillón, deambulación con 30-60 minutos entre fases.

#### **Punción arteria radial:**

- ✓ A la vuelta de la sala de cateterismo el paciente deberá volver con la jeringa para desinflar el dispositivo de compresión radial en la historia (sino reclamarlo a sala de cateterismo).
- ✓ Vigilar la zona de punción: coloración, temperatura, hematoma, sangrado, dolor y movilidad del miembro.
- ✓ Informar al paciente de la posición del brazo en cabestrillo sobre el tórax, movilizándolo los dedos de vez en cuando.
- ✓ Descompresión de la pulsera radial según protocolo de la unidad:
  - A las 3 horas de la intervención: 2 cc aire.
  - A las 5 horas de la intervención: 2 cc aire.
  - A las 7 horas de la intervención: 2 cc aire.
- ✓ Se retira el dispositivo de compresión radial y se coloca un apósito.
- ✓ No obstante, en casos de procedimiento radial diagnóstico, donde no se haya utilizado heparina en sala de cateterismo, estos tiempos podrán reducirse y podrá retirarse completamente la pulsera a las 4 horas, con un desinflado de 2 en 2 cc a las 2, 3 y 4 horas.
- ✓ Si durante la descompresión se produce un sangrado, se inflará de nuevo el dispositivo hasta la presión previa.
- ✓ Ante la presencia de un hematoma se colocará vendaje compresivo en la zona afectada, revisando la extremidad periódicamente. En este caso se avisará a cateterismo para su revisión por parte de enfermería o facultativos de dicha unidad.
- ✓ Una vez retirado el dispositivo es importante informar al paciente de no realizar movimientos bruscos con la extremidad.



### **Punción arterial femoral:**

- ✓ A la vuelta de la sala de cateterismo el paciente deberá volver con el punto de sutura en la arteria femoral (sutura bioabsorbible intra-arterial) y con la indicación de reposo absoluto entre 12-24 horas post intervención.
- ✓ Vigilar la zona de punción: coloración, temperatura, hematoma, sangrado, dolor...
- ✓ Comprobar el pulso pedio y el tibial posterior.
- ✓ El paciente permanecerá en la cama en reposo al menos 24h, evitando flexionar la extremidad de la punción.
- ✓ Si el paciente trae vendaje compresivo se retirará a las 24h de la intervención.
- ✓ En pacientes con dispositivo con balón de compresión femoral se realizará el desinflado al 50% (20 cc) a las 6 horas de la subida a planta del paciente. Si pasada una hora no aparece sangrado se desinflará por completo y se retirará, siendo sustituido por un vendaje compresivo y/o un refuerzo de la compresión que tenga el paciente.

### **CUIDADOS POST- CATETERISMO TERAPÉUTICO**

- ❖ Realizar el mismo protocolo que en el cateterismo diagnóstico.
- ❖ A la vuelta de la sala de cateterismo el paciente deberá volver con tres cosas en la historia clínica:
- ❖ Jeringa para desinflar el dispositivo de compresión radial.
- ❖ Volante de analítica urgente ya identificado (y cazado) junto a (normalmente) un bote de bioquímica urgente también identificado.
- ❖ Volante de extracción de analítica para el día siguiente.
- ❖ Si alguna de estas tres cosas faltara habría que reclamarlas a la sala de cateterismo.
- ❖ Cursar la analítica urgente con enzimas seriadas extraídas durante el procedimiento.
- ❖ Extraer analítica el día siguiente de la intervención. Será de rutina (si al día siguiente es día entre semana) o urgente (si al día siguiente es festivo o fin de semana).
- ❖ Monitorización cardíaca por telemetría sí implantación de más de 3 stents o stent en el tronco coronario izquierdo, (leer informe de cateterismo en historia clínica para saber cuántos stents se le han implantado).
- ❖ Realizar electrocardiograma.
- ❖ Si el paciente tiene prescrito sueroterapia previa a la realización del cateterismo, se mantendrá durante las siguientes 24 horas salvo orden facultativa de suspensión.



Iniciar deambulación según las siguientes pautas:

**Procedimiento terapéutico vía radial:** a las 6 horas de la intervención. En el caso de que se trate de un ingreso por síndrome coronario agudo, preferentemente solo deambulación en la habitación las primeras 24 horas.

**Procedimiento terapéutico vía femoral:** a las 24 horas y con una transición cama-sillón, deambulación con 30-60 minutos entre fases.

Fecha de realización: Enero 2023.

Fecha de Revisión: Enero 2024

Protocolo realizado por:

- Juan Manuel García Medina (DUE de Hospitalización).
- Sandra Rodríguez Ortega (DUE de Hospitalización).

Protocolo revisado por:

- Dr. Francisco Hidalgo Lesmes (cardiólogo del área de hemodinámica).
- Dña. María Luisa Luque Serrano (supervisora de cardiología).

Próxima revisión: Enero 2025.