



A angioplastia coronária é um procedimento de revascularização miocárdica minimamente invasiva onde é implantada uma prótese (*stent*) por via percutânea, geralmente através do acesso vascular arterial radial; o seu objetivo é o tratamento de estenoses coronarianas para o alívio de sintomas e/ou isquemia miocárdica. A causa mais comum dessas estenoses é a aterosclerose, que representa a deposição gradual e lenta de partículas de colesterol na parede dos vasos.

I - ASSISTENCIAL

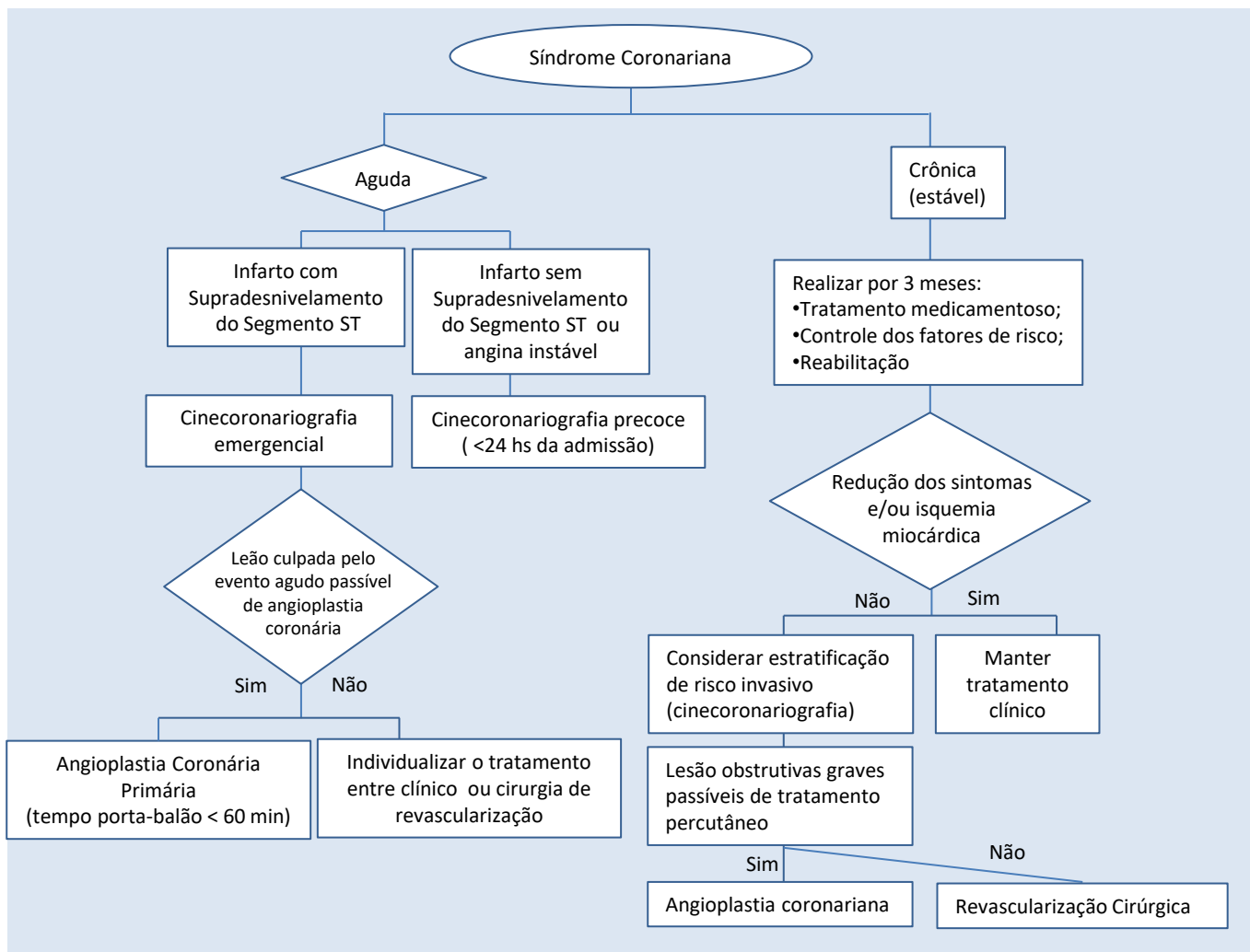
1. DIAGNÓSTICO

História clínica: Dor precordial insidiosa ou aguda, que pode ser se agravar com o tempo, muitas vezes refratária ao tratamento conservador e que pode causar limitações para as atividades básicas. Em casos de dor precordial de início agudo a angioplastia deve ser realizada em caráter de urgência/emergência, visando o tratamento da artéria culpada pelo evento.

Exame físico: É inespecífico. Podendo evidenciar dor precordial de caráter agudo ou crônico.

Confirmação diagnóstica: O exame de cinecoronariografia é o padrão ouro para o diagnóstico e estratificação de risco para o tratamento mais adequado. Este exame também auxilia no planejamento da angioplastia coronária com implante de stent(s).

| CID 10 | Definição |
|--------|--|
| I20 | Angina pectoris |
| I20.0 | Angina instável |
| I20.9 | Angina pectoris, não especificada |
| I21 | Infarto agudo do miocárdio |
| I70 | Aterosclerose |
| I74.9 | Embolia e trombose de artéria não especificada |
| I74 | Embolia e trombose arteriais |
| I24 | Outras doenças isquêmicas agudas do coração |
| I74.8 | Embolia e trombose de outras artérias |
| I25 | Doença isquêmica crônica do coração |
| I25.4 | Aneurisma de artéria coronária |
| I25.5 | Miocardioptia isquêmica |
| I25.6 | Isquemia miocárdica silenciosa |
| I25.8 | Outras formas de doença isquêmica crônica do coração |



2. INDICAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO OU DE TRATAMENTO CONSERVADOR

Pacientes com síndromes coronária crônica: Após tratamento clínico otimizado por pelo menos 3 meses;

Pacientes com síndromes coronárias aguda: A cinecoronariografia precoce seguida pelo tratamento com angioplastia da artéria culpada pelo evento agudo deve ser realizada simultaneamente ao tratamento clínico otimizado.

3. EXAMES E AVALIAÇÕES RECOMENDADOS NO PRÉ-OPERATÓRIO

Hemograma completo, coagulograma, sódio, potássio, uréia, creatinina e glicemia de jejum, e eletrocardiograma.

4. ESCORE DE RISCO

- Escore de Syntax, Syntax 2, Escore STS e Euroscore.

5. ALOCAÇÃO DURANTE A INTERNAÇÃO

• **Angioplastia coronária de urgência e emergência:** Pós-operatório na unidade semi-intensiva ou UTI, duração da internação de 2-3 dias;

• **Angioplastia coronária eletiva:** Pós-operatório em apartamento, duração da internação de 24 horas.

6. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Tempo estimado de cirurgia

2 horas

Anestesia: Sedação consciente.

Antibioticoprofilaxia: Não

- Antibiótico: NA
- Dose: NA
- Repique durante a cirurgia: NA
- Duração da antibioticoprofilaxia: NA

Tecnologias necessárias durante a cirurgia

Angiógrafo em todos os casos; imagem intravascular (ultrassom, tomografia de coerência óptica em 50% dos casos)

7. PÓS-OPERATÓRIO

Prescrição médica do PO

| | POI | 1° PO | PO2 até alta |
|-------------------|---|---|---|
| Dieta | Leve iniciada 1 hora após o término da cirurgia | Geral ou específica para a condição clínica do paciente | Geral ou específica para a condição clínica do paciente |
| Analgesia | Dipirona 1 g EV 6/6 h ou paracetamol 750 mg VO 6/6h | Dipirona 1 g EV 6/6 h ou paracetamol 750 mg VO 6/6h | Dipirona 1 g EV 6/6 h ou paracetamol 750 mg VO 6/6h |
| | Tramadol 100mg EV 6/6h | Tramadol 100mg EV 6/6h | Tramadol 100mg EV 6/6h |
| | Morfina 2 mg EV até 4/4h | Morfina 2 mg EV até 4/4h | Morfina 2 mg EV até 4/4h |
| Outras medicações | Terapia antiagregante plaquetária dupla com aspirina e inibidor de P2Y12 | Terapia antiagregante plaquetária dupla com aspirina e inibidor de P2Y12 | Terapia antiagregante plaquetária dupla com aspirina e inibidor de P2Y12 |
| Profilaxia de TEV | Enoxaparina 40 mg SC 1x/dia iniciada 12h após o procedimento (se clearance de creatinina ≤ 30 mL/min, 20 mg SC 1x/dia; se IMC ≥ 35 , considerar ajuste da dose para 60 mg 1x/dia) | Enoxaparina 40 mg SC 1x/dia iniciada 12h após o procedimento (se clearance de creatinina ≤ 30 mL/min, 20 mg SC 1x/dia; se IMC ≥ 35 , considerar ajuste da dose para 60 mg 1x/dia) | Enoxaparina 40 mg SC 1x/dia iniciada 12h após o procedimento (se clearance de creatinina ≤ 30 mL/min, 20 mg SC 1x/dia; se IMC ≥ 35 , considerar ajuste da dose para 60 mg 1x/dia) |
| Fisioterapia | Sentar em poltrona dependendo das condições clínicas do paciente. | Deambular dependendo das condições clínicas do paciente. | Deambular dependendo das condições clínicas do paciente. |
| Ordens e cuidados | Cuidados com o acesso vascular, radial ou femoral. Atenção para sangramento e complicações vasculares. | Cuidados com o acesso vascular, radial ou femoral. Atenção para sangramento e complicações vasculares. | Cuidados com o acesso vascular, radial ou femoral. Atenção para sangramento e complicações vasculares. |
| Curativo | Local, com pulseira pneumática por 3 horas. Após curativo oclusivo. | Após curativo oclusivo. | Após curativo regular. |
| Outros | NA | | |

8. PÓS-OPERATÓRIO

Critérios e momento da alta

- **Dia do pós-procedimento deve ocorrer a alta:** 1-3 dias;
- **Quais os critérios mínimos para que o paciente tenha alta:** Depois que o paciente caminhe e com sinais vitais normais.

Orientações de alta

Procure o intervencionista caso ocorra:

- Vermelhidão;
- Inchaço;
- Hematoma ou sangramento no local do acesso vascular;
- Sopros no local do acesso vascular
- Inchaço ou dor local;
- Aumento da dor local em relação ao dia da alta;
- Febre ou calafrios;
- Dor no peito ou falta de ar.

Retornos programados

- Retornar em 15 dias para avaliação cardiológica;
- Retorno com 1, 3 e 6 meses e anualmente para avaliação cardiológica.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de reinternação relacionadas ao procedimento (30 dias)
- Taxa de retorno ao Pronto socorro relacionados ao procedimento (< 30 dias);
- Taxa de infecção do sítio de inserção ou infecção do acesso vascular (< 30 dias);

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: alteração no fluxo de síndrome coronariana aguda; inclusão do tempo porta balão; descrição do período de internação.

V. REFERÊNCIAS

[1] Moscucci M. Grossman & Baim's Cardiac Catheterization, Angiography, and Intervention. 9th Edition. Walters Kluwer, 2020. p. 1300

Pathway validado no GMA de Cardiologia – Setembro/2022

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|--|---|---|
| Código Documento: CPTW014.3 | Elaborador: Adriano Mendes Caixeta José Mariani Jr. | Revisor: Fernando Gatti | Aprovador: Giancarlo Colombo | Data de Elaboração: 15/04/2021 Data da atualização: 23/12/2022 | Data de Aprovação: 23/12/2022 |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|--|---|---|