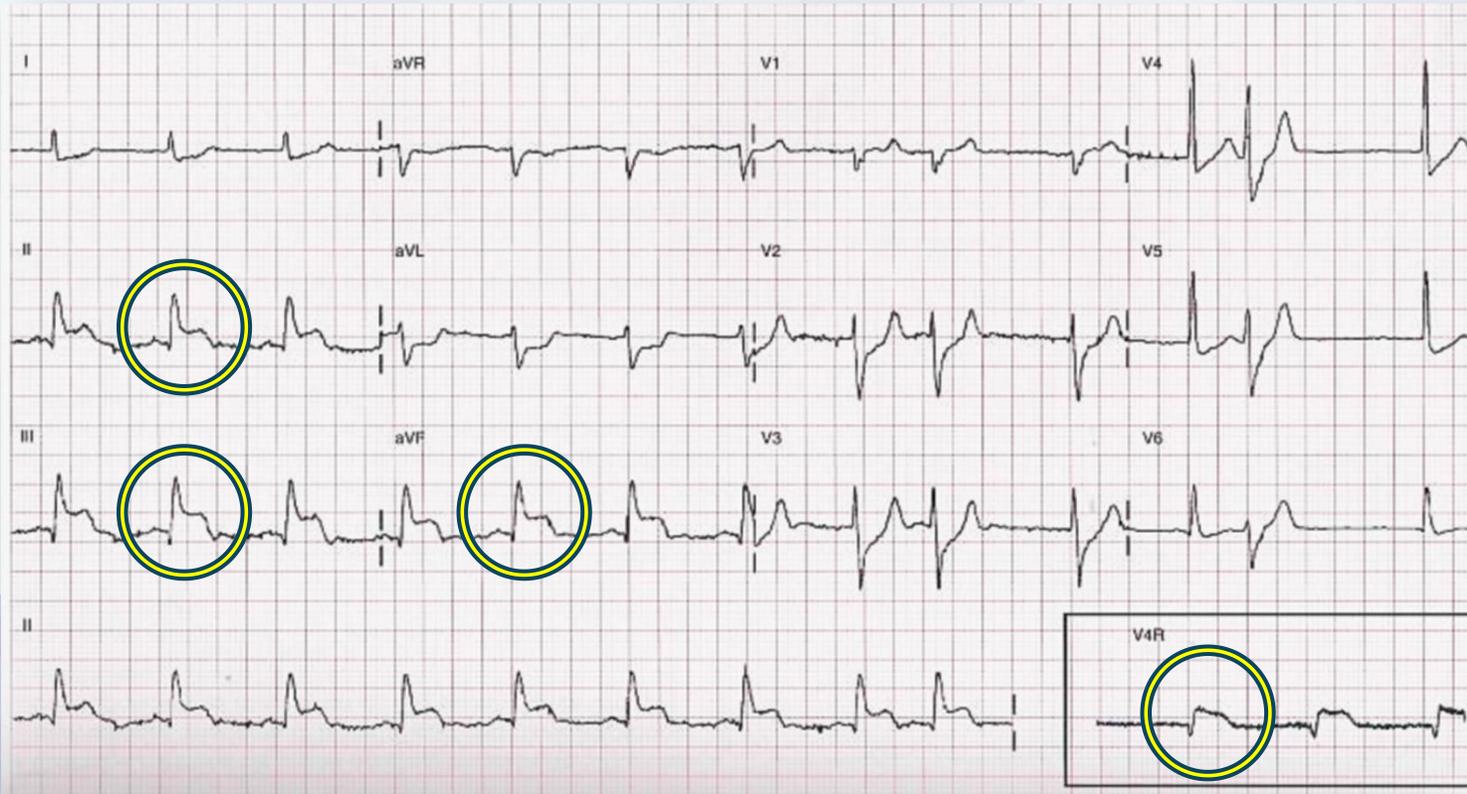


# Angioplastia Coronaria Primaria A PROPÓSITO DE UN CASO

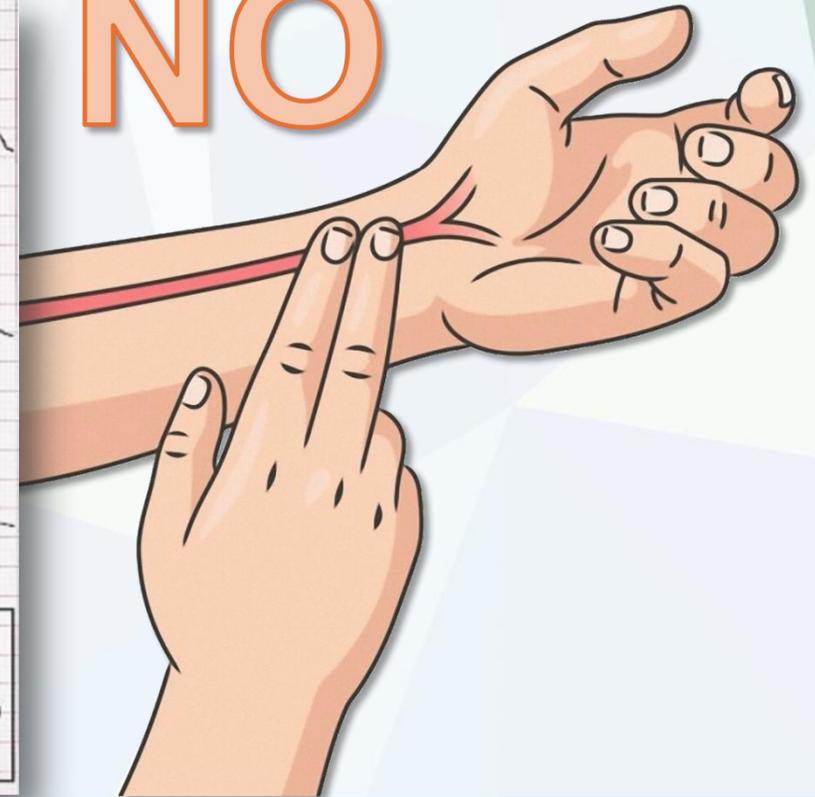
**Luisma Sardonís Ruiz;**  
**Rosalía Incera Muela; Jose Carmelo Balsa Marco;**  
Laboratorio de Hemodinámica – Hospital Universitario Cruces

# Presentación del Caso:

Mujer de 64 años con dolor precordial desde hace 2h. Remitida por UTE para angioplastia coronaria primaria.



**NO**



# Toma de decisiones Enfermeras I

## • Opción 1

La enfermera circulante administra midazolam IV según protocolo para reducir la ansiedad de la paciente, mientras la enfermera instrumentista prepara el acceso radial.

## • Opción 2

La enfermera circulante inicia monitorización continua de ECG, presión arterial y saturación de oxígeno. Coloca palas de DF. La enfermera instrumentista prepara directamente un acceso femoral.

# Opción tomada I

## Opción 2: Monitorización y acceso femoral.

La monitorización ayuda a identificar y responder rápidamente ante cualquier alteración hemodinámica.

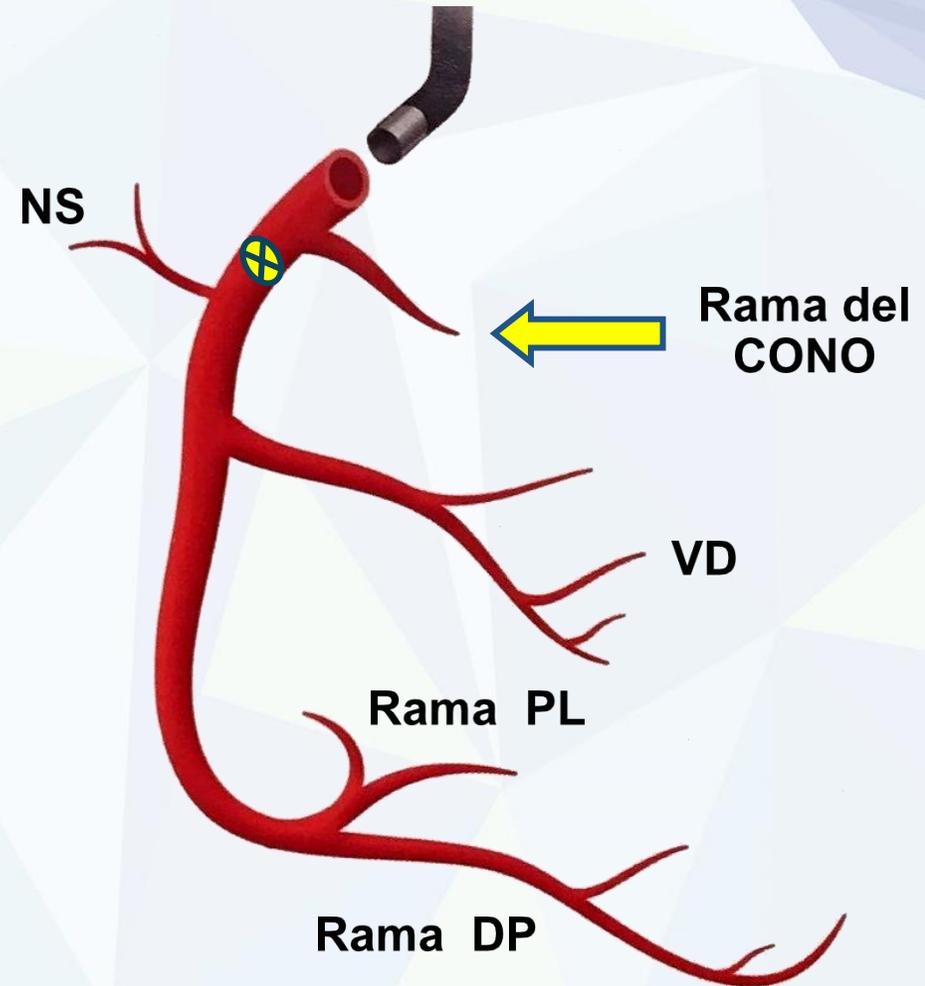
Ante la ausencia de pulsos radiales y dada la inestabilidad hemodinámica de la paciente, es importante elegir una alternativa como el acceso femoral para no demorar la apertura de la arteria responsable del IAM.

El Midazolam, aunque es efectivo para la sedación y control de la ansiedad, también puede causar efectos adversos como hipotensión, disminución de la FC y depresión respiratoria.

# Evolución del Caso

Durante el sondaje de la arteria CD, se realiza inyección de contraste en la rama del cono, observando en monitor de ECG episodio de FV.

La paciente pierde la consciencia y en la imagen de fluoroscopia, se confirma que el corazón no tiene un movimiento de contracción efectivo.



# Toma de decisiones

## Enfermeras II

- **Opción 1**

La enfermera circulante alerta de FV y realiza de forma inmediata una desfibrilación eléctrica con un choque de 200 J.

- **Opción 2**

La enfermera circulante aumenta el flujo de O<sub>2</sub>, inicia compresiones torácicas para mantener la circulación y alerta de PCR.

# Opción tomada *II*

## Opción 1: Desfibrilación inmediata.

Es la intervención más eficaz para revertir la fibrilación ventricular de forma inmediata y ofrece la mejor oportunidad de restaurar un ritmo cardiaco organizado.

Las compresiones torácicas por sí solas no pueden revertir la fibrilación ventricular. Si no se administra un choque eléctrico la arritmia podría poner en riesgo la vida de la paciente.

# Evolución del Caso

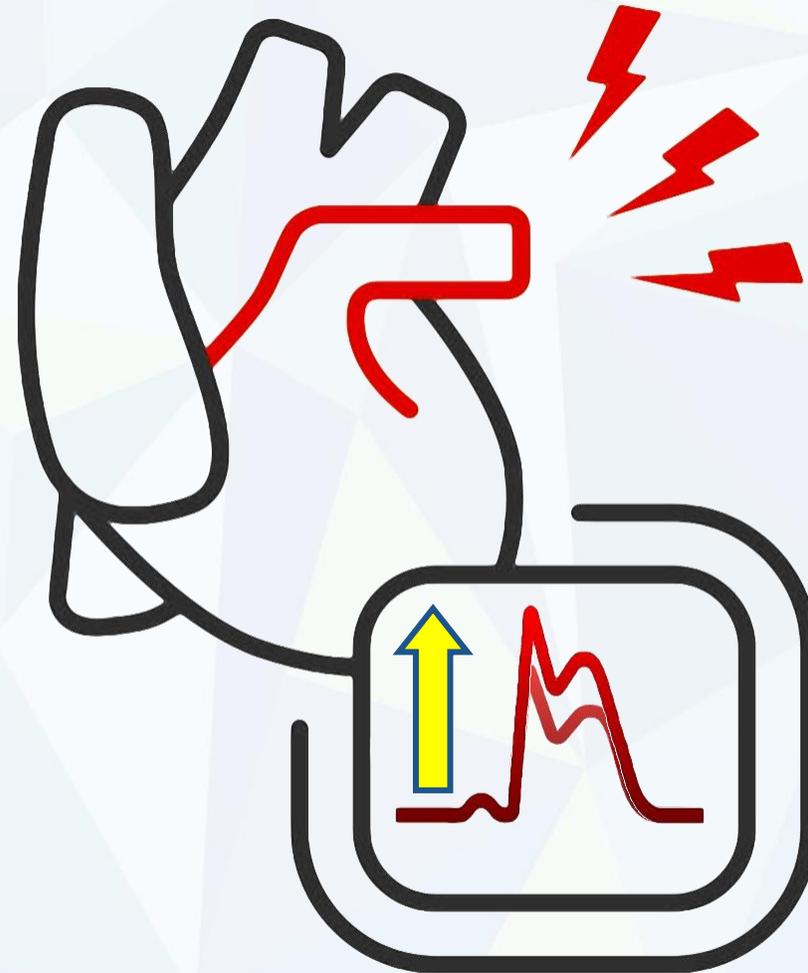
Continuando el cateterismo, la paciente refiere aumento del dolor precordial (9/10).

Se observa en el monitor mayor elevación del ST en cara inferior.

TA: 80/45 mmHg,

Sat O<sub>2</sub>: 90 %

FC: 92 lpm.



# Toma de decisiones Enfermeras *III*

- **Opción 1**

La enfermera circulante solicita prescripción para administrar Nitroglicerina IV y así aliviar el dolor de la paciente y poder continuar con el cateterismo.

- **Opción 2**

La enfermera circulante solicita prescripción para administrar cloruro mórfico + un antiemético y así aliviar el dolor de la paciente y poder continuar con el cateterismo.

# Opción tomada *III*

## Opción 2: administración de Cloruro mórfico + antiemético.

La administración de morfina permite aliviar el dolor de manera eficaz y reduce la carga de trabajo cardíaca, sin afectar a la presión arterial ni al retorno venoso, manteniendo la estabilidad hemodinámica de la paciente.

La nitroglicerina, como vasodilatador, disminuye el retorno venoso (precarga). En un infarto que compromete al ventrículo derecho, esta disminución en la precarga puede llevar al colapso hemodinámico, con hipotensión severa y shock cardiogénico, ya que el VD requiere de un adecuado retorno venoso para mantener la perfusión.

# Evolución del Caso

Durante el procedimiento, el monitor muestra el siguiente registro.

La frecuencia ventricular es de 27 lpm.

La paciente empieza a sentir mareos y debilidad.



# Toma de decisiones Enfermeras *IV*

- **Opción 1**

La enfermera circulante solicita prescripción para administrar atropina 0.5 mg IV y repetir dosis si no mejora la FC.

- **Opción 2**

La enfermera circulante aumenta el flujo del suero, solicita prescripción para administrar dobutamina en PC y prepara material para el implante de un Marcapasos endovenoso.

# Opción tomada *IV*

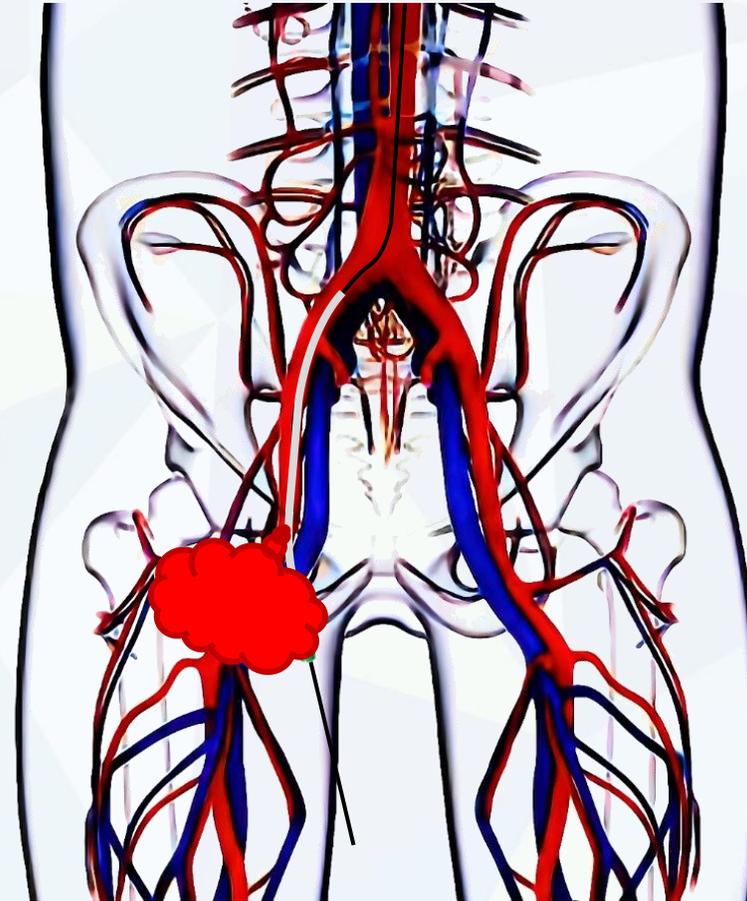
## Opción 2: administración de dobutamina + preparar Marcapasos

La administración de dobutamina aumenta la FC, mejora la contractilidad y por lo tanto el gasto cardiaco. Pero aunque la dobutamina puede estabilizar temporalmente al paciente, el bloqueo AV completo suele requerir la estimulación ventricular con un marcapasos.

La atropina actúa bloqueando el nervio vago para aumentar la FC, pero su efecto es principalmente sobre el NS. En el bloqueo AV completo, hay una disociación auriculo-ventricular, por lo que la atropina no puede restaurar la conexión entre ambos y por lo tanto su eficacia es prácticamente nula.

# Evolución del Caso

Al finalizar el procedimiento y retirar el introductor femoral, utilizando un sistema de hemostasia con sello de colágeno, comprobamos que el sistema de hemostasia ha fallado, observando aparición de hematoma y sangrado en la zona de punción.



# Toma de decisiones Enfermeras ✓

## • Opción 1

La enfermera realiza compresión manual directa hasta evidenciar ausencia de sangrado, después aplica un vendaje compresivo.

## • Opción 2

La enfermera aplica directamente el vendaje compresivo y solicita prescripción de protamina 1:1 para revertir la anticoagulación y así neutralizar el efecto de la heparina.

# Opción tomada **V**

## **Opción 1: Compresión manual + vendaje compresivo.**

La compresión manual directa + la aplicación de un vendaje compresivo es una técnica simple y efectiva que permite un control seguro del sangrado en la mayoría de los casos.

Un vendaje compresivo exclusivamente, puede no ser suficiente para controlar el sangrado. El uso de la protamina 1:1 puede favorecer la trombosis del Stent recién implantado. Si a pesar de la compresión, el sangrado persiste y fuera necesario su uso, se recomienda una dosis menor, (1:2).

# Evolución del Caso

Finalizado el procedimiento con éxito, la paciente es trasladada a la Unidad Coronaria para continuar los cuidados, el control post cateterismo y el seguimiento de su evolución clínica tras el IAM.



**Gracias por vuestra  
participación**