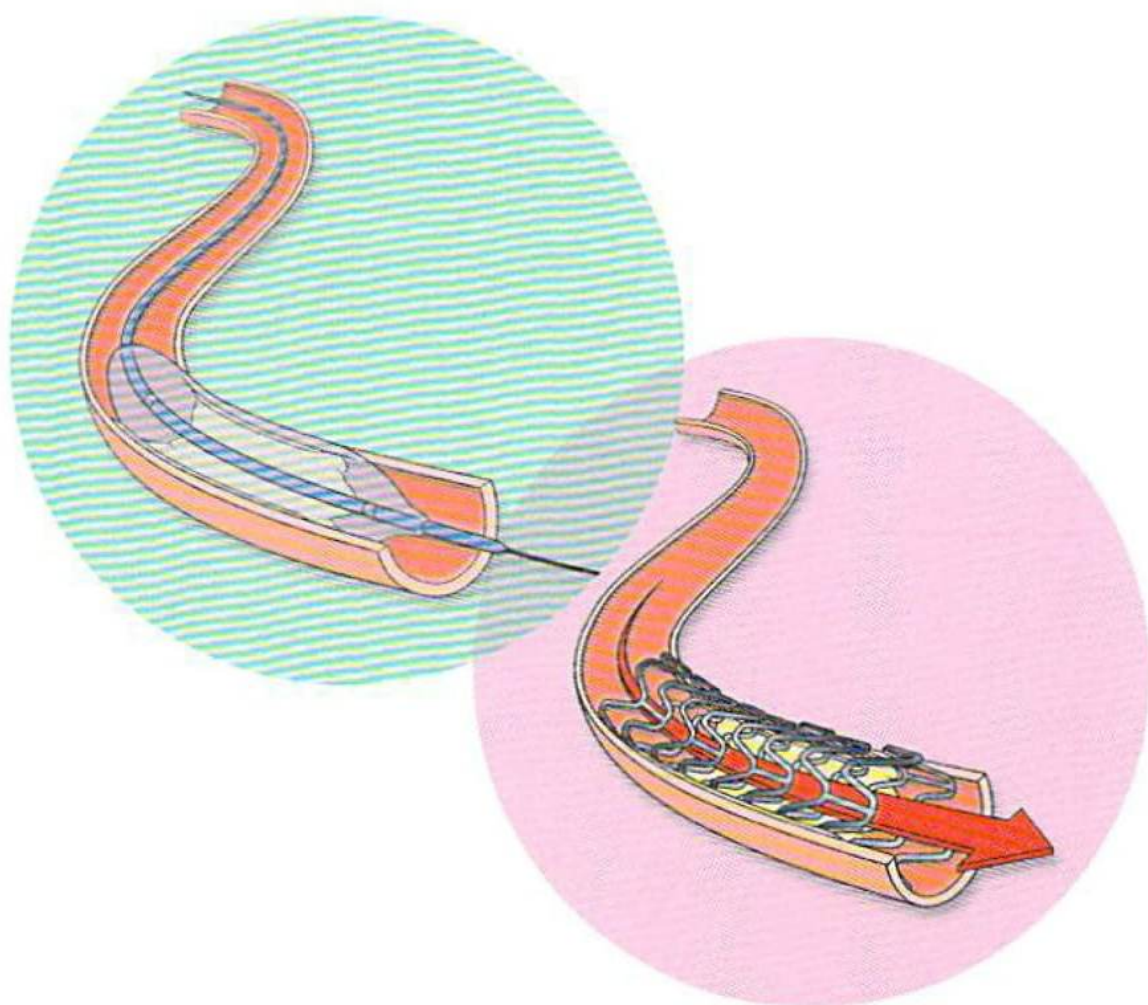



Angioplastia coronaria y stents



Este folleto no tiene la función de sustituir la atención médica profesional. Únicamente su médico puede diagnosticar y tratar los problemas médicos.



Su médico le ha recomendado una angioplastia porque los depósitos de grasa le han estrechado las arterias coronarias que suministran sangre al corazón. Es posible que usted tenga preguntas o inquietudes sobre este procedimiento; este folleto contestará muchas de estas dudas.

Qué es la angioplastia

La angioplastia les permite a los médicos dilatar sin cirugía las arterias estrechadas. Sirve para aliviar los síntomas de la enfermedad del corazón porque aumenta el flujo de sangre al músculo cardíaco.

Durante la angioplastia, se guía hacia la arteria afectada un catéter especial (un tubo largo y flexible) que tiene un pequeño balón en la punta; cuando el catéter llega a la zona estrechada, el balón se infla, ensancha la arteria y aplasta los depósitos de grasa contra la pared arterial. Al abrir el espacio interior de la arteria, aumenta el flujo de sangre.

Angioplastia y stents

Es posible que después de la angioplastia el médico decida implantar un stent. El stent es un pequeño dispositivo que se coloca en una arteria para mantenerla abierta. Es un implante permanente que se deja en la arteria.

Antes de la angioplastia el médico hablará con usted sobre la posibilidad de implantar el stent.

Cómo funciona el corazón

Antes de hablar de los detalles de la angioplastia y los stents es importante entender cómo funciona el corazón.

El corazón como bomba

El corazón es un órgano hueco que constantemente bombea sangre a todo el cuerpo. Consiste en un tejido muscular fuerte llamado **músculo cardíaco** o miocardio.

El corazón tiene cuatro cámaras: dos en el lado izquierdo y dos en el derecho. La cámara superior de cada lado, llamada **aurícula**, recibe y recoge sangre. La cámara inferior de cada lado, llamada **ventrículo**, bombea la sangre fuera del corazón.

Las cuatro cámaras trabajan de manera coordinada para contraerse y bombear sangre. Al circular por el cuerpo, la sangre suministra oxígeno y nutrientes a todo el organismo.

Las arterias coronarias

Para poder bombear sangre constantemente, el corazón requiere su propio suministro de oxígeno. Las **arterias coronarias** son los vasos sanguíneos que le suministran sangre oxigenada al músculo cardíaco.

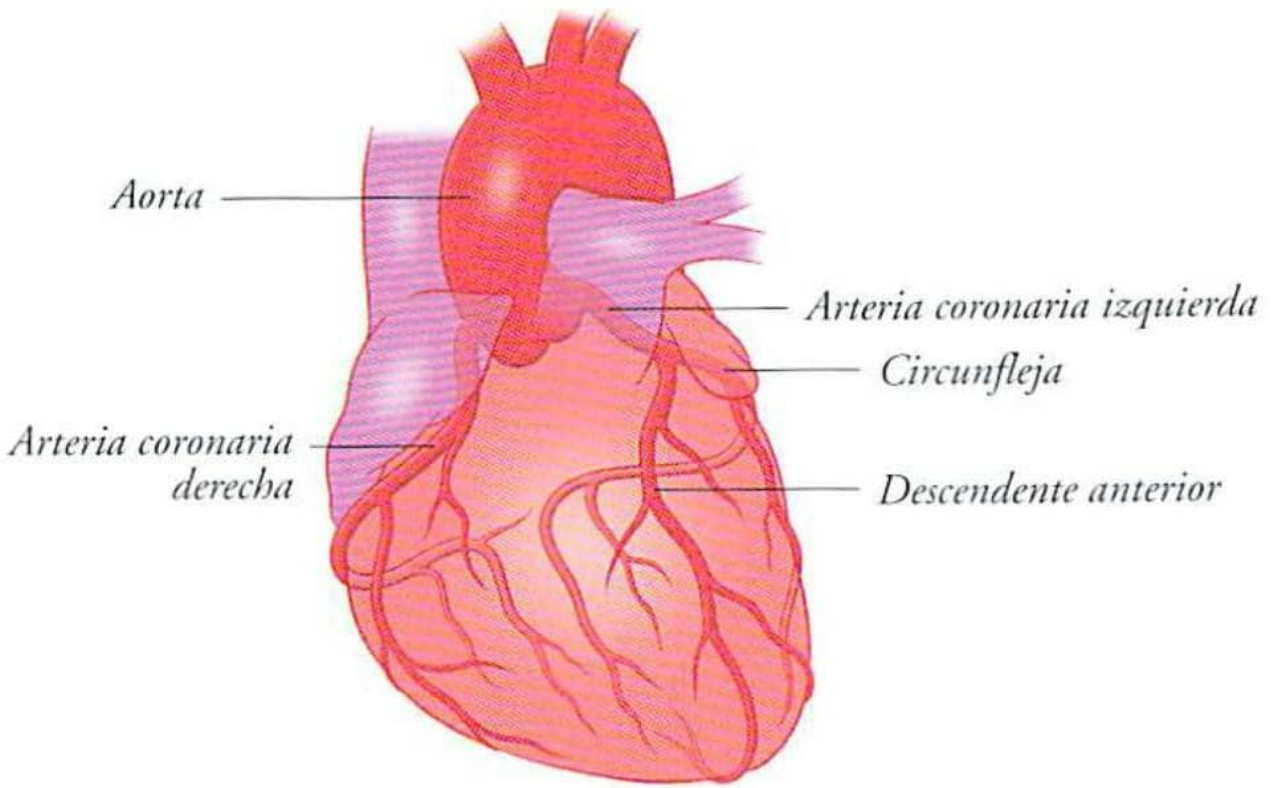
Al salir del ventrículo izquierdo, la sangre es bombeada a la **aorta**, que es la principal arteria del cuerpo. Dos arterias coronarias comienzan al inicio de la aorta, cerca de la parte superior del corazón: la arteria coronaria izquierda y la arteria coronaria derecha.

La primera parte de la **arteria coronaria izquierda** mide menos de una pulgada de largo y tiene el diámetro de una pajilla (popote).

La arteria coronaria izquierda se divide en dos arterias un poco más pequeñas: la **descendente anterior** que va por la parte delantera del corazón, y la **circunfleja**, que rodea el lado izquierdo y va hacia la parte posterior del corazón.

La **arteria coronaria derecha** se origina en la aorta, rodea el lado derecho del corazón y luego se dirige a la parte posterior.

Las arterias coronarias van por la superficie externa del corazón y se dividen en ramas más pequeñas que penetran profundamente en el músculo cardíaco para transportar sangre rica en oxígeno a todas las células.

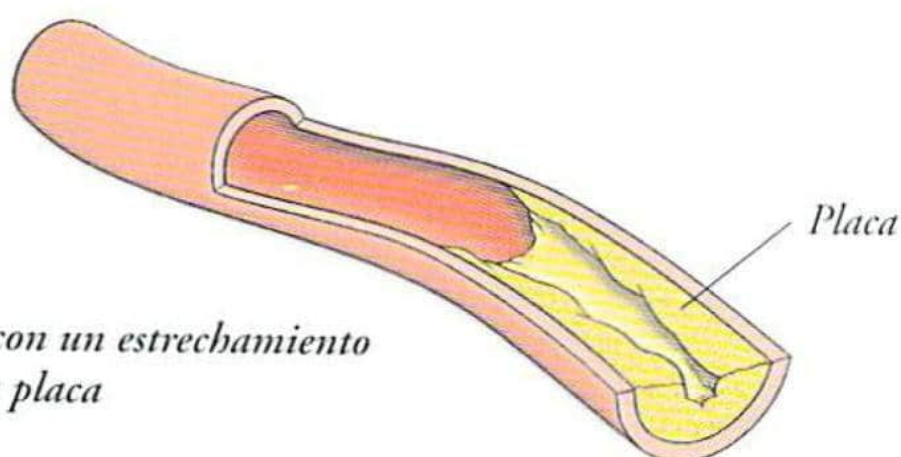


Enfermedad coronaria

El interior de las arterias normalmente es liso y flexible, lo que permite que la sangre circule fácilmente. Con el paso de los años se van formando depósitos de grasa en el interior de la pared de las arterias.

A medida que crecen los depósitos de grasa (llamados **placa**), la arteria se estrecha y el flujo de sangre puede disminuir e incluso interrumpirse.

Cuando la placa se acumula en las arterias coronarias, el resultado es la **enfermedad coronaria**. El flujo de sangre en las arterias coronarias puede disminuir al punto que cause angina o un ataque al corazón.



Arteria con un estrechamiento debido a placa

La **angina** es un dolor o molestia en el pecho, el brazo o la mandíbula que se presenta cuando no circula suficiente sangre por el músculo cardíaco. Es una advertencia de que las arterias coronarias están estrechadas o bloqueadas.

Generalmente ocurre al hacer un esfuerzo físico o en condiciones de tensión emocional, cuando el corazón trabaja más y requiere más oxígeno. La angina en general dura sólo unos cuantos minutos y desaparece con el reposo.

Los pacientes con enfermedades coronarias corren mayor riesgo de tener un **ataque al corazón** (infarto del miocardio). El ataque al corazón ocurre cuando una arteria coronaria está totalmente bloqueada, por lo general por un coágulo de sangre; el área del músculo cardíaco que recibe sangre de esa arteria muere y se convierte en tejido cicatricial.

En términos generales, mientras más grande sea la arteria bloqueada, mayor es la zona de daño; si las otras arterias también están afectadas, la zona de lesión del músculo cardíaco tiende a ser aún mayor.

Después de un infarto es posible que el corazón no bombee normalmente; esto puede producir **insuficiencia cardíaca**. En la insuficiencia cardíaca se acumula líquido en los pulmones y en otras partes del cuerpo. Los síntomas comunes de la insuficiencia cardíaca son dificultad para respirar, edema en los pies y las piernas, y cansancio.

Ciertas enfermedades y hábitos, llamados **factores de riesgo**, pueden aumentar la acumulación de depósitos de grasa en las arterias. Por ejemplo, los fumadores y las personas con colesterol alto en la sangre tienen más probabilidad de sufrir un ataque al corazón que las personas que no tienen estos factores de riesgo. Algunos de estos factores de riesgo se pueden controlar cambiando el estilo de vida (página 30).

La evaluación médica

Si su médico piensa que usted puede tener una enfermedad cardíaca, le ordenará uno o más de estos exámenes:

- Un **electrocardiograma (ECG)**, que registra la actividad eléctrica del corazón en reposo. El ECG puede mostrar nuevos ataques al corazón, lesiones antiguas del músculo cardíaco, dilatación de las cámaras, ritmos anormales y otras enfermedades del corazón.
- El **ECG de esfuerzo** (o prueba de esfuerzo) es un ECG que se hace mientras el paciente camina en una banda sin fin o pedalea en una bicicleta estacionaria; les permite a los médicos averiguar qué tan bien bombea el corazón cuando se le obliga a trabajar más. La prueba de esfuerzo sirve para detectar problemas que no se manifiestan en el ECG en reposo.
- La **ecocardiografía** utiliza ondas de ultrasonido para producir una imagen del corazón y del patrón del flujo de sangre a través de este órgano; muestra la calidad del bombeo del corazón. En pacientes que han tenido un ataque al corazón la ecocardiografía sirve para evaluar la lesión del músculo cardíaco.
- La **gammagrafía con talio** utiliza un marcador radiactivo para producir imágenes del músculo cardíaco. En pacientes con una enfermedad coronaria esta prueba sirve para identificar las zonas del músculo cardíaco que no reciben suficiente sangre.

.....

Si estas pruebas muestran que usted tiene una enfermedad coronaria, es probable que el médico le recomiende un cateterismo cardíaco.

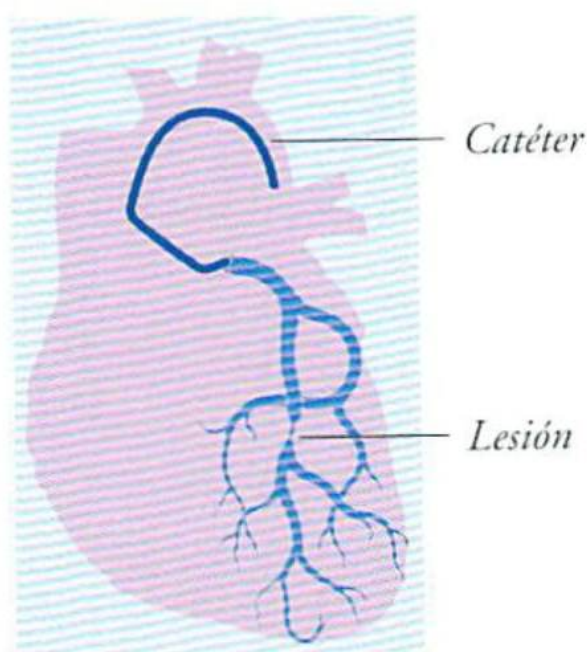
Cateterismo cardíaco

En el cateterismo cardíaco los médicos insertan un tubo largo y flexible llamado **catéter** dentro de un vaso sanguíneo y lo guían hacia el corazón.

El cateterismo cardíaco les permite a los médicos medir las presiones internas del corazón, estudiar el bombeo de sangre, y tomar fotografías de las arterias coronarias y las cámaras del corazón.

Durante el procedimiento se inyecta un medio de contraste en las arterias coronarias a través del catéter; las arterias se pueden visualizar con claridad en una radiografía cuando el medio de contraste las llena. Una arteria afectada puede mostrar un estrechamiento anormal llamado **lesión** o una obstrucción completa; las imágenes resultantes, llamadas **angiogramas**, se pueden grabar y guardar.

Se inyecta medio de contraste en la arteria coronaria izquierda a través del catéter. A medida que la arteria se llena con el medio de contraste, se puede visualizar en una pantalla y grabar. Este dibujo muestra una lesión en la arteria descendente anterior.



Opciones de tratamiento

Hay varias formas de tratar la enfermedad coronaria, por ejemplo, medicamentos, angioplastia con balón, stents y cirugía de derivación (*bypass*).

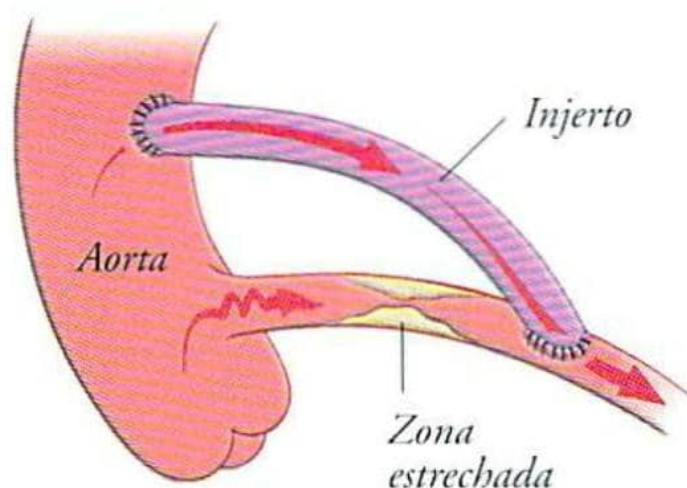
- Los **medicamentos** disminuyen los síntomas de angina al aumentar la cantidad de oxígeno que llega al músculo cardíaco o reducir la cantidad de oxígeno que el corazón necesita. No obstante, no pueden ensanchar las arterias coronarias estrechadas.
- La **angioplastia con balón** se usa para dilatar las arterias coronarias estrechadas sin necesidad de cirugía. Alivia los síntomas de angina porque aumenta el flujo de sangre al músculo cardíaco.

La angioplastia es un procedimiento relativamente sencillo que no requiere anestesia general. La mayoría de los pacientes se hospitalizan sólo uno o dos días y pueden volver a sus actividades normales en unos cuantos días.

La angioplastia da buenos resultados en la mayoría de los casos, pero tiene algunas limitaciones. En particular, la arteria puede estrecharse otra vez; esto ocurre generalmente dentro de los primeros 6 meses. Además, la angioplastia podría no ser una opción si la arteria está totalmente obstruida o si hay varias lesiones (zonas estrechadas) en varias arterias grandes.

- El **stent** es un pequeño dispositivo que se coloca en una arteria para mantenerla abierta; puede ser necesario cuando la angioplastia no logra abrir la arteria lo suficiente. Otras veces el stent se implanta para reducir la probabilidad de que la arteria vuelva a estrecharse. El stent es un implante permanente que se deja en la arteria.

■ En la **cirugía de derivación coronaria** (*bypass*) los cirujanos usan un injerto que consiste en un vaso sanguíneo de la pierna o el pecho. Un extremo del injerto se une a la aorta y el otro se sutura a la arteria en un punto que quede después del área estrechada u obstruida. El injerto crea una derivación que permite que la sangre circule alrededor del área afectada.



La cirugía de derivación se hace con anestesia general y casi siempre requiere entre 4 y 7 días de hospitalización. La recuperación total después de este tipo de operación puede tomar hasta 3 meses.

La cirugía de derivación puede ser la mejor alternativa de tratamiento para pacientes con una enfermedad grave en dos o tres arterias coronarias grandes, especialmente si el corazón está debilitado y no bombea bien.

.....

Su médico puede explicarle los riesgos y beneficios de estos tratamientos y recomendarle la mejor opción en su caso.

Preparación para el procedimiento

A menos que usted ya esté en el hospital, lo más probable es que le digan que llegue en la mañana del día del procedimiento, o tal vez la noche anterior.

Es posible que le hagan varios exámenes de rutina como ECG, radiografías y análisis de sangre. (Estos exámenes se pueden hacer unos días antes del procedimiento.)

El médico revisará su historia clínica y le hará un examen físico. (Tal vez usted vea al médico en el consultorio varios días antes del procedimiento.)

El médico o el personal de enfermería hablará con usted sobre el procedimiento, su propósito, beneficios y riesgos. Ése es el momento de hacer preguntas y, sobre todo, de hablar sobre sus inquietudes. Deberá firmar un documento de consentimiento.

El personal de enfermería rasurará y limpiará la zona en la que se insertarán los catéteres, que es habitualmente la ingle (el pliegue entre el muslo y el abdomen). A veces los catéteres se ponen en la muñeca o el brazo. El rasurado y la limpieza facilitan la inserción de los catéteres y evitan infecciones.

Le pondrán una vía intravenosa en el brazo para inyectar medicamentos directamente en la vena en caso necesario. Le darán un sedante para ayudarle a relajarse.

Si usted usa dientes postizos, audífonos o anteojos, lo más probable es que no tenga que quitárselos.

Antes del procedimiento

- Por lo general le dirán que **no coma ni beba nada** entre 6 y 8 horas antes del procedimiento para prevenir las náuseas. Puede tomar sus medicamentos con sorbitos de agua.
- Consulte con su médico varios días antes del procedimiento. Tal vez le indique que tome algunos medicamentos (como aspirina) durante unos días antes de la angioplastia.
- Pídale a un amigo o familiar que lo transporte entre el hospital y su casa. A usted no se le permitirá manejar después del procedimiento porque podría estar bajo los efectos del sedante.
- Empaque un pequeño bolso para la estadía en el hospital; lleve bata, zapatillas, pijama o camisón, y artículos de tocador.
- Traiga una lista de los nombres y las dosis de todos los medicamentos que está tomando.
- Infórmele al médico o al personal de enfermería si tiene antecedentes de hemorragias o si ha tenido reacciones alérgicas a algún medicamento, al medio de contraste, al yodo o a mariscos.
- Para su propia comodidad, **orine antes del procedimiento**. Habrá un orinal cerca en caso de que necesite orinar durante el procedimiento.

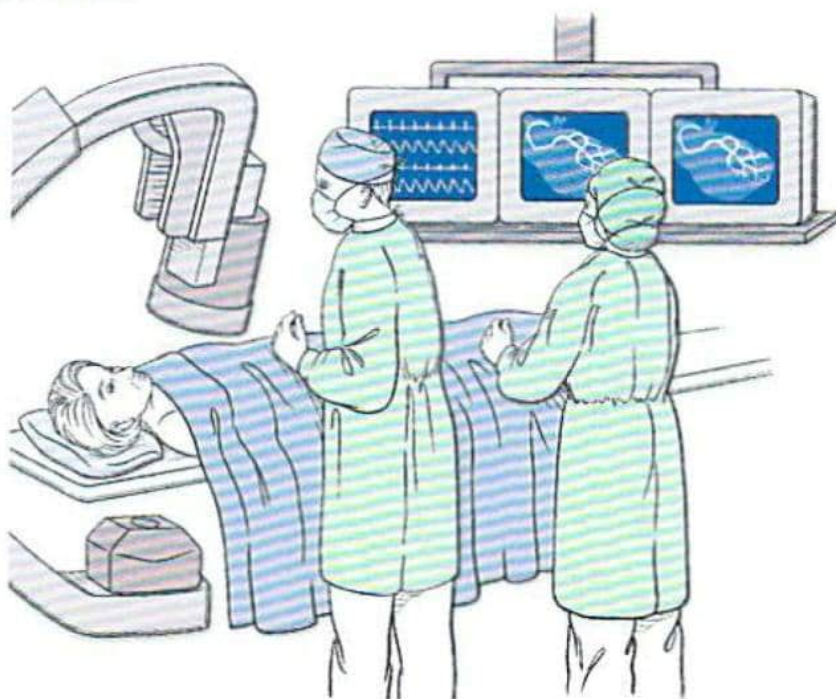
Angioplastia con balón

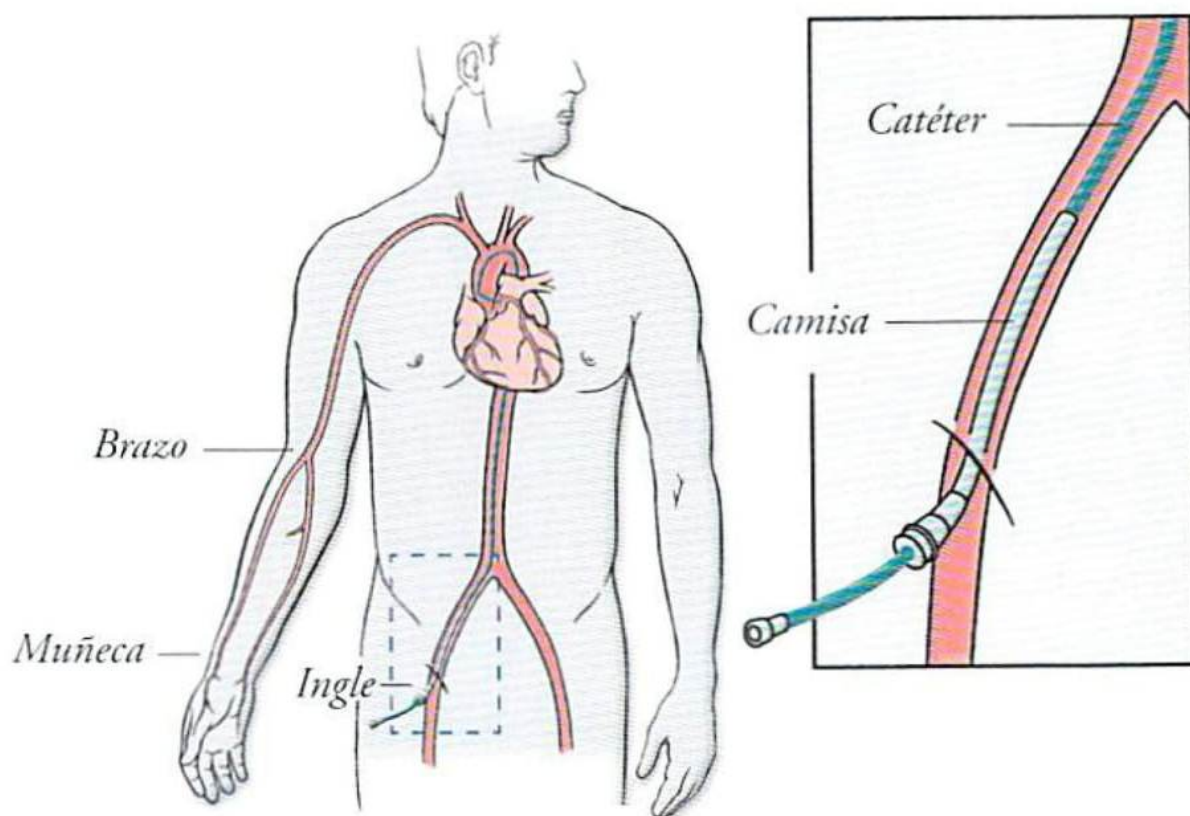
Antes de realizar la angioplastia con balón es necesario hacer un cateterismo cardíaco (página 9) para diagnosticar el problema de las arterias coronarias. Si aún no le han hecho un cateterismo, quizá el médico decida realizar la angioplastia inmediatamente después del cateterismo. El médico hablará con usted sobre esta posibilidad antes del procedimiento.

Lo llevarán al **laboratorio de cateterismo** en silla de ruedas o en una camilla, y lo ayudarán a recostarse en la mesa de radiografías. Encima de esta mesa hay una cámara de rayos X y cerca hay pantallas de televisión. También hay monitores cardíacos y otros instrumentos.

El personal del laboratorio de cateterismo consiste por lo general en el cardiólogo, el asistente, el personal de enfermería y los técnicos.

Una vez que usted esté sobre la mesa lo conectarán a varios monitores y lo taparán con sábanas estériles. El personal tendrá puestos batas y guantes estériles, y tal vez mascarillas.





Cómo se realiza la angioplastia

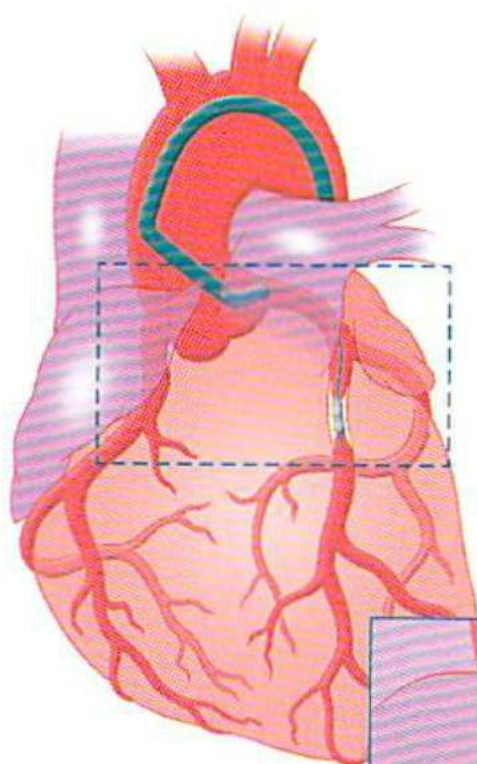
Los catéteres habitualmente se insertan en la ingle, o a veces en la muñeca o el brazo. El lugar de inserción se limpia bien y se inyecta anestesia local con una pequeña aguja en la piel para adormecer el área. Esto puede producir una sensación de ardor.

Se hace una pequeña incisión en la piel y con una aguja se punza el vaso sanguíneo (generalmente una arteria); dentro de la arteria se pasa un alambre guía, que es suave y flexible. Luego, sobre el alambre guía se pasa un tubo corto de plástico llamado **camisa** o **vaina** hacia el interior de la arteria. A continuación se retira la guía.

Cuando la camisa está en su lugar, los médicos pueden insertar y sacar varios catéteres sin tener que usar una aguja cada vez.

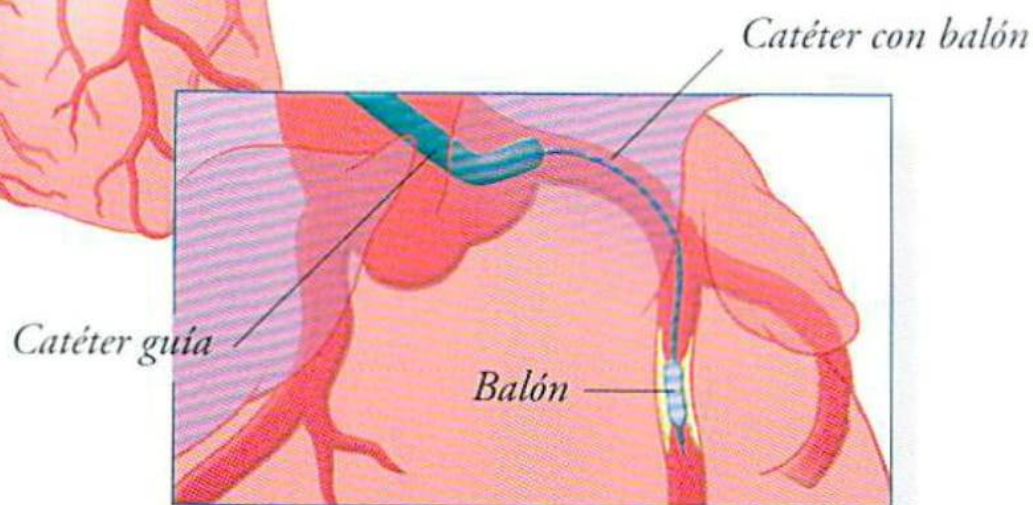
Se inserta un **catéter guía** (un tubo largo y flexible) a través de la camisa. El catéter se dirige hacia la entrada de la arteria afectada mientras el personal observa su avance en una pantalla. Luego se inyecta medio de contraste en la arteria para ver la ubicación exacta de la zona estrechada u obstruida.

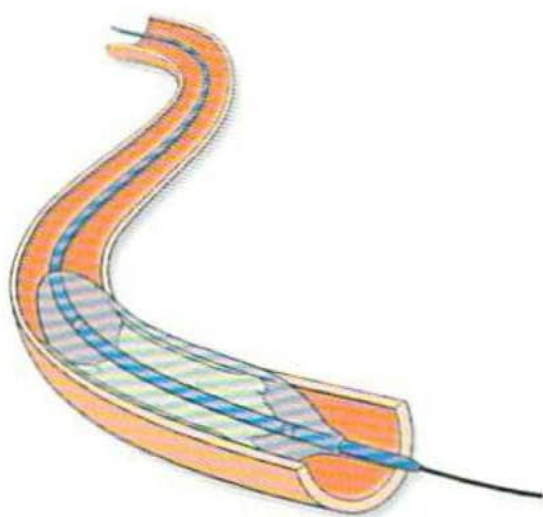
A continuación se inserta a través del catéter guía un **catéter con balón** más delgado. Este catéter tiene un pequeño balón en la punta, que se usa para abrir o ensanchar la arteria estrechada. El catéter con balón se inserta dentro de la arteria y se coloca en la zona estrechada.



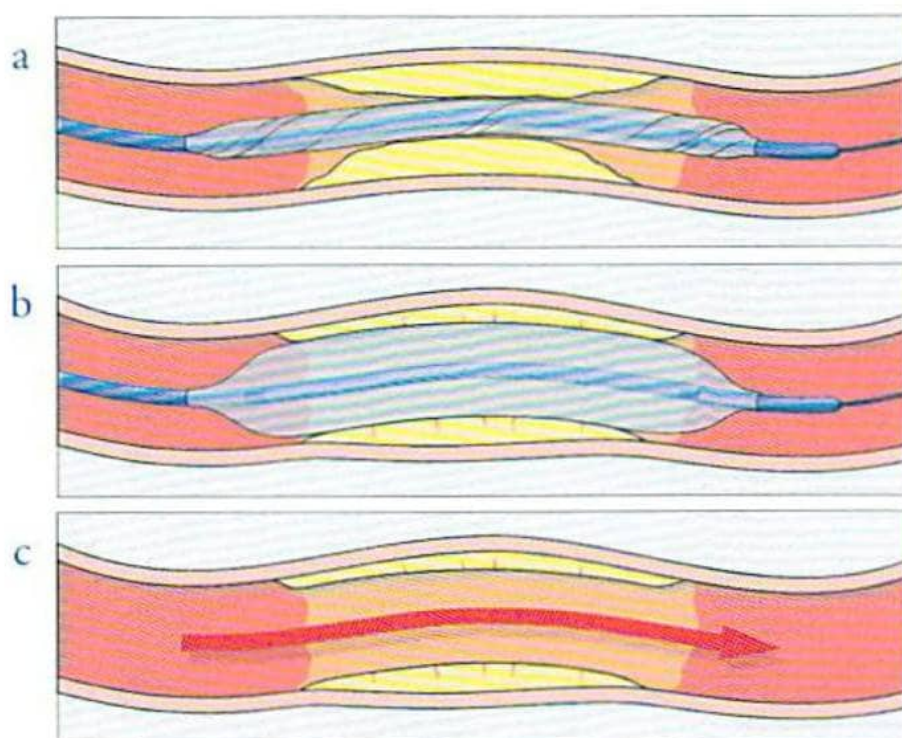
Colocación del catéter

El catéter guía se dirige hacia la entrada de la arteria afectada. Luego se inserta el catéter con balón dentro de la arteria a través del catéter guía hasta que el balón llega a la zona estrechada de la arteria.





Cuando el catéter está en su lugar se infla el balón. Esto dilata la arteria y aplasta la placa. Luego se desinfla el balón y se saca de la arteria. Al ampliarse el espacio interior de la arteria, el flujo de sangre aumenta. A veces es necesario inflar el balón varias veces para ensanchar la arteria.



Ensamchamiento de la arteria. a) Se coloca el balón en la zona estrechada. b) Al inflarse el balón, la arteria se dilata y la placa se aplasta. c) El catéter se retira. La arteria, que ya tiene una abertura más amplia, tiene un mayor flujo de sangre.

Qué puede esperar

Le darán un medicamento que lo ayudará a relajarse y le dará sueño. Tal vez se duerma durante un rato o todo el procedimiento, o tal vez permanezca despierto. El personal vigila al paciente en todo momento.

En general el procedimiento no es doloroso, pero usted puede sentir cierta presión cuando se introducen los catéteres. Para muchas personas, lo más difícil del procedimiento es mantenerse quietas en una mesa dura por largo tiempo.

Cuando se infla el balón se detiene la circulación de sangre por la arteria por un momento; esto puede producirle un dolor en el pecho, lo cual es normal.


El procedimiento de angioplastia habitualmente dura entre una y dos horas. Si siente dolor o molestias en cualquier momento del procedimiento, avísele al personal.

Riesgos de la angioplastia

En la mayoría de los casos la angioplastia es exitosa y no produce problemas significativos. Sin embargo, al igual que con cualquier otro procedimiento en el que se inserta un catéter en el cuerpo, existen algunos peligros.

Las complicaciones leves y pasajeras pueden ser náuseas y vómito, una reacción alérgica en la piel, alteración del ritmo cardíaco, infección y sangrado en el punto de inserción.

Las complicaciones más graves consisten en coágulos de sangre, lesión del corazón o los vasos sanguíneos, daño renal a causa del medio de contraste, ataque al corazón y ataque cerebral (derrame). La muerte es poco común.



Una posible complicación grave es la **obstrucción súbita** de la arteria, que ocurre en los primeros minutos u horas después de abrir la arteria. Puede ser causada por un coágulo de sangre, un espasmo (contracción) de la arteria o un desgarro en la pared arterial. La obstrucción súbita puede provocar un ataque al corazón.

Si ocurre esta complicación, los médicos podrían tratar de volver a abrir la arteria con una nueva angioplastia, o hacer una cirugía urgente de derivación. Para prevenir la obstrucción súbita se usa un stent coronario (página 22) y se administran medicamentos para prevenir la formación de coágulos de sangre.

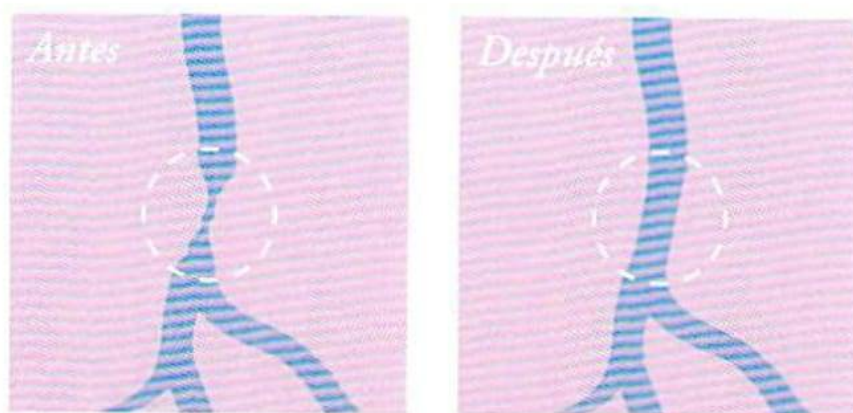
Prevención de la formación de coágulos

Durante la angioplastia el paciente recibe potentes **anticoagulantes** o **antiagregantes plaquetarios** a través de la vía intravenosa en el brazo. Estos medicamentos evitan la formación de coágulos dentro de la arteria, en el balón y en el stent.

Es posible que deba tomar antiagregantes plaquetarios durante varios meses después del procedimiento para prevenir la formación de coágulos (página 28).

Resultados

Se considera que la angioplastia es exitosa cuando la arteria estrechada se puede abrir lo suficiente para permitir un flujo de sangre adecuado y no ocurren complicaciones graves. Esto ocurre en más del 90% de los casos.



Angiogramas de una arteria coronaria afectada antes y después de una angioplastia exitosa.

Después de una angioplastia exitosa, la mayoría de los pacientes no tienen ningún síntoma de angina o tienen menos síntomas. El grado de alivio depende de cuánto se pudo ensanchar la arteria y de si había otras arterias coronarias estrechadas u obstruidas.

En general el éxito es menor en pacientes ancianos, diabéticos o que padecen una enfermedad coronaria grave; también es menor si se realiza una angioplastia de *emergencia*.

A veces la angioplastia no logra abrir la arteria. Esto puede ocurrir, por ejemplo, cuando la arteria es curva y la zona estrechada está después de una curvatura del vaso sanguíneo. En los pacientes que han tenido enfermedad cardíaca por largo tiempo, la placa puede estar tan dura que no se deje aplastar.

La arteria puede volver a estrecharse

La arteria puede volver a estrecharse aunque la angioplastia haya sido exitosa inicialmente; esto se llama **reestenosis**.

La reestenosis se debe a la aparición de nuevo tejido que reemplaza el tejido dañado en el sitio donde se ensanchó la arteria. En promedio, entre un 30 y un 40 por ciento de los pacientes que se han sometido a angioplastia sola presentan reestenosis.

La reestenosis ocurre generalmente en los primeros 6 meses después de la angioplastia. Puede causar síntomas, como dolor o molestia en el pecho, similares a los que tenía antes de la angioplastia.

En caso de reestenosis, los médicos pueden hacer otra angioplastia, implantar un stent coronario (página 22), o realizar ambos procedimientos. En algunos casos podría ser necesario hacer una cirugía de derivación.

Para *prevenir* la reestenosis, los médicos con frecuencia insertan un stent coronario inmediatamente después de la angioplastia.

Stent coronario

El stent es un pequeño dispositivo que se coloca en una arteria para mantenerla abierta; es un implante *permanente* que se deja en la arteria. El stent aumenta el flujo de sangre porque mantiene la arteria abierta; esto alivia los síntomas de la enfermedad coronaria.

En general, el stent se implanta cuando se teme que la arteria se obstruya después de la angioplastia. A veces se implanta para reducir la probabilidad de reestenosis (página 21). A la mayoría de los pacientes a quienes se les hace una angioplastia también se les pone un stent.

Cómo funciona el stent

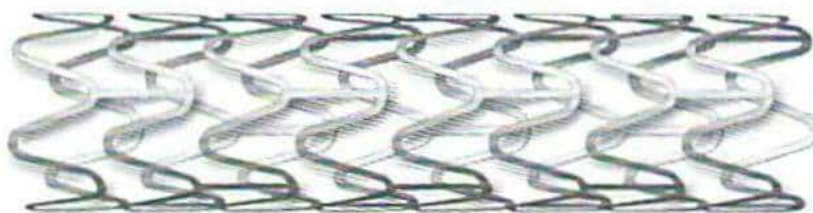
Los stents vienen en varios diseños; por ejemplo, pueden parecer una pequeña espiral metálica, un tubo ranurado o una malla. Habitualmente miden menos de una pulgada de largo, tienen el diámetro de un espagueti y pesan menos que un alfiler. Funcionan como un pequeño andamio para sostener las paredes de la arteria.



Tamaño real de un stent



Vista ampliada

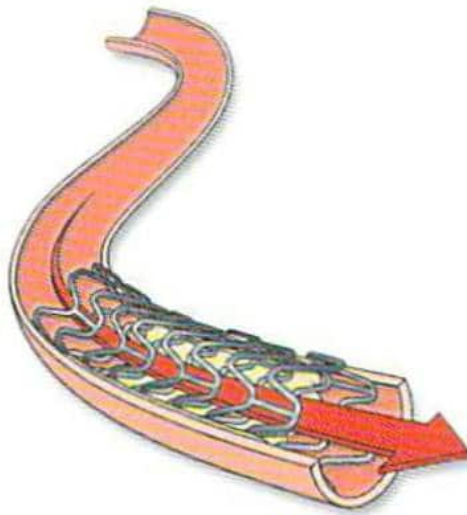


Vista ampliada de un stent desplegado

Implantación del stent

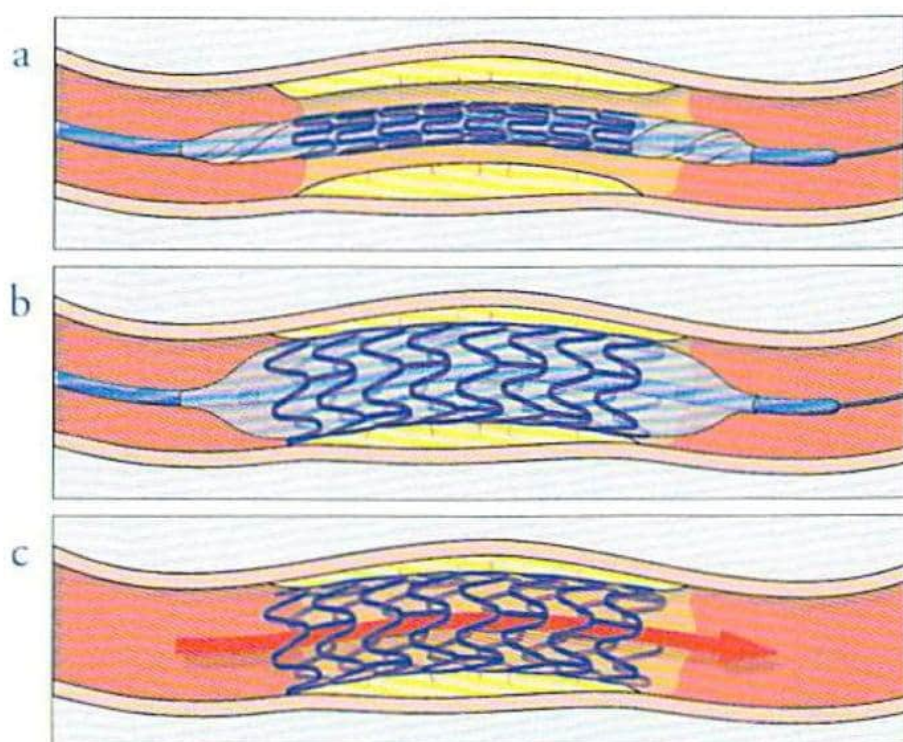
Si es necesario un stent, por lo general éste se implanta en seguida de la angioplastia, antes de retirar la camisa.

El stent se monta sobre el catéter con balón, se lleva al interior de la arteria coronaria y se coloca en el sitio donde la arteria fue ensanchada. Al inflar el balón, el stent se expande y presiona contra la pared interna de la arteria. Se puede utilizar otro balón para expandir el stent por completo.



Luego el balón se desinfla y se saca de la arteria. El stent queda en su lugar para mantener la arteria abierta. Se puede usar un stent o más de uno en la arteria para cubrir toda la zona de estrechamiento.

El stent es un implante permanente que se deja en la arteria. En unas pocas semanas aparece una delgada capa de tejido que va creciendo poco a poco hasta cubrirlo.




Implantación del stent. a) El stent se coloca en el sitio donde se ensanchó la arteria. b) El balón se infla y el stent se expande. c) Luego el balón se desinfla y se extrae. El stent queda en su lugar para mantener la arteria abierta.

Posibles limitaciones

En las primeras semanas después de la implantación del stent pueden formarse coágulos de sangre que se adhieren a las superficies metálicas del stent. Esto puede hacer que la arteria se obstruya y se produzca un ataque al corazón. Para prevenir la formación de coágulos, los médicos recetan antiagregantes plaquetarios (página 28).

Con el tiempo, en cerca del 20% de los implantes nuevos ocurre un estrechamiento *dentro* del stent, que se llama **reestenosis intrastent** y que se debe al crecimiento de demasiado tejido dentro del stent.



A veces los médicos pueden realizar otra angioplastia. Además, hoy en día existen nuevos tratamientos para prevenir o tratar la reestenosis intrastent.

Stent liberador de fármaco

El stent liberador de fármaco es un stent que se ha recubierto con una capa especial y un medicamento. Esta capa controla la liberación lenta del medicamento en la pared arterial. El medicamento reduce el crecimiento excesivo de tejido en el stent y alrededor del mismo, y por lo tanto previene la reestenosis intrastent.

El uso de stents liberadores de fármacos ha reducido la incidencia de reestenosis a menos del 10%.

Radioterapia intracoronaria

En la radioterapia intracoronaria o **braquiterapia** se usa una pequeña dosis de radiación para tratar la reestenosis intrastent. La radiación se administra a la arteria a través de un alambre, un balón u otra fuente. La fuente se retira y no permanece dentro del cuerpo.

En la actualidad la radioterapia intracoronaria se usa menos porque las reestenosis ocurren con menos frecuencia debido al mayor uso de stents liberadores de fármaco.

Después del procedimiento

Después del procedimiento irá a la sala de recuperación o a una unidad de cuidados especiales.

La camisa o vaina por lo general se deja en su lugar durante varias horas o toda la noche para que los médicos puedan revisar la arteria coronaria tratada.

Si no hay problemas, la camisa se retira y se aplica una presión firme sobre la ingle entre 20 y 30 minutos para prevenir el sangrado. A veces los médicos utilizan un *dispositivo mecánico de compresión* (“pinza”) para aplicar presión en el punto de inserción; otras veces usan un *dispositivo de cierre vascular* para sellar el orificio de la arteria después del procedimiento.

Después de que se retira la camisa el paciente debe permanecer boca arriba hasta un máximo de 6 horas para que el punto de inserción comience a cicatrizar bien. Durante este tiempo no debe doblar ni levantar la pierna en la que se insertaron los catéteres.

(Si le insertaron los catéteres en la muñeca o el brazo, o si se utilizó un dispositivo de cierre vascular, le permitirán levantarse antes.)

El personal de enfermería le tomará el pulso y la presión arterial a menudo, y revisará el punto de inserción para ver si hay sangrado. Si siente dolor repentino en la zona o si nota sangrado, avise de inmediato.

La mayoría de los pacientes pueden volver a su casa en las 24 horas siguientes a la angioplastia. Antes de irse a casa le darán instrucciones sobre los medicamentos, la actividad física y el seguimiento. Pídale a un miembro de su familia o a un amigo que lo lleve a casa.

Después de volver a su casa

- **Limite sus actividades** los primeros días. Puede moverse, pero no se esfuerce demasiado ni levante objetos pesados.
- Es normal que aparezca **un moretón o un pequeño bulto** debajo de la piel donde se puso el catéter; esto desaparece en unas pocas semanas.
- **Llame al médico** si el punto de inserción le sangra, si el moretón o la inflamación aumentan, o si la pierna (o el brazo) donde se insertaron los catéteres está fría o adormecida.
- **Llame al médico o al personal de enfermería** si el punto de inserción le duele o está caliente, o si tiene temperatura superior a los 100°F (37,8°C).
- **Pregúntele al médico** cuándo puede volver a realizar sus actividades normales y si hay alguna cosa que no debe hacer.
- **Pregúntele al médico o al personal de enfermería** qué medicamentos debe continuar tomando y cuáles debe suspender.
- **Llame al médico** si le aumenta el dolor o la molestia en el pecho, si tiene mucha dificultad para respirar o si se cansa demasiado al hacer ejercicio. Estos son signos de reestenosis.
- **No se someta a una prueba de resonancia magnética** en los 3 meses siguientes a la implantación del stent sin consultar antes con su cardiólogo.

Atención médica de seguimiento

Deberá ir a citas médicas de seguimiento para estar seguro de que se esté recuperando bien. Es posible que le den citas para pruebas de diagnóstico, como una prueba de esfuerzo o una gammagrafía del corazón, que sirven para ver si la arteria sigue abierta.

Medicamentos

Después del procedimiento el médico puede recetarle los siguientes medicamentos:

■ *Antiagregantes plaquetarios*

Si le pusieron un stent, le pueden recetar antiagregantes plaquetarios. Estos medicamentos hacen que las plaquetas, que son células sanguíneas diminutas, se adhieran menos; así se evita la formación de coágulos en el stent recién implantado.

A menudo los médicos recetan una combinación de **aspirina** y **clopidogrel** (Plavix®). Si le pusieron un stent corriente, recibirá antiagregantes plaquetarios durante cerca de un mes. Si es un stent liberador de fármaco, recibirá antiagregantes plaquetarios por un plazo de entre 3 y 6 meses, o más. Lo más probable es que tenga que tomar una pequeña dosis de aspirina por el resto de su vida.

Importante: Nunca deje de tomar los antiagregantes plaquetarios a menos que el cardiólogo se lo indique.





■ *Medicamentos que reducen el colesterol*

Es probable que su médico le recete medicamentos para bajar el colesterol y reducir el riesgo de un ataque al corazón. Las **estatinas** son la clase de medicamentos que se receta con más frecuencia.

■ *Betabloqueantes*

Los betabloqueantes disminuyen la frecuencia cardíaca, bajan la presión arterial y disminuyen el trabajo que debe realizar el corazón. Si usted ha tenido un ataque al corazón, es posible que el médico le recete betabloqueantes para reducir el riesgo de tener otro ataque.

■ *Inhibidores de la ECA*

Los inhibidores de la ECA dilatan o agrandan los vasos sanguíneos. Esto baja la presión arterial y permite que el corazón bombee con más eficiencia. Los inhibidores de la ECA se recetan más comúnmente a pacientes con el corazón debilitado.

Si la arteria vuelve a estrecharse

La mayoría de los pacientes en quienes la angioplastia ha tenido éxito no tienen más problemas; no obstante, en algunos casos puede ocurrir reestenosis (página 21), por lo general en los 6 meses siguientes al procedimiento.

Si ocurre reestenosis, es posible que el médico recomiende realizar otra angioplastia y poner un stent. También se pueden usar otras técnicas en las que el catéter tiene un dispositivo distinto en la punta, como un pequeño taladro, una cuchilla o una sonda de láser. En algunos casos puede ser necesario hacer una cirugía de derivación.

Cambios en el estilo de vida

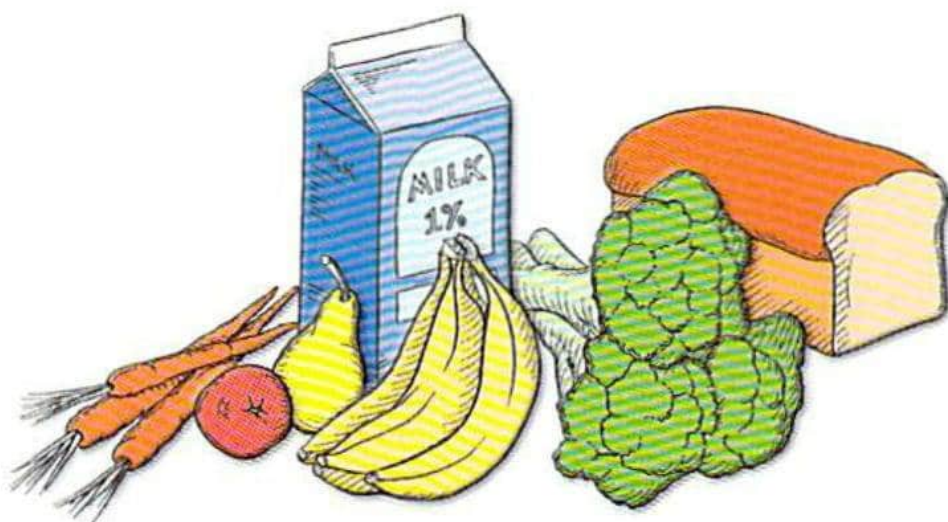
Usted puede controlar sus factores de riesgo (página 7) cambiando su estilo de vida. Esto le ayudará a obtener de su tratamiento más beneficios a largo plazo.


■ *Consuma una dieta saludable para el corazón*

Una dieta alta en grasas saturadas y colesterol tiende a aumentar las concentraciones de colesterol. El exceso de colesterol en la sangre tiende a acumularse en forma de depósitos de grasa en las paredes arteriales y puede conducir a enfermedad coronaria.

Usted puede bajar su nivel de colesterol al comer alimentos más saludables.

- Reduzca el consumo de grasas, especialmente las saturadas. Algunos alimentos que contienen muchas grasas saturadas son las carnes grasosas, la mantequilla, la leche entera, la crema y el queso.
- Escoja alimentos ricos en almidón y fibra, como panes y cereales integrales, pastas, arroz, frijoles y arvejas secos, y frutas y verduras frescas.
- Elija carnes magras y productos lácteos, pescado y pollo con bajo contenido de grasa.



- 
- Use métodos que no requieran el uso de grasa, como cocinar al horno, a la parrilla y al vapor. Antes de cocinar la carne, quítele toda la grasa visible. Antes de cocinar el pollo, quítele la piel.
 - Baje de peso. Consuma una dieta variada de alimentos nutritivos y con bajo contenido de grasa; consuma menos alimentos que contengan muchas calorías, como pasteles, postres y carnes grasosas. Coma porciones más pequeñas.

■ *Haga ejercicio con regularidad*

Hacer ejercicio con regularidad fortalece el músculo cardíaco y le ayuda al corazón y a los pulmones a usar el oxígeno con más eficiencia. También sirve para controlar la presión arterial, bajar de peso y reducir la tensión.

Para que el corazón se beneficie, usted debe hacer ejercicio entre 30 y 60 minutos preferiblemente todos los días, o por lo menos 5 días a la semana. Consulte con el médico antes de iniciar un programa de ejercicio.

Algunos ejercicios buenos para el corazón son: caminar rápido, trotar, nadar, andar en bicicleta, jugar tenis, hacer ejercicios aeróbicos y bailar.

■ *Si fuma, deje de hacerlo*

Los fumadores tienen una probabilidad de más del doble que las personas que no fuman de tener un ataque al corazón.

Si no ha podido dejar de fumar sin ayuda, puede entrar a un programa para dejar de fumar. Allí recibirá folletos, casetes, estuches y apoyo que lo ayudarán a vencer el hábito.

Put your heart in the right place



HEART  **&**
VASCULAR
SPECIALISTS

Specializing in :
Interventional Cardiology &
Peripheral Vascular Disease

Phone : (800) 247-0309

Fax : (800) 336-7779

www.247HVS.com

Todos los derechos reservados. Prohibida cualquier forma de
reproduction total o parcial de esta publicacion sin el permiso
expreso de la editorial.