

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**CUIDADO DE ENFERMERIA EN EL TRATAMIENTO DE
FIBRINOLISIS AL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA**

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERIA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

CESAR SEGUNDO UBALDO VEGA

Callao, 2022

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- Dra. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ PRESIDENTA
- Dra. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN SECRETARIA
- Mg. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE MIEMBRO
- Dra. NOEMI ZURITA ARRIOLA SUPLENTE

ASESORA: Dra. María Elena Teodosio Ydrugo

Nº de Libro: 08

Nº de Folio: 76

Nº de Acta: 222

Resolución de Sustentación: Nº 243-2022-D/FCS

DEDICATORIA

A mis padres por la formación de la persona que soy
mis logros se lo debo a ustedes, por todo el amor y
dedicación que tuvieron conmigo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por lo bendecido que soy en esta vida

A Papá y Mamá por su cariño infinito desde el cielo

A mis estimados docentes por su invaluable ayuda

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

ÍNDICE

Introducción.....	2
Capítulo I. Descripción de la situación problemática.....	4
Capítulo II. Marco teórico.....	7
2.1 Antecedentes.....	7
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	7
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	8
2.2 Bases Teóricas.....	10
2.3 Bases conceptual.....	14
Capítulo III.	20
Plan de intervención.....	20
Justificación.....	20
Objetivos.....	21
Metas.....	21
Plan de cuidados.....	21
Conclusiones.....	26
Recomendaciones.....	26
Referencias bibliográficas.....	27

INTRODUCCIÓN

El Infarto agudo de miocardio, también llamado por la mayoría de personas como “ataque al corazón”, es la muerte o necrosis de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye o disminuye completamente el flujo sanguíneo en una de las arterias coronarias.(1)

Desde el punto de vista de la atención clínica y el grado de gravedad que significa su presentación, el infarto agudo de miocardio reúne todos los requisitos para ser considerado una verdadera emergencia médica.

Los signos y síntomas del infarto agudo de miocardio aparecen de forma repentina y el riesgo de muerte o complicaciones graves a corto plazo es muy elevado. Además, la eficacia y pronóstico del tratamiento va a depender en gran medida, del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el inicio del tratamiento instaurado.

Los principales factores que predisponen a la persona al riesgo a presentar infarto agudo de miocardio son: La edad, a medida que aumenta la edad hay más probabilidades de desarrollar algún grado de enfermedad coronaria. El género, el varón tiene dos a tres veces más probabilidades de sufrir un infarto que las mujeres. (2)

Un tratamiento médico de los que existen para el infarto agudo de miocardio es La fibrinólisis o trombólisis, que consiste en la degradación de las redes de fibrina formadas en el proceso de coagulación sanguínea, evitando la formación de trombos. (3)

El beneficio de tratamiento con fármacos fibrinolíticos en el Infarto Agudo de Miocardio con ST Elevado, quedó establecido desde 1986 con la publicación del estudio GISSI sobre 11.806 pacientes. En el mismo se demostró que la administración de estreptoquinasa (SK) intravenosa redujo la mortalidad hospitalaria en los pacientes tratados en las primeras 12 horas desde el comienzo de los síntomas con respecto al control. La fibrinólisis sigue siendo una excelente herramienta en el tratamiento de reperusión del IAMcST, con clara reducción de la mortalidad, obteniendo el mayor beneficio para el paciente cuanto más rápida sea su utilización. (3)

El presente trabajo académico titulado ““cuidado de enfermería en el tratamiento de fibrinólisis al paciente con infarto agudo de miocardio en el servicio de emergencia”, contribuirá a reconocer los signos y síntomas del infarto agudo de miocardio para ayudar a su detección temprana, lo cual es un paso muy importante para prevenir las complicaciones de esta afección y disminuir los costos en salud, a fin de obtener mejores resultados terapéuticos, disminuir la estancia hospitalaria, y mejorar así la calidad de vida de los pacientes .

Se realizó como parte de la experiencia profesional como enfermero del servicio de emergencia adultos del Hospital de Emergencias III Grau-Essalud, este servicio actualmente brinda atención a la población de asegurados de Essalud del Perú, lo cual ha permitido la ejecución del presente trabajo académico en un esfuerzo conjunto con el equipo multidisciplinario de salud.

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un Plan de cuidados de enfermería con el objetivo de promover la prevención del Infarto Agudo de Miocardio, el cual contiene la justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación. Cabe mencionar que fue ejecutado durante los meses de Agosto y Setiembre 2022, fue elaborado en su totalidad por el autor y será presentado a la Jefatura del servicio de Enfermería del HEG , a fin de posibilitar su implementación formal y permita también ser un punto de referencia para otros servicios de la institución.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El inicio del siglo XXI ha traído progreso y desarrollo en muchas naciones, pero a la vez exige reconocer a la enfermedad coronaria isquémica como la principal causa de morbi-mortalidad en todo el orbe.

Según la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad cardiovascular (ECV) fue la principal causa de muerte a nivel mundial, ocasionando alrededor de 17,3 millones de muertes anuales (lo que representa el 30% de todas las muertes registradas), convirtiéndola en uno de los mayores problemas de salud pública, afectando en mayor proporción a la población de países en vía de desarrollo (80% de estas muertes son en países de ingresos bajos y medios), donde las personas cada vez más padecen de los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes, dislipidemias, obesidad y dieta inadecuada).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares (ECV) que por cualquier otra causa; de acuerdo a cifras de dicha organización se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31 % de todas las muertes registradas en el mundo (4).

En Estados Unidos (EE-UU) un ataque cardíaco ocurre aproximadamente cada 25 segundos. Cada año 1200000 americanos tienen un nuevo (700000) o recurrente (500000) evento cardiovascular y 40% mueren como consecuencia de ello. Hay 13 millones en la población americana que viven con historia de enfermedad coronaria isquémica. En base a la mortalidad del 2005, cerca de 2400 americanos mueren de enfermedad cardiovascular cada día (un promedio de una muerte cada 37 segundos).

En Latinoamérica fruto del desarrollo económico y del aumento en la expectativa de vida de su población, la enfermedad cardiovascular es la responsable del 31% de la totalidad de las muertes en el año 2000.

La enfermedad coronaria isquémica (ECI) no es sólo un problema de salud, ya que afecta en forma directa a la economía de los países debido a la repercusión que genera el paciente, así como de su entorno familiar, esto significa un elevado

costo en el tratamiento y mantenimiento de las secuelas de esta enfermedad. La enfermedad cardiovascular ocasiona a nivel mundial alrededor de 43 millones de años vividos con discapacidad y la pérdida de más de 147 millones de años de vida saludable.

En el Perú hay una transición demográfica y epidemiológica, producto del crecimiento económico de los últimos años y de la mejora en las condiciones generales de vida. Con ello, las principales causas de mortalidad y morbilidad en el país también han ido cambiando, ubicando a la enfermedad coronaria isquémica como la principal causa de muerte de la población adulta, así como generadoras de la mayor carga de enfermedad (58.5%).

En 1987 la primera causa de mortalidad eran las infecciones respiratorias y la cuarta causa de mortalidad era la enfermedad isquémica del corazón, pero para el año 2004, la enfermedad coronaria isquémica ya ocupaba el segundo lugar (25.7 por 100,000 habitantes), mayor en hombres (29.7) que en mujeres (21.7), y en el 2007 se mantenía en una segunda posición de mortalidad con una tasa de 44.8 por 100,000, después de las infecciones respiratorias agudas.

En el país la información sobre la enfermedad coronaria isquémica es escasa e incompleta, no se cuenta con cifras reales de la prevalencia a nivel nacional ni las características de dicha afección, por ello la Sociedad Peruana de Cardiología en el año 2006 realizó un primer registro a nivel nacional sobre infarto de miocardio agudo (RENIMA), con lo cual tuvimos información para conocer nuestra realidad en infartos cardíacos.

Los datos con los que contamos actualmente provienen del registro nacional previo del año 2006 y de trabajos realizados individualmente en cada institución. Por ello generalmente para abordar el tema de enfermedad coronaria isquémica se hace en base a ensayos clínicos de países desarrollados que no son necesariamente extrapolables a nuestra realidad.

La Sociedad Peruana de Cardiología (SPC) con la formación de este nuevo Registro Nacional de Infarto de Miocardio Agudo II (RENIMA II) desea continuar contribuyendo al conocimiento de la realidad nacional de esta enfermedad y así poder generar recomendaciones para la toma de decisiones en salud pública. (5)

En el establecimiento de salud donde se realiza el presente trabajo académico tiene una población de asegurados que sufren de este mal por lo que el autor vio la necesidad de realizar el presente trabajo académico de enfermería con el fin de contribuir a estandarizar los cuidados de enfermería en el procedimiento de fibrinólisis en pacientes con infarto agudo de miocardio en el servicio de emergencia, además contribuir con un instrumento disponible para su uso por los profesionales de enfermería de emergencia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Castro-Romanoshky M. , Abad-Loyola P. , Rodríguez-Sánchez E. Torres-Ferrand R. , Navarro-Navarro V.(Guantánamo, Cuba 2020) en su estudio “Trombolisis coronaria sistémica en el infarto agudo del miocardio en pacientes del Hospital General Docente “Octavio de la Concepción y la Pedraja” se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, del total de pacientes infartados en el periodo antes dicho (n=75). Se estudiaron las variables: edad, sexo, localización topográfica del infarto, tratamiento, evolución clínica, estado al egreso y causas de muerte. Resultados: el 72,0 % de los pacientes fueron hombres, el 37,3 % tenía 50 y 59 años de edad. La letalidad fue del 14,7 %. Fue más común el infarto anterior del ventrículo izquierdo (53,4 %). Se trombolizó el 28,0 %, pues en el 68,5 % la ventana isquémica fue superior a doce horas. La encefalopatía isquémica-hipóxica post-parada cardiorrespiratoria secundaria a fibrilación ventricular (54,5 %) fue la causa directa de muerte más frecuente. Conclusiones: La TCS se revela como una estrategia de reperfusión farmacológica segura usada en los pacientes con IAMCEST en el Hospital General Docente “Dr. Octavio de la concepción y de la Pedraja”, pero se requiere continuar los esfuerzos por lograr que la mayoría de los pacientes se trombolicen en las seis primeras horas del inicio de los síntomas, lo que podría lograrse mediante las acciones promotoras de salud cardiovascular que incluyan la culturización de la población respecto a los síntomas de IAM y la necesidad de solicitar ayuda médica precoz.(6)

Vitón Castillo A.(Universidad Medica Pinareña, Cuba, 2018) en su estudio “Terapia trombolítica en pacientes con infarto agudo del miocardio en una unidad de cuidados intensivos coronarios” Método: se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal. El universo quedó constituido por 734 pacientes con diagnóstico de infarto agudo del miocardio. Se aplicaron medidas de estadística descriptiva como frecuencia absoluta y relativa porcentual. Resultados: el grupo de edades que predominó fue 60-69 años (30,3 %) y el sexo masculino (66,75 %), la localización más común fue la inferior con 51 %. La causa más común de la no trombolisis fue un tiempo mayor de 12 horas en el 63,8 % de los casos. La trombolisis se aplicó en el 63,5 % de los casos y la complicación más común fue la hipotensión en el 20,8 %. El 53,9 % de las defunciones fueron pacientes trombolizados y el 61,9 % de los fallecidos fueron del sexo masculino. Conclusiones: los pacientes masculinos de edades superiores a los 50 años presentan alta incidencia de esta entidad, La demora al asistir a los servicios médicos es causa fundamental de la no aplicación de esta terapia y del fallecimiento de estos pacientes.(7)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Chacon Diaz M. ,Rodrigues olivares R., Custodio Sanchez P.(Lima ,Peru,2021) en su estudio titulado: “Tratamiento del infarto agudo de miocardio en el Perú y su relación con eventos adversos intrahospitalarios: resultados del Segundo Registro Peruano de Infarto de Miocardio con elevación del segmento ST (PERSTEMI-II)”. Es un estudio de Cohorte prospectiva, multicéntrica de pacientes con IMCEST atendidos durante el año 2020 en hospitales públicos del Perú. Se evaluaron las características clínicas, terapéuticas y eventos adversos intrahospitalarios, además de la relación entre la reperfusión exitosa del infarto y los eventos adversos. **Resultados.** Se incluyeron 374 pacientes, 69,5% en Lima y Callao. La fibrinólisis fue usada en 37% de casos (farmacoinvasiva 26% y sola 11%), angioplastia primaria con < 12 h de evolución en 20%, angioplastia tardía en 9% y 34% no

accedieron a terapias de reperfusión adecuadas, principalmente por presentación tardía. El tiempo de isquemia fue mayor en pacientes con angioplastia primaria en comparación a fibrinólisis (mediana 7,7 h [RIQ 5-10] y 4 h [RIQ 2,3-5,5] respectivamente). La mortalidad fue de 8,5%, la incidencia de insuficiencia cardiaca posinfarto fue de 27,8% y de choque cardiogénico de 11,5%. El éxito de la reperfusión se asoció con menor mortalidad cardiovascular (RR: 0,28; IC95%: 0,12-0,66, $p=0,003$) y menor incidencia de insuficiencia cardiaca (RR: 0,61; IC95%: 0,43-0,85, $p=0,004$). Conclusiones: La fibrinólisis sigue siendo la terapia de reperfusión más frecuente en hospitales públicos del Perú. El menor tiempo de isquemia a reperfusión se asoció con el éxito de esta y, a su vez, a menores eventos adversos intrahospitalarios. (8)

Chaupis Huaroc, K. (UPCH, Lima-peru, 2021) "Cuidados de enfermería en el proceso de trombólisis intravenoso en pacientes con ACV isquémico del servicio de emergencia" Material y Método: el estudio se orientó en la revisión y análisis de artículos y publicaciones científicas relacionadas con el tema de investigación; se cataloga como un estudio documental debido a la realización de revisiones sistémicas con la finalidad de recopilar información orientada a responder los objetivos plasmados dentro de la investigación. Resultados: Se realizó la revisión de 74 artículos científicos, de los cuales se seleccionaron 11 (14.86%). El análisis encontró la presencia de cuidados de enfermería descritas en tres momentos de la trombólisis intravenosa (antes, durante y después), en cada una de ellas la atención del profesional de enfermería fue necesaria para la detección de complicaciones capaces de producir una discapacidad neurológica mayor. Conclusiones: los cuidados de enfermería en el proceso de trombólisis intravenoso en pacientes con ACV isquémico del servicio de emergencia se basaron en el cuidado individual del paciente, manejo y control de la ventilación, evaluación neurológica, seguimiento de funciones vitales, reporte de complicaciones y además de intervenciones de enfermería necesarias para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente. (9)

2.1 Base Teórica

2.2.1 Teoría del cuidado del adulto de Margaret Jean Watson

Es una de las teorías de enfermería más relevante a nivel mundial, La teoría de la enfermería como cuidado es un resultado de este trabajo. El punto de partida del pensamiento tradicional fue la aceptación de los cuidados como objetivo, más que como medios, y de la enfermería como intención de cuidar, más que meramente como un instrumento. Jean Watson basa la confección de su teoría en siete supuestos y diez factores de cuidados o factores caritativos de cuidados (FC), los que serán examinados. En primer lugar, los supuestos, que son premisas asumidas como verdad sin comprobación, se detallan a continuación:

– El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí.

– El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos.

– El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar. El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por tanto propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.

– Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso. La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa.

El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.

– La práctica del cuidado es central en la enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica.

La relación de cuidado está basada en la creencia que el ser para el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía, en mayor o menor grado. Más específicamente, los pacientes o usuarios no nos pertenecen, ni su cuerpo, ni sus problemas, ni su espíritu. A modo de ejemplo: muchas veces en el cuidado de un paciente grave, que no está consciente y no puede ejercer autonomía en relación a sus funciones corporales, la certeza que es un cuerpo ajeno, pero el cuerpo de una persona, ayudará a no cosificarlo y a respetarlo como tal. (10)

Teoría de Virginia Henderson

El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia.

Considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. Para Henderson el enfermero es aquel que asiste o atiende a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad

Así como también a acompañar a la muerte en paz, para que el individuo pueda desarrollar su independencia, con ayuda del trabajo de enfermería. es necesario tener en cuenta el conjunto de todas las influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de una persona. Respecto al modelo de Virginia Henderson se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

- Salud: La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia.

- Persona: Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

- Entorno: Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.

- Enfermera (cuidados profesional): La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación mediante actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.

Según Henderson, los cuidados de enfermería deben centrarse en las necesidades de las personas sanas o enfermas, en la familia o en la comunidad, utilizando un método sistemático de trabajo como el proceso de enfermería. Para ella, las 14 necesidades básicas humanas orientarán las 5 fases del proceso.

Fase de valoración

Permite conocer las necesidades del paciente y sus posibles alteraciones. Durante la observación se aprecia que la valoración del paciente se basa en el nivel de satisfacción de las necesidades humanas básicas.

Fase de diagnóstico

Se examina el grado de dependencia e independencia del paciente en relación a cada una de las necesidades básicas, según el resultado de la valoración. Durante la observación se aprecia que el diagnóstico de enfermería no se encuentra establecido en la hoja de cuidados de enfermería; por lo tanto, las enfermeras no realizan diagnósticos basados en la valoración del paciente.

Fase de planificación

Se elabora un plan que responda a las necesidades del paciente y que integre las funciones independientes, dependientes e interdependientes de la enfermera, considerando las actividades que el paciente y su familia pueden realizar. Durante la observación se aprecia que la planificación de los cuidados se basa en las actividades destinadas a la satisfacción necesidades humanas básicas.

Fase de ejecución

La enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para tener una muerte pacífica, incorporando a la familia en los cuidados. Durante la observación se aprecia que la ejecución de los cuidados se basa en el cumplimiento de las actividades planificadas para satisfacer las necesidades humanas básicas. Los miembros del equipo de enfermería registran en la hoja de cuidados de enfermería: la hora de ejecución de los cuidados planificados y las iniciales del ejecutor.

Fase de evaluación

Se realiza según el grado de independencia del paciente, considerando que una orientación educativa oportuna por parte de la enfermera facilitará que el paciente o su familia realicen los cuidados necesarios de manera independiente. Las enfermeras evalúan y registran los cuidados sólo luego de una intervención derivada de las indicaciones médicas, como: control de saturación luego de modificar la administración de oxígeno, control de temperatura luego de administrar antipiréticos, control de escala de dolor luego de administrar analgesia, entre otros.(11)

2.1 Base Conceptual.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. es una enfermedad cardiovascular provocada, en su mayoría, por un coágulo que bloquea una de las arterias coronarias, que son las que llevan sangre y oxígeno al corazón. Si se bloquea el flujo sanguíneo las células cardíacas mueren. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades coronarias son la principal causa de muerte en todo el mundo.

Aunque se estima que hasta el 2030 morirán alrededor de 2.6 millones de personas en el mundo por alguna enfermedad cardiovascular, es importante destacar que la OMS también señala que el 80% de los infartos agudos de miocardio y de los accidentes cerebrovasculares (ACV) prematuros son prevenibles. Existen diversos factores de riesgo que nos predisponen a sufrir un infarto agudo de miocardio. La Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos señala que existen los que no se pueden cambiar y los que podemos controlar de la mano de la prevención.

Estos factores de riesgo lo que hacen es provocar que una sustancia llamada placa -compuesta de colesterol y otras células- se acumule en las paredes de las arterias coronarias, obstruyéndolas. Esta es la causa más común de un ataque cardíaco. Un infarto también puede ocurrir cuando se rompe o desprende esta placa y se forma un coágulo que bloquea el flujo de sangre oxigenada que llega al corazón.

Factores de riesgo que no podemos controlar:

- **La edad.** El riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio u otra cardiopatía aumenta conforme envejecemos.

- **El género.** Está comprobado que los hombres tienen más riesgo de sufrir una cardiopatía que las mujeres. Sin embargo, el riesgo sube en las mujeres después de la menopausia.

Los genes o la raza. Si nuestros padres sufrieron alguna cardiopatía, tenemos un riesgo más alto. También se ha comprobado que los afroamericanos mexicoamericanos, nativos americanos, hawaianos y algunos asiáticos también tienen mayor riesgo de sufrir del corazón.

Factores de riesgo que podemos controlar:

Fumar. Además de aumentar el riesgo de sufrir varios tipos de cáncer, esta práctica eleva el riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio y otras cardiopatías.

Colesterol alto. Mantener una buena dieta y hacer ejercicios disminuye el riesgo de sufrir del corazón.

Presión alta. Si la sufrimos, debemos controlarla.

Diabetes. Es importante ser responsable con el control de esta enfermedad.

Hacer ejercicio por lo menos 30 minutos al día.

Obesidad. Debemos mantener nuestro peso ideal cambiando nuestra forma de alimentarnos.

Estrés. La meditación y el yoga pueden ayudar.

Alcohol. Limitar su consumo y no abusar.(12)

SINTOMAS: Los síntomas pueden manifestarse en distintas combinaciones, sin ser necesario presentarlos todos para confirmar el Infarto de Miocardio. Son muy parecidos a los de la Angina de Pecho pero de distinta intensidad y duración, Dolor muy fuerte y opresión en el pecho, que puede aparecer de forma brusca o durante el ejercicio.

Puede acompañarse de dolor en otras partes del cuerpo: mandíbula, cuello, espalda, brazo izquierdo, zona abdominal.

El dolor no desaparece en reposo, ni varía con movimientos ni con la respiración.

Otros síntomas: Mareo intenso, sudor, cansancio inexplicable, latidos anormales del corazón, dificultad para respirar, náuseas y vómitos. Duración del dolor: más de 20 minutos.

Diagnostico: En el Infarto Agudo de Miocardio, el tiempo es un factor vital. Cuanto más tiempo pasa desde los primeros síntomas hasta que se atiende

el paciente, mayores son los problemas que puede causar en el corazón, incluso podría provocar la muerte. Para su diagnóstico, se realizan las siguientes pruebas:

Electrocardiograma, examen sanguíneo de perfil coronario, si el diagnóstico es dudoso se puede optar por la resonancia magnética, y esto se complementarán con la clínica del paciente.

Tratamientos quirúrgicos:

- **Angioplastia–Cateterismo Cardíaco:** Consiste en colocar un material en forma de malla (stent) en la pared de la arteria coronaria para hacer fluir la sangre correctamente. A través de las arterias de las extremidades (la arteria femoral, en el muslo, o radial, en el antebrazo), se introduce un catéter (tubo, generalmente largo, delgado y flexible) que sirve como conducto para hacer llegar el stent a la arteria coronaria. El stent puede ser:

- **Convencional:** Elaborado con metal.

- **Farmacoactivo:** Liberadores de fármacos que evitan la obstrucción del stent a lo largo de los siguientes meses o años de su implantación. Los pacientes con stent deben tomar antiagregantes para evitar el riesgo de trombosis.

• **Bypass coronario:** Intervención quirúrgica que consiste en implantar un puente para que la sangre pueda esquivar el bloqueo provocado por la obstrucción. Consiste en unir una vena de la pierna (vena safena) o una arteria del antebrazo (arteria radial) y la arteria coronaria.

Tratamientos farmacológicos:

Estatinas: Reducen los niveles de colesterol en la sangre.

Acido acetilsalicílico: Evita la acumulación de placas en las arterias.

Betabloqueantes: Reducen la presión arterial y mejoran la circulación de la sangre. El corazón necesita menos fuerza para latir, con el uso de estos fármacos.

Anticoagulantes: Evitan la formación de coágulos de sangre o plaquetas.

Vasodilatadores: Relajan los vasos sanguíneos y aumentan el suministro de sangre y oxígeno al corazón, reduciendo a su vez la carga de trabajo.

Diuréticos: Permiten eliminar el exceso de líquidos y sodios del cuerpo. Ayudan a aliviar la carga de trabajo del corazón. (13)

ISQUEMIA

Detención o disminución de la circulación de sangre a través de las arterias de una determinada zona, que comporta un estado de sufrimiento celular por falta de oxígeno y materias nutritivas en la parte afectada.

IAMCST

El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) es la manifestación más aguda de la enfermedad coronaria y se asocia con elevadas morbilidad y mortalidad.

FIBRINOLISIS.

La fibrinólisis consiste en la degradación de las redes de fibrina formadas en el proceso de coagulación sanguínea, evitando la formación de trombos. La plasmina en su forma activa es la encargada de la degradación de las redes de fibrina que pasaran a ser fibrinopeptidos solubles tras la fibrinólisis

Estos productos de degradación de la fibrina, como el Dímero-D, son eliminados normalmente por proteasas en los macrófagos del hígado y el riñón. (14)

La fibrinólisis es un procedimiento médico que se realiza en el hospital y bajo estricta observación, En primer lugar se canaliza una vía venosa en una de las venas de los brazos para poder administrar de forma progresiva un fármaco fibrinolítico (que deshace el trombo) diluido en suero.

La fibrinólisis sigue siendo una excelente herramienta en el tratamiento de reperfusión del IAMcST, con clara reducción de la mortalidad, obteniendo el mayor beneficio cuanto más rápida sea su utilización. Los fármacos disponibles actualmente (TNK) facilitan su utilización al ser dados en bolo.(15)

medicamentos usados para la fibrinólisis

FARMACO	DOSIS
SK (estreptokinase)	1.500.000 U en 30–60min
tPA (alteplase)	15mg+0,75mg/kg en 30min+0,5mg/kg en 60min (máximo, 100mg)
rPA (reteplase)	10 U (2min)+10 U (2min) a los 30min
TNK (tenecteplase)	30mg (< 60kg), 35mg (60–69kg), 40mg (70–79kg), 45mg (80–89kg), 50mg (> 90kg)

Contraindicaciones para fibrinólisis: Hemorragia activa de cualquier localización. Antecedentes de hemorragia, cirugía u otra afectación crónica intracraneal. Accidente vascular cerebral hemorrágico y no hemorrágico previo.(16)

REPERFUSION CORONARIA

es la restauración del suministro sanguíneo al tejido cardiaco que está isquémico como consecuencia de una disminución en el suministro normal de sangre. (17)

PACIENTE ADULTO El paciente adulto hace referencia a un organismo con una edad tal que ha alcanzado su pleno desarrollo orgánico, incluyendo la capacidad de reproducirse.

Cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años.

MORBIMORTALIDAD

Combinación de los conceptos de morbilidad y mortalidad, que se traduce en la tasa de mortalidad causada por una enfermedad en un cierto grupo poblacional, en un lugar (ciudad, estado, país) e intervalo de tiempo seleccionado para un estudio.

PERFIL LIPIDICO

Un perfil lipídico, también denominado lipidograma y perfil de riesgo coronario, es un grupo de pruebas o exámenes diagnósticos de laboratorio clínico, solicitadas generalmente de manera conjunta, para determinar el estado del metabolismo de los lípidos corporales, comúnmente en suero sanguíneo.

pruebas que se incluyen en un perfil lipídico

Colesterol total

HDL: lipoproteínas de alta densidad («colesterol bueno»)

LDL: lipoproteínas de baja densidad («colesterol malo»)

VLDL: lipoproteínas de muy baja densidad

Triglicéridos

El médico utiliza la información para evaluar, junto con otros signos y síntomas, el riesgo de una dislipidemia y sus complicaciones, como un infarto cardíaco o una apoplejía, provocados por obstrucción de los vasos sanguíneos, causados por ateromas o placas de colesterol, es decir para valorar el riesgo cardiovascular de la persona e instituir así un régimen adecuado de prevención y tratamiento.(18)

CAPÍTULO III

PLAN DE INTERVENCIÓN

3.1. Justificación

Aproximadamente un 30% de los pacientes con infarto agudo de miocardio fallece antes de llegar al Hospital. La mayoría fallece como consecuencia de arritmias malignas (taquicardia o fibrilación ventricular). La mortalidad dentro del hospital es menor, pero también elevada. Además de las arritmias, el infarto puede complicarse con una rotura cardíaca o con una insuficiencia cardíaca aguda (edema agudo de pulmón). Una vez superada la fase aguda, el pronóstico de los pacientes depende de la isquemia residual, es decir de cuanta parte del corazón no muerto continúa con falta de riego, y de la función del ventrículo izquierdo. (19)

Desde el punto de vista de la atención clínica y la gravedad que representa, el infarto agudo de miocardio reúne todos los requisitos para ser considerado como una verdadera urgencia médica. Los signos y síntomas del infarto aparecen de forma repentina, y el riesgo de muerte o complicaciones graves a corto plazo es muy elevado. Además, la eficacia y pronóstico del tratamiento va a depender en gran medida, del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el inicio del tratamiento instaurado. No está demás decir que es de mucha importancia la atención oportuna en los servicios de emergencia; por ello, una intervención de elección es la fibrinólisis, con la finalidad para restaurar la perfusión coronaria. es indispensable poner en práctica los conocimientos sobre los procesos del cuidado de enfermería en el tratamiento de urgencia en fibrinólisis para la atención oportuna y profesional en los pacientes con infarto de miocardio y evitar mayores complicaciones o desenlaces fatales. el presente trabajo académico presentará además con datos científicos relevantes y actualizados para brindar aportes muy valiosos para que sirva como instrumentos para beneficio de otros profesionales de enfermería para así contribuir a mejorar el cuidado integral del paciente coronario .

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo general

Brindar información científica actualizada sobre los cuidados de enfermería en el tratamiento de fibrinólisis en pacientes infarto agudo de miocardio en el servicio de emergencia.

3.2.2. Objetivos específicos

- Describir los cuidados de enfermería pre-tratamiento de fibrinólisis en el paciente con infarto agudo de miocardio en el servicio de emergencia.
- Describir los cuidados de enfermería trans-tratamiento de fibrinólisis en el paciente con infarto agudo de miocardio en el servicio de emergencia.
- Describir los cuidados de enfermería post-tratamiento de fibrinólisis en el paciente con infarto agudo de miocardio en el servicio de emergencia.

3.3. Metas

persigue con la elaboración del presente trabajo : difundir los conocimientos actuales en relación a los cuidados de enfermería en la atención del paciente con infarto agudo de miocardio que será sometido al tratamiento de fibrinólisis de emergencia, para unificar criterios en su atención, concientizando al equipo de salud a trabajar de forma activa y coordinada para el beneficio del paciente.

3.4. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Para hacer el desarrollo del plan de cuidados se ha dividido los cuidados de enfermería en tres momentos muy importantes cada uno, donde se desarrollan actividades diferentes según la evolución del Infarto agudo de miocardio, también se evidencian cambios muy significativos en la salud del paciente, todo el procedimiento se cuenta con todo el equipo de salud multidisciplinario donde enfermería es el eje principal donde convergen los profesionales multidisciplinario.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE-FIBRINOLISIS

- Admitir al paciente a su unidad, identificando con su apellido.
- Brindar comodidad y confort personalizando su atención.
- Mantener en NPO al paciente.
- Familiar o acompañante recibirá informe médico, para la firma de autorización de consentimiento informado.
- Revisar en historia clínica si no hay antecedentes de cirugías ni eventos hemorrágicos recientes.
- Monitorización básica de PA, FC, FR, T y SAT. las arritmias graves se dan en las primeras 6 horas.
- El paciente será situado en la proximidad de un Desfibrilador, carro de reanimación cardiopulmonar.
- presencia de todo el equipo de salud.
- Canalización de Vía venosa, de ser posible dos vías, si fuera posible colocación de catéter venoso central de tres lumen.
- Llamar al personal de laboratorio para la toma de exámenes basales previo al procedimiento (hemograma, perfil coronario, perfil de coagulación, glucosa, urea, creatinina, dimero D, examen de orina, y demás exámenes que crea conveniente el medico).
- Coordinar la toma de RX de tórax previo al procedimiento.
- ECG 12 derivaciones, tomando además D II de 6 segundo (largo).
- Aspirina y protección gástrica. Sobre la Aspirina, esta demostrado que la Aspirina reducía la tasa de reinfarto y en un 23 % la tasa de mortalidad en el primer mes, y también la mortalidad a largo plazo.
- Oxigenoterapia para mejorar oxigenación tisular por CBN a 3-5 LPM (32%-40%).
- Si hay presencia de dolor, mida el dolor con escala de EVA, revise terapéutica si está indicado, administre morfina en dosis-efecto.

- Decisión terapéutica. El médico decidirá que conducta terapéutica a tomar tras la sospecha de diagnóstico de IAM con indicación de tratamiento de reperfusión, la decisión terapéutica de aplicar la fibrinólisis, o realizar la Angioplastia Transluminal percutánea (ACTP), así como aplicar el fibrinolítico en la Unidad de Urgencias si la cama de Unida Coronaria no está disponible.
- Explicar al paciente sobre el procedimiento de fibrinólisis con el propósito de disminuir la ansiedad a lo desconocido.
- Valoración Interrogar síntomas, buscar signos de alarma exploración y Valoración física.
- Proteger intimidad del paciente, se revisará piezas dentales antes del procedimiento descartando sangrado de encías.
- Preguntar al medico si se colocara sonda vesical, para descartar hematuria macroscópica y también para inicio de balance hídrico estricto .
- Registrar en una hoja de enfermería los controles de signos vitales, Balance hídrico y medicación administrada. anotaremos, la hora inicio del procedimiento de fibrinólisis en una hoja dividida cada 5 minutos de iniciado hasta finalizar.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRANS-FIBRINOLISIS

- Si el paciente permanece estable. Registrar en la hoja correspondiente. Así como también su Glasgow 15.
- Si esta prescrito, administrar sedación leve que no comprometa el sensorio.
- el medico elegirá el fibrinolítico, en este caso usaremos ALTEPLASE 100mg. dosis para el paciente.
- si el paciente permanece estable. Registrar en la hoja correspondiente la hora de inicio de la fibrinolisis.
- el frasco ampolla de ALTEPLAZA 50mg. se preparan 02 diluir en 100ml se suero fisiológico al 0.9%, e instalar en bomba de infusión.

- Rotular la preparación en el volutrol con letra legible.
- Identificar la vía venosa exclusiva, Se inicia el tratamiento con un bolo de 15 ml que es equivalente a 15 mg. en un minuto.
- Se programa la bomba de infusión para continuar el tratamiento a 50ml de la preparación de alteplaza en un tiempo de 30 minutos.
- Observar el monitor, vigilando cambios en las ondas cardíaca.
- Seguir con el registro en la hoja de enfermería, tolerancia al medicamento, puede presentarse bradicardia, no suspenda el tratamiento.
- Converse con el paciente, pregúntele si hay dolor , si sangra sus encías, si tiene visión borrosa, si tiene frío. Continuamos con el tratamiento.
- El resto del volutrol es 35 ml. del preparado de alteplaza programarlo para pasarlo en 1 hora con la bomba de infusión.
- Imprima en el monitor un trazado en papel para las evidencia de los cambios electrocardiográficos si hubiera.
- No deje de observar al paciente, en este momento se presenta una palidez marcada, hable continuamente con él.
- Buscar signos de cianosis, observar el sondaje urinario descartando hematuria.
- Controlar signos vitales, si hay hipotensión inicio de retos de fluido con cloruro de sodio al 0.9%.
- Observar cambios en frecuencia cardíaca descartando extrasístoles ventriculares o auriculares, respiración superficial o profunda, pulso puede ser débil ,temperatura hay tendencia a la hipotermia leve, oximetría > 94.
- Al concluir la infusión controlar signos vitales.
- Se registra la hora de termino del procedimiento .

CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST-FIBRINOLISIS

- Se comunica al paciente que termino el tratamiento y se le da las gracias por su colaboración, la comunicación es muy importante .

- El paciente posterior a la fibrinólisis se encuentra vulnerable a desarrollar complicaciones que pueden alterar la integridad., por esta razón se requiere un monitoreo permanente.
- Los cuidados serán individualizados, teniendo en cuenta el cuidado de forma integral.
- Se tendrá cuidado no administrar por vía IM o S/C por el riesgo de sangrado.
- Después del procedimiento de fibrinólisis puede la posibilidad de presentarse hipotensión / bradicardia, es importante continuar con el control de signos vitales.
- Tener disponible atropina 1mg. además expansor de volumen (cristaloide y coloides).
- Medida aceptada es la colocación en posición de Trendelemburg para mejorar la irrigación venosa.
- Pueden presentarse Arritmias, Las más frecuentes son CVP (contracciones ventriculares prematuras), TV no sostenida, extrasístoles ventriculares y RIVA (ritmo idioventricular acelerado). Están asociadas a la reperfusión del territorio isquémico, por lo que se consideran signo de buen pronóstico.
- Vigilar todos los puntos de punción de catéteres. En caso de sangrado excesivo comprimir firmemente durante 15 minutos como mínimo.
- Vigilar sangrado a niveles genitourinario, gingival y epistaxis.
- Náuseas y vómitos. Pueden estar relacionadas con un cuadro vaso-vagal (asociadas a bradicardia/ hipotensión).
- Realizar ECG a los 90 minutos después del tratamiento fibrinolítico.
- Extracción de analítica completa a las 4-6 horas posteriores a la administración del fibrinolítico.

CONCLUSIONES

La aplicación de los medicamentos fibrinolíticos en los servicios de emergencia en el tratamiento para la atención en infarto agudo de miocardio ha significado un cambio en la actitud de los profesionales de enfermería a la vez que los compromete a seguir entrenándose constantemente para brindar una mejor atención.

El tiempo es vital para la atención del paciente con infarto agudo de miocardio, los casos que fueron sometidos a fibrinólisis antes de las 12 horas deben de tener mejor pronóstico. Los retrasos en la atención traerán complicaciones irreversibles.

RECOMENDACIONES

Se recomienda al profesional de enfermería familiarizarse con los fármacos fibrinolíticos disponibles en su establecimiento de salud en la forma de uso, presentación, dosis, efectos adversos, etc. Y que se entrene constantemente en la actuación frente a la emergencia del infarto agudo de miocardio, a la vez que este trabajo sea una referencia para sea utilizado por el profesional de enfermería como material de ayuda en el tratamiento de fibrinólisis.

El tiempo es vital para la atención del paciente con infarto agudo de miocardio, los casos que fueron sometidos a fibrinólisis antes de las 12 horas deben de tener mejor pronóstico, se recomienda al equipo de salud, actuar con rapidez para tener mejor pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Alonso Martínez, J. J. Manual de síndrome coronario agudo. Madrid: SCM Scientific Communication Management y Sociedad Española de Cardiología, 2004.
- 2.- boletín de la academia nacional de medicina de México.“el hombre y la mujer enferman en forma diferente”.vol. 57, No 2. Marzo-Abril, mexico.2014
- 3.- Junker G. Tratamiento fibrinolítico en el infarto agudo de miocardio. Rev.Urug.Cardi. vol.28 no.3 Montevideo dic. 2013
- 4.- Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Cardiopatías y género. Bibliomed [Internet]. 2017 Ene [citado 23 Nov 2017]; 24(1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2016/12/bibliomed-enero-2017.pdf>
- 5.- registro nacional de infarto de miocardio agudo II. renima II dr. miguel reyes rocha* , dr. enrique ruiz mori** e investigadores del renima i, dr. miguel reyes r,; dr. enrique ruiz m. e investigadores. revista peruana de cardiología enero - abril 2013 61.
- 6.- Castro-Romanoshky M. , Abad-Loyola P. , Rodríguez-Sánchez E. , Torres-Ferrand R. , Navarro-Navarro V.(Guantanamo, Cuba ,2020
- 7.- Vitón Castillo A. “Terapia trombolítica en pacientes con infarto agudo del miocardio en una unidad de cuidados intensivos coronarios” .Universidad Medica Pinareña, Cuba, 2018
- 8.- Chacon Diaz M. ,Rodrigues olivares R., Custodio Sanchez P. “Tratamiento del infarto agudo de miocardio en el Perú y su relación con eventos adversos intrahospitalarios .Lima ,Peru,2021
- 9.- Chaupis Huaroc, K. “Cuidados de enfermería en el proceso de trombólisis intravenoso en pacientes con ACV isquémico del servicio de emergencia” UPCH,Lima-peru,2021
- 10.- Ciencia y Enfermerla XVII (3): 11-22, 2011 ISSN 0717-2079 Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados ttrnspersolaes. Ciencia y enfermería versión On-line ISSN 0717-9553
- 11.- José Carlos Bellido Vallejo y José Francisco Lendínez Cobo “Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN” Pritend in Spain. Impreso en España 1ra edición ,2010

12.- Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de enfermedades cardiovasculares. Recuperado de: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/ .2020

13.- Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Ataque cardíaco. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000195.htm>.2018

14.- Cesarman-Maus G, Hajjar KA. *Molecular mechanisms of fibrinolysis*. Br J Haematol 2005;129:307-21. PMID 15842654.

15-Kumar: Robbins and Cotran: Pathologic Basis of Disease, 7th ed., Copyright © 2005 Saunders

16.- J.A. Baz, A. Albarrán, E. Pinar, J. Mauri. Registro Español de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. XVIII Informe Oficial de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (1990–2008). Rev Esp Cardiol, 62 (2009), pp. 1418-1434

17.- García del Río MD, Díaz Boza C. Infarto agudo del miocardio con elevación del ST: ¿Angioplastia primaria para todos, o todavía hay trombólisis para rato? Rev Colombiana Cardiol. 2005;12(4):151-65.

18.- Sociedade brasileira de análises clínicas. *consenso brasileiro para a normatização da determinação laboratorial do perfil lipídico*. disponível em: <<http://www.sbac.org.br/blog/2016/12/10/consenso-brasileiro-para-a-normatizacao-da-determinacao-laboratorial-do-per%ef%ac%81-lipidico/>>. acceso en 02 oct 2019

19.- sociedad española de medicina interna (SEMI). la visión global de la persona enferma, "infarto agudo de miocardio" España, 2022