

Cuidados en enfermería en el paciente con infarto del miocardio en evolución

Ana Isabel Moreno Ortiz*

Introducción

El infarto agudo del miocardio es una de las más importantes causas de muerte en los países desarrollados.¹ Aunque en nuestro medio no contamos con estadísticas relativas a la proporción con la cual incide sobre la mortalidad general, si es un hecho que la enfermedad arteroesclerosa de las arterias coronarias, causa de infarto, cada vez es más frecuente y ha llegado a desplazar de los primeros lugares a otras entidades de la patología cardiológica como las enfermedades reumáticas.

En esencia, el infarto agudo del miocardio ocurre cuando la cantidad de oxígeno transportada en la sangre de las arterias coronarias y que es necesario para nutrir al músculo cardiaco es tan insuficiente en una área determinada que produce dentro de la célula, una lesión importante que desembocará en la destrucción o muerte del tejido, fundamentalmente esto ocurre cuando hay una obstrucción de las arterias coronarias por aterosclerosis.² Sin embargo para que en un momento determinado haya una deficiencia importante en el flujo sanguíneo coronario con mengua consiguiente en el aporte de oxígeno y otros sustratos necesarios para el metabolismo de la célula, no se requiere forzosamente disminución brusca de la cantidad total de sangre sino que se rompa el equilibrio entre la oferta, la llegada de sangre oxigenada al tejido, y las demandas metabólicas de éste.

La mortalidad intrahospitalaria por arritmias ha disminuido notablemente por el monitoreo electrocardiográfico y el tratamiento oportuno de las arritmias en la unidad coronaria.^{3,4} Por lo tanto, en la actualidad entre los pacientes con infarto del miocardio agudo que llegan al hospital la muerte suele deberse a insuficiencia cardiaca izquierda o al choque; la muerte suele ocurrir en las primeras 96 horas del comienzo del infarto del miocardio.^{5,6}

Procedimiento a su admisión

Una vez que se tiene el aviso del internamiento de un paciente con infarto del miocardio en evolución, se prepara el cubículo y el material necesario para su recepción,

además de comprobar el buen funcionamiento del monitor de cabecera, revisando la estandarización, la velocidad de barrido y el cable del paciente. Darle la bienvenida a su llegada a la unidad coronaria, recordando que el paciente puede no haber estado antes en un hospital, darle una descripción breve de la unidad mientras se conecta el paciente al monitor, se dará preparación y apoyo psicológico, explicándole además acerca del tiempo que permanecerá en la unidad coronaria (3-4 días), el tiempo que permanecerá en el piso de cardiología (7 a 10 días) y en que tiempo probablemente volverá a su trabajo (6 a 8 semanas).⁷

Monitoreo

Se coloca al paciente electrodos precordiales desechables, el electrodo RA en la región infraclavicular derecha, LA en la región infraclavicular izquierda y LL en el sexto espacio intercostal derecho sobre la línea paraesternal derecha, se conectan los cables (caimanos) a los electrodos de monitoreo y enciende el aparato de monitoreo electrocardiográfico continuo instalado a la cabecera del paciente, coloca las alarmas de frecuencia fijando la mínima a 60 por minuto y la máxima en 120 por minuto, poniendo la derivación que se aprecie más nitidamente, corroborando que el trazo también se esté registrando en los monitores centrales, todas las arritmias deben ser documentadas, con tomas de trazo del monitor central cada hora y en caso de alteraciones en el ritmo o la conducción cuando sea necesario.

Observaciones

Deberá a su ingreso checar la temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión sanguínea y se cuantificará diuresis, ya que estos parámetros se alteran cuando hay complicaciones hemodinámicas, esto deberá hacerse cada hora las primeras 4 horas o más frecuentes si las condiciones del paciente son inestables, de 4 a las 48 horas posterior a su ingreso cada 2 horas y de 48 a 72 horas

* Unidad de Cuidados Coronarios, Hospital de Especialidades, Centro Médico "La Raza". Instituto Mexicano del Seguro Social.

cada 4 horas en caso de que el paciente se encuentre estable.

Terapia intravenosa

Se instalará un catéter central de preferencia, colocado por vía percutánea, cuando ésta no sea posible se avisa al médico residente para su instalación ya sea por vía subclavia o por venodisección, con una solución glucosada al 5% 250 cc para 24 horas, o la solución que sea indicada por el médico.

Exámenes de laboratorio

A su ingreso se tomará química sanguínea, biometría hemática (BH), Creatin fosfocinasa CPK con fracción miocárdica MB Transaminasa glutámica oxalacética TGO, Deshidrogenasa láctica DHL. Posteriormente se tomará la CPK, MB, la DHL y la TGO cada 8 horas las primeras 24 horas y posteriormente cada 24 horas, lo mismo que la QS y la BH.

Radiografías de tórax. Se tomarán a su ingreso, y pueden ser repetidas cada 24 horas si hay indicación.

Administración de oxígeno

El oxígeno no es rutinariamente administrado, únicamente si el paciente requiere de éste, se deberá hacer por medio de punta nasales o por mascarilla a razón de 2-3 litros por minuto.

Electrocardiograma

El electrocardiograma a su ingreso se tomará de 25 derivaciones. Derivaciones bipolares DI, DII, DIII, unipolares de las extremidades aVR, AVL, aVF, derivaciones unipolares precordiales izquierdas V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9.; derivaciones unipolares precordiales derechas V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9.; derivaciones unipolares abdominales M1, M2, M3. Se deben marcar al mismo tiempo con un plumón los sitios de registro de las derivaciones precordiales y abdominales.

Posteriormente se tomarán cada 24 horas las derivaciones bipolares, las unipolares de las extremidades, y las unipolares precordiales izquierdas hasta V6.

Medicación

Alivio del dolor, que se puede hacer con nalbufina 5-10 mgrs IV, Dipirona 1-2 gramos IV lenta. Meperidina 100 mgrs IM o 50 mgrs IV y 50 mgrs IM, Morfina 4-8 mgrs

repetiendo a los 5-15 minutos. Droperidol 2 cc IM en caso necesario.

Antieméticos. Metoclopramida 10 mgrs IV cada 4-6 horas. Antiarrítmicos, en caso de extrasístoles ventriculares o taquicardia ventricular, xilocaina sin epinefrina en bolo 1-2 mgrs/kg, seguida por infusión a razón de 1-4 mgrs minuto. Atropina 0.6 a 1.2 mgrs I.V en caso de bradicardia con hipotensión. Sedación. Diazepan 5-10 mgrs cada 12-24 horas ó clordiazepóxido 10 mgrs cada 12 horas.

Dieta

Nada de alimentación por vía oral en las primeras 4-24 horas por la frecuencia de náuseas y vómitos ó indicar dieta líquida a base de jugos diluidos, posteriormente dieta blanda baja en colesterol y ajustando a otras patologías que tenga el paciente.

Higiene

Deberá realizarse baño de esponja todos los días durante su estancia.

Rehabilitación

Se ha dividido en cinco fases de acuerdo al tiempo y capacidad funcional de cada paciente.

Rehabilitación 0. Corresponde al reposo absoluto en que se mantiene el paciente, desde su ingreso hasta que haya cedido el dolor precordial.

Rehabilitación I. Se caracteriza por el inicio de movimientos activos de extremidades inferiores con una pelota de plástico en sesiones de tiempo progresivo de 6 o más minutos de acuerdo a la tolerancia y la vigilancia de los siguientes parámetros presión arterial sistémica, frecuencia cardíaca y trastornos del ritmo, esta fase se inicia 12 horas después de que el dolor precordial a cedido.

Rehabilitación II. Se realiza 24 horas después de que el dolor precordial ha cedido, consiste en sentar al paciente a la orilla de la cama, con los pies colgando fuera de la misma apoyados en un banco de altura. En forma simultánea se incrementa el tiempo y la actividad de los movimientos de los miembros inferiores, la vigilancia de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y de los trastornos del ritmo se realiza antes de sentar al paciente, al momento de hacerlo y a los 5 y 10 minutos de efectuado el procedimiento.

Rehabilitación III. Se efectúa 48 horas después de la fase anterior, en ella se baja al paciente a un sillón reclinable, donde sentado se valora su tolerancia con períodos iniciales de 5 a 10 minutos en 2 a 3 ocasiones al día.

Rehabilitación IV. A las 72 horas consiste en iniciar la ambulancia restringida dentro del cubículo. Primera. vigilancia de los parámetros referidos. Se establece durante el inicio, a los 5 y 10 minutos de realizado el procedimiento la vigilancia electrocardiográfica se continua mediante la telemetria.

Horario de visitas

- Sólo podrá efectuarse en el horario establecido, 1:00, 14:00, 19:00 y 22:00 horas.
- Sólo por los familiares más cercanos.
- Un familiar en cada ocasión.
- Un tiempo no mayor de cinco minutos.
- Conversar lo mínimo posible con el paciente.

No discutir problemas familiares o de negocios con el paciente. El familiar deberá permanecer todo el tiempo de la visita en el cuarto del paciente.

Referencias

1. Stamler J. The primary prevention of coronary heart disease in Braunwald, E. (ed): The Myocardium: Failure and Infarction. New York. HP Publishing Co., Inc. 1974: 219.
2. Inter-society-commission for heart disease Resources: Primary prevention of the atherosclerotic diseases. Circulation 1970; 42: A 55.
3. Hofvendaghl. S.: Influence of treatment in a coronary care unit on prognosis in acute myocardial infarction. A controlled study in 271 cases. Acta Med. Scand. 1971; 519 (suppl): 9.
4. Macmillan RL, Brown KWG. Comparison of the treatment of acute myocardial infarction in a coronary unit and on a general medical ward. Can. Med. Assoc. J. 1971; 105: 1037.
5. Guillespie TA, Sobel BE. A rationale for therapy of acture myocardial infarction; Limitation of infarct size. Adv Intern Med 1976; 22: 319..
6. Killip T. Kimball RR. A survey of the coronary care united: Concept and results. In acute Myocardial infarction Coronary care Units New York, Grune and Stratton, 1968: 281.
7. Carlisle C, Hunt D, Sloman G. Coronary Care Workbook. Nursing Care of patient following acute myocardial infarction. 1978: 112-115.
8. Boden y col. Manual de cuidados coronarios. Interamericana 1989.
9. Manual de procedimientos de la unidad coronaria del Centro Médico La Raza 1982.

