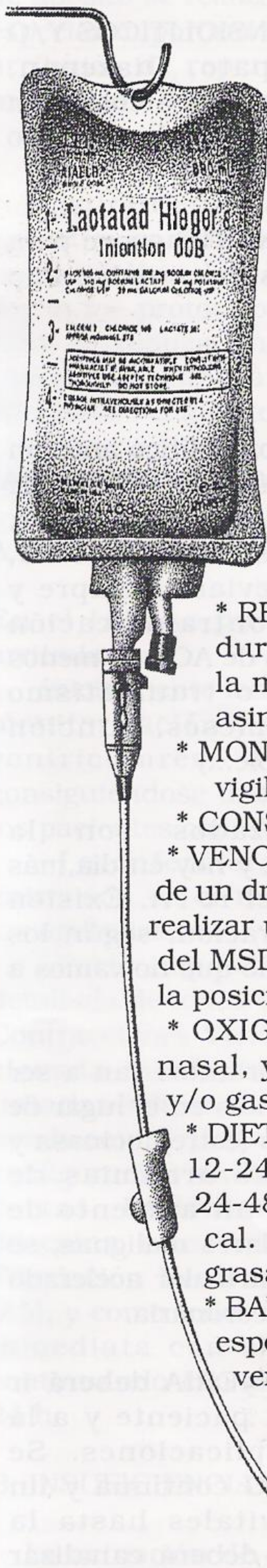


Cuidados al paciente coronario agudo

Ana Isabel Hernández Méndez

H. Ntra. Sra. de la Candelaria



Las dos patologías más frecuentes, en cuanto a enfermo coronario agudo se refiere, van a ser el Angor Inestable, incluyendo bajo este término a la Angina inicial, la progresiva y la de reposo, y el IAM, no complicado o complicado.

ANGOR INESTABLE E IAM NO COMPLICADO

MEDIDAS GENERALES

- * REPOSO FISICO Y PSIQUICO: durante al menos 48 h y comenzar la movilización si se ha mantenido asintomático.
- * MONITORIZACION ECG CONTINUA: vigilancia de arritmias.
- * CONSTANTES VITALES.
- * VENOCLISIS: preferiblemente a través de un drum en MSI, por si fuese necesario realizar un cateterismo urgente a través del MSD. Comprobación radiológica de la posición adecuada del catéter.
- * OXIGENOTERAPIA: a 2 lit/min, vía nasal, y modificar según necesidades y/o gasometría.
- * DIETA: absoluta o líquida durante las 12-24 primeras horas del IAM. A las 24-48 h comenzar con dieta de 1500 cal. blanda y de bajo contenido en grasas e hiposódica.
- * BALANCE DE LIQUIDOS: en el IAM, especialmente si existe insuficiencia ventricular izquierda.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ECG: se realizará al ingreso y a diario, así como durante los episodios de dolor y cuando aparezcan complicaciones.

Será útil para el diagnóstico del IAM, su localización topográfica y estimación aproximada del tamaño.

Ante posible IAM posterior hay que registrar las

derivaciones V₇, V₈ y V₉.

- ENZIMAS: se determinará la CK, la CK-MB, GOT y LDH al ingreso y cada 8-12 h durante las primeras 24-48 h y cada 24 h durante las siguientes 72 h. En el Angor Inestable se debe asegurar niveles enzimáticos adecuados en las primeras 24 h.

No debemos olvidar que existen otras causas de aumento de la CK, como las inyecciones im, pericarditis, coronariografía, ejercicio muscular importante, TEP... y de CK-MB, como la cirugía cardíaca, distrofias musculares y la cardioversión.

- OTROS ESTUDIOS DE LABORATORIO: al ingreso se realizará hemograma, estudio de coagulación completo, glucemia, creatinina e ionograma. En días subsiguientes se realizarán otras determinaciones con carácter rutinario.

- Rx TORAX: se realizará sin movilizar al enfermo y serán opcionales en ausencia de complicaciones.

ACTITUD ANTE UN DOLOR ANGINOSO

Ante un paciente con dolor de tipo anginoso, la enfermera deberá valorar el TIPO DE DOLOR, su localización, duración, irradiación, modificación con la respiración y le presencia de SINTOMAS VEGETATIVOS acompañantes (náuseas, vómitos, sudoración).

Deberá vigilar, controlar y registrar los SIGNOS VITALES durante el episodio de dolor.

Se realizará un ECG cuando aparece, aumenta, disminuye y desaparece el dolor, comparándolo con los anteriores e identificando cambios.

Inicialmente se hará un control del dolor mediante Nitroglicerina sublingual, vigilando la TA, para luego administrar analgesia según las órdenes médicas.

Deberemos controlar el tiempo que ha estado el paciente con dolor y la respuesta a la medicación.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

La enfermera tendrá que administrar y vigilar la aparición de efectos secundarios de los fármacos

utilizados en el tratamiento del Angor Inestable y del IAM. En ambos casos se van a utilizar el mismo tipo de fármacos, teniendo en cuenta algunas peculiaridades.

El primer paso debe ir dirigido al alivio del dolor. Se empleará MORFINA a dosis de 3-5 mgs., i.v. lento, incrementables cada 5-10'. Vigilaremos la aparición de náuseas, vómitos, depresión respiratoria (contraindicado en EPOC), hipotensión y bradicardia. En los IAM inferiores se preferirá MEPERIDINA, ya que aunque su efecto analgésico es menor, tiene un efecto vagolítico.

La Nitroglicerina (NTG) contribuye a disminuir el dolor y reducir el consumo miocárdico de oxígeno. Se administrará en los episodios de dolor, de forma sublingual, una tableta cada 5' hasta un máximo de 3. En infusión i.v. se administra de forma continua a dosis de 5-10 mcgr/min, incrementables cada 5-10'. Durante su infusión es importante controlar la TA y se suspenderá cuando la TA sea \leq a 90 mm hg. La interrupción de la Solinitrina i.v. debe hacerse de forma progresiva, a menos que aparezca hipotensión grave. Como efectos secundarios más importantes de los nitratos tendremos las cefaleas y la hipotensión.

En ambos casos estará indicada la ASPIRINA. En el Angor Inestable reduce el riesgo de IAM y la muerte a corto y largo plazo. En la fase aguda del IAM reduce la mortalidad y disminuye la incidencia de reinfaros e ictus. Se administrará a dosis de 100-325 mgrs. En caso de hipersensibilidad se utilizará el Trifusal o la Ticlopidina.

Así mismo se utilizará HEPARINA i.v. en el Angor Inestable, durante 3-5 días, ya que protege contra el IAM y reduce la incidencia de angina recurrente. En el IAM se utilizará en caso de riesgo de embolismo sistémico (IAM anterior extenso, trombos intracavitarios, IAM no complicado y FA) y tras tratamiento trombolítico. Se administrará un bolo inicial de 5000 ui, para continuar con una infusión continua de 1000 ui/h. Se debe hacer un control de la APTT a las 6 h y modificar la dosis hasta obtener niveles de 1,5-2,5 veces la APTT control.

Los B-BLOQUEANTES (Metoprolol, Atenolol, Propanolol...) disminuyen el dolor y la incidencia de fibrilación ventricular, reducen la mortalidad y el reinfarto, limitando la extensión de la necrosis. En su administración es importante la vigilancia de la TA, FC (ideal 50-60 lat/min) y el intervalo PR en el ECG. Debemos vigilar el posible desencadenamiento de insuficiencia cardíaca y broncoespasmo.

Los ANTAGONISTAS DEL CALCIO (Nifedipino,

Verapamil, Diltiazem) están especialmente indicados en la Angina de reposo y la Angina Variante y cuando no se toleran los nitrito o los B-bloqueantes. Se debe tener precaución cuando se administran conjuntamente con éstos, ya que puede producir bradicardia sintomática e incluso asistolia. No son recomendables en la fase aguda del infarto, salvo en el IAM no Q.

Se van a prescribir también ANSIOLITICOS Y/O SEDANTES suaves (cloracepato, Diazepan, Alprazolam...). Debemos tener especial atención en ancianos, en los que puede producir depresión o agitación.

Es aconsejable pautar un LAXANTE suave para evitar la maniobra de Valsalva, así como PROTECCION GASTRICA.

FIBRINOLISIS

Se procederá a tratamiento trombolítico ante un dolor sugestivo de isquemia miocárdica de más de 30' de duración, acompañado de ascenso del ST, que no revierte con la administración de NTG, iniciado dentro de la 6 h previas, siempre y cuando no exista alguna contraindicación (hemorragia activa, antecedentes de ACV de menos de 6 meses, cirugía mayor o traumatismo importante en lo últimos 3 meses, punción reciente de un vaso no compresible...)

Los fármacos utilizados son la ESTREPTOCINASA, UROCINASA y hoy en día, más frecuentemente, el APSAC y el rt-PA. Existen diferentes pautas de administración, según los protocolos de cada hospital, por lo que no vamos a detenernos en ellos.

Las complicaciones más importantes van a ser las hemorragias, las más frecuentes en el lugar de punción, las reacciones alérgicas (estreptocinasa y APSAC), la hipotensión y las arritmias de reperfusión. Aunque no hay un aumento de incidencia de arritmias ventriculares malignas, se puede observar un ritmo idioventricular acelerado en el momento de la reperfusión coronaria.

La ACTUACION DE ENFERMERIA deberá ir dirigida a la información del paciente y a la vigilancia de posibles complicaciones. Se mantendrá monitorización ECG continua y un control de las constantes vitales hasta la estabilización del paciente. Se deberá canalizar una vía venosa central y otra periférica. Algunos hospitales utilizan la vía central para la medición de la PVC y la administración de sueroterapia y medicación, dejando la vía periférica para la administración del fibrinolítico y extracción de analítica sin embargo otros lo administran por la

vía central.

Deberemos vigilar signos de hemorragia sistémica (hipotensión, hematuria, melenas, sangre oculta en heces...). No es conveniente puncionar (im o iv), ni rasurar en 48 h. El cambio de apósito se realizará también a las 48 h. Será de especial importancia la vigilancia y control de las arritmias de reperfusión, teniendo preparada la medicación de urgencia (lidocaina, atropina...)

Los controles analíticos y electrocardiográficos consistirán en una determinación de CPK-MB, estudio completo de la hemostasia y ECG prefibrinolisis. Los controles postfibrinolisis varían según los protocolos de cada hospital. En nuestro caso se realiza un ECG a la hora; ECG, CPK y estudio hemostático a las 2 y 8h; y perfil enzimático completo, ECG y hemostasia a las 24 h.

IAM COMPLICADO

A. TRASTORNOS DEL RITMO:

En el IAM se pueden presentar todo tipo de arritmias.

Inicialmente las UC fueron organizadas para la monitorización y tratamiento de las arritmias ventriculares, a los que son propensos, consiguiéndose una reducción de la mortalidad de los pacientes con IAM.

La enfermera debe estar especialmente entrenada en el reconocimiento y tratamiento de las arritmias.

Sería imposible aquí hacer una exposición detallada de todas ellas. Tan sólo comentar que las Contracciones Ventriculares Prematuras (CVP), de elevada incidencia en el IAM, es aconsejable tratarlas sólo si su frecuencia es mayor de 6, si se producen fenómenos de R sobre T, si son de configuración multiforme o se producen en salvadas cortas. El tratamiento de elección será la lidocaina, como en la Taquicardia ventricular. La Fibrilación Ventricular aparece en un 8% de los IAM, y como todos sabemos requiere desfibrilación inmediata con choque de 200-400 j y RCP, continuando con perfusión de lidocaina al menos 24 h.

B. INSUFICIENCIA CARDIACA

La actuación de enfermería debe ir encaminada al descubrimiento de la insuficiencia cardiaca incipiente, vigilando la aparición de signos como la taquicardia, sudoración, acrocianosis, disnea de esfuerzo, tos seca e irritativa en reposo...

Debemos colocar al paciente semisentado y administrar oxigenoterapia al 40%.

Mantendremos, por supuesto, la monitorización ECG, el control de las constantes vitales y la medición de la PVC.

Será importante el control de la diuresis, lo que supondrá en algunos pacientes el sondaje vesical.

Debemos hacer una vigilancia farmacológica y aparición de efectos secundarios de medicaciones como los diuréticos, los vasodilatadores...

C. SHOCK CARDIOGENICO

En este caso, igualmente, será de vital importancia el descubrimiento precoz, por lo que vigilaremos la aparición de hipotensión, disminución de la diuresis, piel fría y húmeda, letargia, ansiedad, taquicardia...

Colocaremos al paciente en posición de Trendelenburg a menos que tenga un EAP, y canalizaremos una vía venosa central y una vía arterial. Se precisará de monitorización hemodinámica.

Igualmente se hará vigilancia farmacológica (dopamina, dobutamina...) y evolutiva, con el control de la TA, FC, diuresis, balance de líquidos...

D. COMPLICACIONES MECANICAS

Las complicaciones mecánicas van a ser: la rotura de la pared libre, la rotura del tabique interventricular o la del músculo papilar.

Van a requerir tratamiento quirúrgico, limitándose el tratamiento médico al uso de vasodilatadores y utilización del Balón de contrapulsación intraaórtico hasta su traslado urgente a cirugía.

Deberemos vigilar la aparición de signos de taponamiento cardíaco, hipotensión, signos de bajo gasto...

E. COMPLICACIONES TROMBOEMBOLICAS

Fundamentalmente embolismos arteriales, cerebrales o a extremidades, y trombosis venosas profundas, con el consiguiente riesgo de tromboembolismo pulmonar; por lo que se precisa de profilaxis mediante administración de heparina subcutánea, actualmente de bajo peso molecular, que permite su administración cada 24 h/ durante la fase de inmovilización.