

**IAM : PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR**  
Soledad Gutiérrez Linares, Inmaculada López Blancas, M<sup>a</sup> Rosa Moreno Gómez  
Hospital Alto Guadalquivir

## RESUMEN

Guía de actuación en el Hospital Alto Guadalquivir ante un paciente que acude al servicio de urgencias con dolor torácico y/o sintomatología vegetativa, abarcando desde su recepción en la consulta de R.A.C., su estabilización en el servicio de urgencias y su traslado a la U.E., reduciendo así el tiempo que transcurre desde que el paciente llega a urgencias hasta que recibe el tratamiento.

Palabras clave: IAM, diagnóstico precoz, protocolo, actuación de enfermería, fibrinólisis.

## INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio es la necrosis aguda de una porción del mismo, como consecuencia de un episodio de isquemia grave y prolongada.

El diagnóstico y tratamiento se debe realizar lo más precozmente posible, ya que:

- El 50% de los pacientes, fallecen en las primeras horas, generalmente por fibrilación ventricular
- La fibrinólisis intravenosa obtiene los mayores beneficios si se realiza en un plazo inferior a 6 horas desde el comienzo de los síntomas. Cuanto menor, sea el tiempo desde el comienzo del dolor hasta la instauración del tratamiento fibrinolítico, se obtendrán mejores resultados.

## OBJETIVOS

1. Valoración del enfermo en la sala de RAC, con la realización a su vez de las pruebas complementarias para facilitar un diagnóstico precoz.
2. Controlar el dolor y la ansiedad del paciente.
3. Actuación interdependiente para la instauración del tratamiento en el menor tiempo posible.

## TEXTO LIBRE

Con este protocolo, lo que se pretende conseguir es, agilizar el tiempo que transcurre desde que un paciente con sintomatología cardíaca llega al servicio de urgencias hasta la administración del tratamiento adecuado.

En la consulta de RAC nos podemos encontrar a un paciente con la siguiente sintomatología:

- Dolor retroesternal que el paciente define como sensación de peso, constricción, angustia o quemazón. En orden decreciente encontramos otras localizaciones del dolor como son: epigástrico, mandibular o cervical.
- Siendo los límites del dolor, difuso y de instauración progresiva, ya que su intensidad no es máxima desde el principio.
- La irradiación más frecuente del dolor es hacia la cara interna del brazo y antebrazo izquierdo, no alterándose por cambios posturales.
- Además podremos encontrar sintomatología vegetativa asociada: palidez, sudoración profusa, piel fría, inquietud, taquicardia, ...

En el momento que dicho paciente se encuentra en la consulta de RAC se inicia una secuencia de actuación que incluye:

1. Valoración del paciente.
2. Toma de constantes vitales.
3. EKG de 12 derivaciones.
4. Oxigenoterapia con GN a 3-5 litros por minuto.
5. Instaurar mínimo dos vías venosas.
6. Analítica completa.
7. Rx de tórax.

Dependiendo de la clínica primero y de las pruebas complementarias inminentes, se valorará el traslado del paciente al box de críticos, según la prioridad dada en la consulta de RAC.

En el caso de P2 (prioridad alta) según la escala canadiense, iniciamos la actuación interdependiente, teniendo en cuenta

que el primer objetivo es controlar el dolor y la ansiedad (dando apoyo emocional, proporcionándole seguridad y ánimo en ese momento de tensión) empezaremos de forma paralela a administrar NITRATOS cuando sea posible y ANALGESIA (principalmente mórfico y/o meperidina)

Se valorará la administración de antiagregantes plaquetarios ( AAS y en su defecto CLOPIDROGEL), así como de Beta-loqueantes ( Atenolol, Metoprolol).

Seguidamente pasaremos a la fibrinólisis que es el tratamiento trombolítico mejor indicado para el IAM, ya que:

- Favorece la reperusión.
- Mejora la isquemia miocárdica
- Preserva la funcionalidad del Ventrículo Izquierdo
- Disminuye la mortalidad intrahospitalaria. Existen estudios realizados con gran número de pacientes que evidencian una reducción significativa de un 30%-40% en enfermos tratados con fibrinolíticos.

“El máximo beneficio de la fibrinólisis se obtiene cuando se realiza en las primeras dos horas desde el inicio de los síntomas”.

El proceso de selección del agente trombolítico debe realizarse en base a los condicionantes planteados por la FTT (Fibrinolytic Therapy Trial), siendo los agentes más utilizados: la estreptocinasa – rtPA (activador histico del plasminógeno recombinado) y el APSAC (complejo activador estreptocinasa plasminógeno activado).

En el Hospital Alto Guadalquivir, el fibrinolítico más utilizado es la TENECTEPLASA (Metalyse, 8.000 UI de Tenecteplasa con una jeringa precargada que contiene 8ml de agua para inyectable).

La dosis se calcula de acuerdo con el peso corporal del paciente según el esquema siguiente:

PESO CORPORAL (KG)	METALYSE (UI)
< 60 Kg	6.000 UI
60-70 Kg	7.000 UI
70-80 Kg	8.000 UI
80-90 Kg	9.000 UI
> 90 Kg	10.000 UI

El protocolo de administración en nuestro hospital de la Tenecteplasa es el siguiente:

TNK + ENOXIPARINA.

- 1) TNK ajustado según peso y administrado en 5sg.
- 2) Enoxiparina según la siguiente pauta:

2.1- Bolo IV de 30 mg, inmediatamente seguido:

- dosis subcutánea de 1mg/kg
- repetir dosis subcutánea cada 12 horas, hasta un máximo de 7 días, revascularización o alta hospitalaria
- las dos primeras dosis subcutáneas no deben exceder 100 mg

Plan de Cuidados Guía:

Diagnósticos de Enfermería y Problemas Interdependientes

6.1.1.2 Intolerancia a la Actividad r/c reposo en cama y desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno.

7.1.2.2 Disminución de la Autoestima situacional r/c expectativas negativas sobre su dolencia.

9.3.1 Ansiedad.

Objetivos

- Cuidados personales: actividades de la vida diaria (0300).
- Adaptación Psicosocial: cambio de vida (1305).

- Control de la Ansiedad (1402).

## CONCLUSIONES

Existen estudios que verifican que un diagnóstico precoz del IAM favorece la disminución de la morbimortalidad de estos pacientes, por lo que con nuestro protocolo hacemos hincapié en que una buena recepción, acogida y clasificación del paciente (RAC) por enfermería es fundamental para poner en marcha la secuencia de actividades que permitirán un diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado en un tiempo inferior a una hora.

## BIBLIOGRAFÍA

- Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. 3ªEdición Editorial: Elsevier.
- Manual de Soporte Vital Avanzado. 3ªEdición Editorial: Masson.
- Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Servicio de Urgencias "Hospital de la Salud" SEMES. Castilla -La Mancha
- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE).Nursing Interventions Classification (NIC). Editorial: Síntesis.
- Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE).Nursing Outcomes Classification (NOC). Editorial: Harcourt/Mosby.
- Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004. NANDA. Editorial: Elsevier.