

## 1. INTRODUCCIÓN

---

Enfermería constituye el personal principal en los cuidados del paciente con problemas cardiológicos, sobre este personal se construye la interacción entre el equipo de salud y el paciente, a través de éste se realiza la aplicación de los tratamientos desde los convencionales hasta los técnicos. Pero esencialmente siendo el fundamento de enfermería el cuidado de la experiencia de la salud humana, su interacción se orientará hacia la protección de la vida y específicamente de la calidad de vida del paciente.

Se debe resaltar el elevado nivel de preparación y responsabilidad que el personal de enfermería a cargo del paciente cardiológico debe tener, a fin de resolver las diversas situaciones agudas con las que se va a encontrar en su quehacer diario.

Enfermería debe tener los siguientes conocimientos para una correcta atención a este tipo de pacientes:

- La interpretación electrocardiográfica de las arritmias más comunes.
- La toma rápida de decisiones sobre las diferentes urgencias y emergencias, como son:
  - Las maniobras de RCP.
  - Desfibrilación eléctrica.

La intervención de enfermería se presta al paciente y a su familia durante todo el proceso: observación, diagnóstico de enfermería, planificación, intervención y evaluación.

Su capacidad para realizar el apoyo psicológico a los enfermos y sus familiares es otra cualidad indispensable para un cuidado integral del paciente.

## 2. DEFINICIÓN

---

El infarto agudo de miocardio se utiliza para describir los cambios necróticos agudos del miocardio por la falta repentina del aporte sanguíneo coronario durante un período de tiempo suficiente, resultando una oclusión coronaria aguda por:

- Trombosis.
- Hemorragia subíntima.
- Rotura de placa de ateroma.

Algunos pacientes con alteraciones cardíacas agudas mueren en el transcurso de las dos horas primeras después de que empiecen los síntomas, siendo en estos casos muy difícil de demostrar los cambios estructurales de la necrosis cardíaca pues las técnicas disponibles, no son capaces de descubrir los cambios más tempranos del infarto; siendo la muerte repentina consecuencia de arritmia grave por cambios electrofisiológicos precoces.

## 3. CLASIFICACIÓN

---

### SEGÚN LA PRESENTACIÓN CLÍNICA:

- Síndrome coronario agudo sin elevación de ST (SCASET):
  - Angina inestable.
  - Infarto de miocardio sin elevación de ST (NSTEMI):
    - La mayor parte de los casos de NSTEMI será un infarto de miocardio no Q (NQMI).
    - Una proporción pequeña será un infarto con onda Q (QMI).
- Síndrome coronario agudo con elevación de ST (STEMI):
  - La mayor parte de los casos de STEMI será un infarto de miocardio con onda Q (QMI).
  - Una proporción pequeña será un infarto sin onda Q (NQMI).

### SEGÚN EL TAMAÑO:

- Microscópico: necrosis focal.
- Pequeño: afecta a una superficie inferior al 10 % del tamaño del ventrículo izquierdo.

- Medio: entre el 20 % y 30 % del ventrículo izquierdo.
- Grande: superficie mayor del 30 % del ventrículo izquierdo.

#### SEGÚN LA LOCALIZACIÓN:

- Anterior, lateral, inferior, posterior, anteroseptal.
- Puede estar afectada más de una zona.

LOCALIZACIÓN	DERIVACIONES
Septal	V1 y V6
Apical	V3 y V4
Anteroseptal	V1 - V4
Lateral bajo	V5 y V6
Lateral alto	DI y aVL
Anterior	V4 y V5
Anterior extenso	DI, aVL, V1 - V6
Inferior	DII, DIII y aVF
Posterior	V1 y V2
No transmural (sin Q)	Descenso del ST y Disminución del voltaje en R

### 3.1. DEFINICIÓN SEGÚN LA PRESENTACIÓN CLÍNICA.

- **Angina estable:** es un dolor torácico o en áreas adyacentes, por insuficiente flujo sanguíneo que le llega al músculo cardíaco. El dolor se puede aliviar con reposo o con medicamentos (vasodilatadores) dentro de un período corto (sobre unos 15 minutos). Su aparición suele ser por esfuerzo físico, stress, etc.
- **Angina inestable:** es intermedio entre la angina estable y el infarto de miocardio. Un patrón en aceleración de dolor torácico con una duración mayor a la angina estable, se presenta con menos esfuerzo o en reposo y responde menos a los medicamentos.
- **Infarto de miocardio sin ondas Q:** se origina cuando existe un nivel anormal de marcadores séricos cardíacos, pero en el electrocardiograma sólo se produce desviación del segmento ST o alteraciones de la onda T.
- **Infarto de miocardio con ondas Q:** se diagnostican por el desarrollo de ondas Q anormales en trazos seriados. Los infartos con onda Q tienden a ser más extensos y se asocian a trombosis coronarias más extensas.

## 4. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

---

La valoración del paciente coronario es uno de los temas más importantes en los que enfermería puede actuar, ya que gracias a una adecuada anamnesis conseguiremos la detección de problemas del paciente, importantes para el cuidado y tratamiento del mismo.

Existen una serie de preguntas importantes que se deben realizar a este tipo de pacientes:

- **Comienzo:**
  - ¿Cuándo comenzó el dolor?
  - ¿Asocia el dolor a algo en especial?
  - ¿Ejercicio?
  - ¿Actividad?
  - ¿Alteración emocional?
- **Historia/factores de riesgo:**
  - ¿Antecedentes de patología cardíaca?
  - ¿Tiene familiares de primer grado con alteraciones cardíacas?
  - ¿Tiene factores de riesgo?
- **Otros síntomas:**
  - ¿Además del dolor tiene otros síntomas?
  - ¿Está nervioso?
  - ¿Está sudoroso?
  - ¿Está mareado?
  - ¿Está débil?
- **Irradiación:**
  - ¿Se irradia a otra parte del cuerpo?
  - ¿Dónde?
- **Tiempo:**
  - ¿Cuanto tiempo le dura el dolor?
  - ¿Es el dolor continuo o va y viene?
- **Lugar:**
  - ¿Dónde tiene el dolor?
- **Alivio:**
  - ¿Qué hace que el dolor disminuya: el reposo, cambio de posición o respiración profunda?

- **Empeora:**
  - ¿Qué empeora el dolor: el reposo, cambio de posición o respiración profunda?
- **Intensidad:**
  - Del 1 al 10, cómo es de intenso el dolor.
- **Naturaleza:**
  - Describa el dolor: punzante, puñalada, opresivo, quemazón, etc...

La valoración es un proceso de recogida de datos objetivos y subjetivos por medio de: observación, entrevista y examen físico.

- **Entrevista:**
  - Anamnesis: preguntas concretas.
  - Disnea.
  - Dolor.
  - Antecedentes (hábitos tóxicos...).
  - Valoración del gasto cardíaco.
- **Examen físico:**
  - Aspecto general.
  - Presión arterial.
  - Pulso:
    - Frecuencia.
    - Ritmo.
  - Manos:
    - Cianosis/palidez.
    - Tiempo de llenado capilar.
    - Manos húmedas/frías.
    - Acropaquias.
  - Cabeza y cuello:
    - Labios y orejas.
    - Venas yugulares.
  - Auscultación.
  - Pulmones:
    - Taquipnea.
    - Tos.
    - Hemoptisis.
    - Respiración de Cheyne-Stokes.

- Sibilancias.
- Pies y piernas:
  - Edema.
  - Circulación periférica.

Todo esto nos llevará a conseguir una adecuada valoración de enfermería la cual vamos a orientar hacia las 14 necesidades de Virginia Henderson que son:

1. Respiración.
2. Alimentación/hidratación.
3. Eliminación.
4. Movilidad.
5. Reposo/sueño.
6. Vestirse/desvestirse.
7. Temperatura.
8. Higiene/piel.
9. Seguridad.
10. Comunicación.
11. Religión/creencias.
12. Trabajar/realizarse.
13. Actividades lúdicas.
14. Aprender.

A lo largo del tema se realizará el plan de cuidados y actuación relacionado con estas necesidades por medio de los profesionales de enfermería.

## 5. FACTORES DE RIESGO

---

Los factores de riesgo en la aparición de un infarto de miocardio se fundamentan en los factores de riesgo de la arteriosclerosis, e incluyen:

- Antecedentes familiares.
- Hipertensión arterial.
- Edad (varones por encima de 40 años, mujeres postmenopáusicas).
- Sexo masculino.
- Tabaquismo.
- Falta de ejercicio.
- Diabetes mellitus.
- Estrés emocional.

- Antecedentes de IAM, angina, cirugía cardíaca o enfermedad vascular periférica.
- Hipercolesterolemia, más específicamente hiperlipoproteinemia, en particular niveles elevados de la lipoproteína de baja densidad (LDL) y bajos de la lipoproteína de alta densidad (HDL).
- Homocisteinemia, una elevación sanguínea de homocisteína, un aminoácido tóxico que se eleva con bajos niveles o insuficientes en la ingesta de vitamina B y ácido fólico.
- Obesidad como un índice de masa corporal mayor de 30 kg/m<sup>2</sup>, la circunferencia abdominal o por el índice cintura/cadera.

## 6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

SÍNTOMAS	SIGNOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor torácico: definido como opresión, ardor, tumefacción, constricción..., con inicio gradual, de intensidad variable y duración mayor de 30 minutos. En región retroesternal, con irradiación a cuello, mandíbula, hombro izdo., parte interna de brazo, ambos brazos, codos o muñecas.</li> <li>- Disnea, sudoración, náuseas, vómitos.</li> <li>- Síncope o presíncope.</li> <li>- Confusión aguda.</li> <li>- ACV.</li> <li>- Empeoramiento de insuficiencia cardíaca.</li> <li>- Debilidad intensa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad, agotamiento, náuseas, palidez, inquietud o sudoración.</li> <li>- Taquicardia, si estado adrenérgico o insuficiencia cardíaca.</li> <li>- Bradicardia, si activación parasimpática.</li> <li>- Hipotensión, leve frecuente.</li> <li>- Hipertensión, si estado adrenérgico.</li> </ul>

## 7. INTERVENCIONES Y APLICACIÓN DE ACTUACIONES POR PARTE DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

**Actuación del personal de enfermería y médico extrahospitalario:**

1. La evaluación inicial de un paciente que consulta por dolor torácico agudo, persistente y con indicios de gravedad, se hará de forma urgente mediante la valoración clínica del enfermo y de su ECG.

2. Para evitar demoras, la evaluación inicial se basará en datos que puedan ser obtenidos de forma muy rápida:
  - Anamnesis dirigida (enfocada al dolor torácico, factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares).
  - Exploración física cardiovascular (constantes vitales, auscultación cardiorrespiratoria, signos de hipoperfusión, shock o insuficiencia cardíaca).
  - Interpretación del ECG.
3. Esta evaluación inicial tendrá el objetivo concreto de estratificar el riesgo inicial del paciente, por lo que será una evaluación dirigida, en la que siempre se considerarán las patologías de mayor gravedad potencial: cardiopatía isquémica, SAA (diseccción aórtica/hematoma aórtico intramural/úlceras aórticas penetrantes/aneurisma aórtico expansivo) y TEP.
4. El ECG será practicado siempre, a menos que la valoración clínica del paciente, o el conocimiento previo del mismo descarte razonablemente la existencia de patología potencialmente grave.
5. El ECG de 12 derivaciones estará realizado en los primeros 5 minutos e interpretado dentro de los 10 primeros minutos desde la llegada del paciente, en casos con dolor torácico persistente. Si el dolor torácico ya ha desaparecido, pero es sugestivo de patología potencialmente grave, el ECG se realizará y analizará lo antes posible (en los primeros 30 minutos) (fig. 1).



Fig. 1. Electrocardiograma de un IAM.

6. La evaluación inicial deberá ser realizada por personal adecuadamente entrenado en la valoración de estos pacientes y en la interpretación del ECG.



7. Las medidas terapéuticas generales que se adoptarán ante todo dolor torácico con indicios de gravedad estarán protocolizadas e incluirán:
  - Monitorización ECG.
  - Cercanía (relativa) a desfibrilador y medios de RCP.
  - Reposo.
  - Vía venosa periférica con extracción sanguínea para analítica basal urgente. Teniendo en cuenta la posibilidad de una fibrinólisis posterior, esta vía será fácilmente compresible y deberá ser canalizada por personal experimentado, de forma que se eviten punciones repetidas.
  - Evitar inyecciones i.m.
  - Pulsioximetría y oxigenoterapia.
  - Tratamiento del DT: siempre se tratará de aliviar rápidamente, generalmente mediante nitroglicerina sublingual y analgésicos convencionales o mórficos, en los casos que lo requieran. Considerar sedación si las circunstancias lo requieren.
  - AAS.
8. Puesta en marcha de las medidas terapéuticas específicas, tan pronto se sospeche una etiología concreta del dolor torácico. Si se sospecha cardiopatía isquémica administrar inmediatamente nitroglicerina sublingual y AAS (160 a 325 mg masticada), salvo contraindicación. Administrar tratamiento beta-bloqueante e hipotensor.

**Enfermería de triaje** (preevaluación de gravedad, para atención inmediata o diferida):

- El profesional encargado del triaje debe tener la suficiente capacidad y experiencia.
- Existencia de protocolos básicos de estratificación de riesgo.
- En los casos definidos de alto riesgo, según los protocolos previos, el personal del triaje:
  - Se anticipará en solicitar un ECG y las constantes vitales.
  - Requerirá asistencia médica urgente.

**Enfermería de consulta o RCP:**

1. Monitorización de las siguientes constantes: tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, debido a que las arritmias graves se producen al inicio.
2. Vía venosa: recomendable dos vías, una para el trombolítico y la otra para la heparina, el resto de fluidos y toma de muestras sanguíneas.
3. Electrocardiograma.

4. Aspirina y protección gástrica.
5. Oxigenoterapia.
6. Calmar dolor con morfina (diluida en suero fisiológico).
7. Extracción de muestras sanguíneas (bioquímica, hemograma, coagulación y enzimas cardíacas).
8. Anamnesis dirigida, a las contraindicaciones e indicaciones de la trombolisis o la angioplastia.
9. Exploración de signos de hipotensión, shock o insuficiencia cardíaca.
10. Decisión terapéutica: tomada por el médico tras la sospecha de diagnóstico de IAM con indicación de tratamiento.
11. Información tanto al paciente como a la familia, debe ser clara y tranquilizadora, animando al afectado y empatizando con él y la familia.
12. Alivio ansiedad. Centrando nuestra actividad sobre los siguientes diagnósticos enfermeros:
  - Ansiedad relacionada con dolor.
  - Miedo relacionado con dolor, con el futuro.
  - Duelo por las pérdidas reales o percibidas.
13. Valoración:
  - Descripción del dolor.
  - Interrogar síntomas asociados.
  - Identificar niveles de ansiedad.
  - Historia psicosocial.
  - Exploración y valoración física.

## 8. COMPLICACIONES DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

ELÉCTRICAS	Ruptura de pared libre. Ruptura de músculo papilar. Ruptura de septum interventricular. Pseudoaneurisma.
MECÁNICAS	Arritmias ventriculares: taquicardia ventricular, fibrilación ventricular, ritmo idioventricular acelerado y taquicardia de la unión. Arritmias supraventriculares: fibrilación auricular, flutter auricular, taquicardia paroxística. Bradiarritmias: bloqueos A-V y ritmo de la unión.
HEMODINÁMICAS	Edema pulmonar agudo. Shock cardiogénico.

## **9. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON IAM**

A continuación relatamos los diagnósticos enfermeros que se pueden generar a los pacientes con infarto agudo de miocardio:

- Dolor torácico.
- Intolerancia a la actividad.
- Conocimientos deficientes: enfermedad, autocuidados y régimen terapéutico.
- Ansiedad.
- Riesgo de baja autoestima situacional.
- Alteración del intercambio gaseoso.

### **9.1. DOLOR TORÁCICO R/C AGENTES LESIVOS.**

**Intervenciones de enfermería/NIC:**

- 4040 Cuidados cardíacos.
- 3320 Oxigenoterapia.
- 2300 Administración de la medicación.
- 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad.

**Actividades de enfermería:**

- Evaluar el dolor torácico.
- Valoración de la circulación periférica (edema...).
- Observar signos vitales.
- Establecer ejercicio y periodos de descanso.
- Observar la tolerancia al ejercicio.
- Promover la disminución del estrés.
- Control del estado respiratorio por si existe insuficiencia cardíaca.
- Administración del tratamiento prescrito.
- Observar efectos de la medicación administrada.
- Instruir al/a la paciente sobre los signos y síntomas sobre los que debe informar.

### **9.2. INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD FÍSICA R/C DESEQUILIBRIO ENTRE EL APORTE Y LA DEMANDA DE O<sub>2</sub> A NIVEL MIOCÁRDICO.**

**Intervenciones de enfermería/NIC:**

- 1800 Ayuda a los autocuidados.
- 0180 Manejo de la energía.

4046 Cuidados cardíacos: rehabilitación.

4490 Ayuda para dejar de fumar.

#### Actividades de enfermería:

- Proporcionar reposo absoluto durante las primeras 12 horas explicándole la razón y su importancia al paciente y a su familia.
- Asistir al paciente durante su movilización en la cama.
- Asistir al paciente en la realización de las AVD durante las primeras 48 horas.
- Realizar cambios de posición y lubricación de la piel cada 2 a 4 horas.
- Incrementar la actividad física en forma paulatina y de acuerdo a la respuesta del paciente: dolor precordial; cambios en PA, FC, ritmo y fatiga.
- Valorar y evaluar la respuesta al ejercicio teniendo en cuenta PA, FC, FR y ritmo cardíaco.
- Administrar anticoagulación profiláctica teniendo en cuenta la orden médica y que es un paciente en reposo prolongado.
- Colocar medias antiembólicas para prevenir éstasis venoso, retirándolas en forma intermitente por periodos cortos.
- Enseñar y realizar ejercicios de relajación usando guías imaginarias y/o controlando la respiración.
- Hacer partícipe al paciente permitiéndole elegir la hora de actividades de cuidado, dieta, disposiciones del medio ambiente, aclarándole qué puede ser cambiado y qué no.
- Administrar laxante o medicamentos ricos en fibra según sea la orden médica para prevenir el estreñimiento.
- Instruir al/a la paciente y familia sobre la modificación de factores de riesgo cardíacos.
- Instruir al/ a la paciente y familia sobre el cuidado propio del dolor torácico y la actuación ante el dolor torácico.
- Facilitar la inclusión en el programa de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca correspondiente.
- Reforzar la instrucción sobre el régimen de actividad física.
- Instruir al/ a la paciente y familia sobre el acceso a los servicios de urgencias disponibles en la comunidad.
- Registrar el estado actual y el historial de la actividad de fumar.
- Aconsejar al/a la fumador/a de forma clara y consistente para dejar de fumar (intervención mínima).

- Remitir a programas de grupos o terapia individual de deshabituación tabáquica.

### 9.3. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: ENFERMEDAD, AUTOCUIDADOS Y RÉGIMEN TERAPÉUTICO R/C FALTA DE EXPOSICIÓN POR DIAGNÓSTICO RECIENTE.

#### Intervenciones de enfermería/NIC:

- 4420 Acuerdo con el paciente.
- 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad.
- 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.
- 5614 Enseñanza: dieta prescrita.
- 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.

#### Actividades de enfermería:

- Determinar con el/la paciente los objetivos de los cuidados y evaluar la consecución de los mismos.
- Ayudar al/a la paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.
- Evaluar el nivel actual de conocimientos del/de la paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico, actividad/ejercicio, dieta y manejo y control de factores de riesgo a los centros/grupos de apoyo comunitarios locales, asociaciones de pacientes, etc., si se considera oportuno.
- Evaluar el nivel actual de ejercicio y conocimiento de la actividad/ejercicio prescrito, su propósito, su beneficio y su realización.
- Ayudar a incorporar el plan de ejercicio en la rutina diaria/estilo de vida.
- Advertir acerca de los peligros de sobreestimar sus posibilidades.
- Explicar el propósito de la dieta.
- Instruir sobre los grupos de alimentos recomendables.
- Ayudar al/ a la paciente a acomodar sus preferencias en la dieta prescrita.
- Informar del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al/ a la paciente acerca de la dosis, vía y duración del efecto de cada medicamento.
- Instruir sobre los posibles efectos secundarios adversos y enseñar a aliviar/prevenir alguno de ellos si es el caso.
- Informar sobre los posibles cambios de aspecto y/o dosis al tratarse de fármacos genéricos.

- Adaptar los métodos y materiales educativos a las necesidades y características de enseñanza en grupo.
- Enfatizar la importancia de la capacidad de enfrentarse a los problemas.
- Atender a las necesidades del grupo como un todo, así como las necesidades de sus miembros.
- Discutir las causas de la posible disfunción sexual, efectos de la medicación, ansiedad y temor.
- Favorecer la reanudación de la actividad sexual.

#### 9.4. ANSIEDAD R/C SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD.

##### Intervenciones de enfermería/NIC:

- 5230 Aumentar el afrontamiento.
- 5820 Disminución de la ansiedad.
- 5380 Potenciación de la seguridad.

##### Actividades de enfermería:

- Administrar sedantes de acuerdo a prescripción médica.
- Explicar al paciente y a su familia la situación actual de salud, proceso de la enfermedad, tratamiento, normas del servicio.
- Explicar al paciente todo procedimiento que se le realice y el por qué de cada uno de ellos, buscando brindarle seguridad.
- Tratar de que el personal de enfermería sea el mismo para proveer continuidad y confianza en el cuidado.
- Planear tiempo disponible para interactuar con el paciente y su familia, teniendo en cuenta que el aspecto emocional no debe dejarse de lado. Proporcionar al paciente y a su familia oportunidad de verbalizar sus inquietudes, dudas y preocupaciones y sentimientos respecto a su situación actual de salud.
- Identificar las etapas emocionales de negación, ira, negociación, depresión y aceptación en el paciente para que las actividades planeadas para cada una de ellas sean las apropiadas.
- Permitir al paciente tomar decisiones sobre el plan de cuidado para proveerle un sentimiento de control.
- Informar al paciente y a su familia sobre la ansiedad que produce el cambio a un servicio de hospitalización corriente e incorporar a la familia en el cuidado.

## 9.5. RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL R/C SENTIRSE DISTINTO O INFERIOR A LOS DEMÁS POR LA ENFERMEDAD.

### Intervenciones de enfermería/NIC:

- 5400 Potenciación de la autoestima.
- 5230 Aumentar el afrontamiento.

### Actividades de enfermería:

- Determinar la confianza del/de la paciente en sus propios juicios.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas.
- Alentar las manifestaciones de sentimientos, percepciones y miedos.
- Fomentar situaciones que potencien la autonomía del paciente.
- Animarlo a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

## 9.6. ALTERACIÓN DEL INTERCAMBIO GASEOSO R/C CAMBIOS EN LA MEMBRANA ALVÉOLO-CAPILAR.

### Intervenciones de enfermería/NIC:

- 3140 Manejo de las vías aéreas.
- 3320 Oxigenoterapia.

### Actividades de enfermería:

- Administrar O<sub>2</sub> por cánula nasal de 2 a 3 l/min durante las primeras 3 a 6 horas, únicamente en pacientes no complicados.
- Valorar la respuesta a la administración de O<sub>2</sub>.
- Proporcionar reposo absoluto en cama durante las primeras 12 horas siempre y cuando no haya habido complicaciones.
- Controlar gases arteriales e interpretar el reporte cada 24 horas o según necesidad.
- Monitorizar FR, ritmo, y características cada hora.
- Valorar el aumento de la presencia de estertores.
- Valorar coloración de la piel, mucosa oral, región peribuca y uñas.
- Asistir al paciente en el desarrollo de las AVD durante las primeras 24 horas.
- Enseñar al paciente a exhalar lentamente mientras se moviliza.
- Evaluar estado neurológico cada 4 horas o según necesidad.

## **10. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ANGIOPLASTIA CORONARIA**

### **10.1. ¿QUÉ ES UNA ANGIOPLASTIA CORONARIA?**

Se trata de un procedimiento en el cual se introduce un catéter a través de la arteria femoral o radial y llega a las coronarias que mediante angiografía se van visualizando las alteraciones de las mismas, tras la introducción de contraste a través de ese catéter.

Este procedimiento presenta la ventaja de ser rápido, seguro y con escaso tiempo de internación, con una recuperación rápida del paciente.

### **10.2. INDICACIONES DE UNA ANGIOPLASTIA CORONARIA.**

La angioplastia coronaria percutánea tendría como principales indicaciones:

- Dolor pectoral persistente (angina).
- Bloqueo de solo una o dos arterias coronarias.
- IAM con elevación de ST y arreactivo a fibrinólisis farmacológica.

### **10.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ANGIOPLASTIA CORONARIA.**

#### **10.3.1. Cuidados de enfermería preoperatorios.**

- Alentar al paciente para un afrontamiento adecuado del procedimiento:
  - Comprensión del paciente sobre el procedimiento.
  - Explicación del consentimiento informado.
  - Cumplimiento de los tratamientos farmacológicos y hábitos higienico-dietéticos.
- Administrar farmacología para disminución de la ansiedad.
- Identificación de alergias a contrastes yodados.

#### **10.3.2. Cuidados de enfermería intraoperatorios.**

- Actuación enfermera mediante instrumentista dentro del proceso de la angioplastia.
- Administración de farmacología cardiológica prescrita intraoperatoria.
- Realización de maniobras de soporte vital avanzado.
- Control de constantes.
- Control y disminución del dolor.
- Ayuda o realización de método de hemostasia:
  - a) En el acceso femoral se utilizaron:
    - Dispositivos de cierre percutáneo.



- La compresión manual, en la que se realiza presión externa por encima del punto de punción durante un mínimo de 10 minutos hasta conseguir hemostasia, con aplicación posterior de un compresivo convencional.
- b) En el acceso radial:
  - Aplicación de un compresivo convencional con torunda sin compresión manual previa.
  - Aplicación de pulsera neumática con inflado menor o igual a 15 cc aire manteniendo pulso distal.
- c) En el acceso humeral:
  - Aplicación de compresivo convencional.

### 10.3.3. Cuidados de enfermería postoperatorios.

- Control y vigilancia de constantes.
- Control y vigilancia de pulsos distales y temperatura en la extremidad de la vía de abordaje.
- Vigilar posible sangrado por la vía de abordaje: es importante por la potencial gravedad que conlleva la hemorragia.
- Vigilar y extremar la inmovilidad de la zona de punción.
- Identificar reacción en vaso vago como náuseas, hipotensión y bradicardia causada por dolor o por la vejiga distendida.
- Promover la ingesta de líquidos para aumentar el gasto urinario y excretar el tinte.

## 10.4. COMPLICACIONES DE UNA ANGIOPLASTIA CORONARIA.

Clasificación de las complicaciones locales:

- a) **Mayores:** hematomas > 6 cm, sangrado y/o necesidad de transfusión, y pseudoaneurisma.
- b) **Menores:** hematomas < 6 cm y rezumo del punto de punción.

De igual forma, se clasificaron según el momento en que se presentaron:

- a) **Inmediatas:** en las 3 primeras horas tras la realización del procedimiento.
- b) **Tardías:** entre las 3 y las primeras 24 horas tras la realización del procedimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- Andrés Esteban de la Torre y Concepción Martín Arribas. Manual de cuidados intensivos para enfermería. Tercera edición. Springer-Verlag ibérica. Barcelona.
- Atención de enfermería a pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM). <http://www.slideshare.net/cieenf/atencion-de-enfermeria-a-pacientes-con-infarto-agudo-de-miocardio-iam>
- Atención de enfermería a pacientes con síndrome coronario agudo en la unidad de coronarios. <http://www.monografias.com/trabajos78/atencion-enfermeria-coronario-agudo/atencion-enfermeria-coronario-agudo.shtml>
- Atención de enfermería en IAM. <http://www.compendiodenfermeria.com/atencion-de-enfermeria-en-iam>
- Braunwald, Fauci; Kasper, Hauser y Longo, Jameson. Harrison: manual de medicina. 15a edición. Mcgraw-will. Interamericana.
- Cuidados de enfermería en IAM en la UCI. <http://www.compendiodenfermeria.com/cuidados-de-enfermeria-en-iam-en-la-uci/>
- Cuidados de enfermería en los trastornos cardíacos y vasculares. [http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc\\_inter/MEDICO\\_QUIRURGICA.pdf](http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/MEDICO_QUIRURGICA.pdf)
- Guía de cuidados enfermeros para el paciente crítico: plan andaluz de urgencias y emergencias. Colección docente. Fundación lavante, 2002
- Intervención de enfermería al paciente con infarto agudo del miocardio en la fase aguda. [http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc\\_inter/ariza01.pdf](http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/ariza01.pdf)
- Jaime Arias, María Ángeles Aller, José Ignacio Arias e Itziar Aldamendi. Enfermería médico-quirúrgica I. Ed. Tébar. 2000.
- Javier Morillo. Manual de enfermería en asistencia prehospitalaria urgente. Elsevier España 2007.
- McCloskey Dorchterman. J, Bulechek, G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (NIC). Quinta edición. Harcourt Brace. Madrid 2009.
- Moorhead, S., Johnson, M. y Mass M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Cuarta Edición. Harcourt Brace. Madrid 2009.
- N. Loro Sancho, M. J. Sancho Sánchez, M. T. Sancho Sánchez y C. Sierra Talamantes. Atención de enfermería en el IAM en la unidad de urgencias. Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, ISSN 1575-4146, Nº 25, 2002, págs. 41-44.
- NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2008-2009. Madrid, Elsevier. 2008.

- Pamela I. Swearingen. Manual enfermería médico-quirúrgica. Intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios. 6ª edición. Elsevier Mosby.
- Plan de cuidados estandarizado a pacientes con IAM sin complicaciones: evaluación. [www.fac.org.ar/1/docencia/foros/nursing/material/Comunicacion06.doc](http://www.fac.org.ar/1/docencia/foros/nursing/material/Comunicacion06.doc)
- Procesos asistenciales integrados. Junta de Andalucía <http://www.Juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos.Asp>
- Propuesta de guía de cuidado de enfermería del paciente con infarto agudo del miocardio. <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria7404-Propuesta.htm>
- Sanz Velarde, A; Hernández Alonso, B; Raviana Sanz J. J. y Marín Guerra M. Insuficiencia cardíaca. En: Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Uninet.
- Vía clínica dolor torácico sugestivo de síndrome coronario agudo, angina inestable e infarto sin elevación de ST (IAMNST). <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/vcdolortora.pdf>

En el momento de la impresión de este manual están vigentes todos los enlaces de Internet citados en el tema.

