



**Yessenia Alfaro Santiz**

**Marcos Jhodany Arguello Gálvez**

**Ensayo**

**Enfermería de urgencias y desastres**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Grado: 7° cuatrimestre**

**Grupo: " C "**

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de morbimortalidad a nivel mundial. El infarto agudo de miocardio es la expresión más dramática dentro del síndrome coronario agudo y el accidente de placa coronario, el mecanismo fisiopatológico involucrado con mayor frecuencia. El objetivo del tratamiento ha variado en los últimos años, desde obtener permeabilidad en las arterias epicárdicas hasta alcanzar un adecuado nivel de perfusión en el circuito microvascular. La optimización de la estrategia terapéutica se obtiene a través de una reperfusión precoz y efectiva

El electrocardiograma (ECG) es la herramienta que guía la conducta inicial en los cuadros isquémicos agudos. Las decisiones terapéuticas al ingreso en la unidad coronaria, son seleccionadas de acuerdo a los cambios de la repolarización eléctrica ventricular. Los pacientes con elevación persistente del segmento ST o bloqueo de rama izquierda son considerados infartos transmurales o tipo Q y se deben tratar con estrategias de reperfusión, fibrinolíticos o angioplastia.

Los pacientes sin elevación del segmento ST, se consideran infarto tipo no Q si presentan elevación enzimática o angina inestable si los marcadores de necrosis miocárdica son negativos. En estas circunstancias clínicas se requiere implementar una conducta terapéutica escalonada. Es importante remarcar, que en la evolución, la mayoría de los infartos con onda Q provienen del grupo con elevación del segmento ST, sin embargo el 20 % de los infartos con elevación del ST no desarrollan ondas Q. A su vez, el 10 % de los infartos con depresión del segmento ST desarrollan ondas Q en su evolución.

IAM: La disfunción endotelial es la manifestación inicial de la aterosclerosis<sup>1</sup>. Múltiples noxas alteran las propiedades normales anticoagulantes y vasodilatadoras del endotelio, entre otras las partículas de LDL oxidada, la glicosilación proteica y los probables factores infecciosos. La alteración en la permeabilidad vascular genera variaciones en los mecanismos homeostáticos con la llegada de células inflamatorias, musculares y el acúmulo de lípidos, conformando la placa de ateroma, con la consiguiente muerte celular

secundaria, apoptosis y transformación celular. Esta placa con importante componente inflamatorio en su interior y una delgada capa fibrosa, desarrolla el escenario propicio para el accidente de placa. La ruptura intimal expone el tejido conectivo a las células sanguíneas, con la consecuente trombosis sobreagregada. Estos hallazgos no se limitan sólo a la arteria culpable del evento, sino que también se objetivan placas complejas e imágenes trombóticas en otras arterias coronarias. Este proceso de "pancoronaritis" expresa la manifestación global o sistémica de la enfermedad. En la actualidad, se reconoce que un porcentaje de las lesiones coronarias están en riesgo de accidentarse e indican la vulnerabilidad de los pacientes.

El sistema inflamatorio juega un papel fundamental en la génesis e inestabilidad de la enfermedad coronaria. La presencia de células inflamatorias activadas en la anatomía patológica de las aterectomías, el incremento de la temperatura local en las placas, el aumento de la agregación leucocito-plaquetaria y la elevación de los marcadores serológicos son manifestaciones objetivas de este fenómeno. Estas alteraciones sistémicas persisten varios meses, posteriores al cuadro inestable y expresan la evolución de la enfermedad más allá del proceso agudo.

Diagnóstico. La mayoría de las enfermedades cardiovasculares se diagnostican con simples y económicos recursos. El interrogatorio adecuado y profundo de los síntomas, el examen físico, el ECG y la radiografía de tórax son herramientas que permiten en casi un 80 % el diagnóstico de la enfermedad. El diagnóstico de IAM se sustenta con 2 de los 3 criterios (dolor, ECG y enzimas). Esta definición clásica de IAM no es práctica para decidir el tratamiento de reperfusión, porque la confirmación del infarto, en especial por los marcadores bioquímicos, supone una demora inaceptable para la eficacia terapéutica. Es así como desde los estudios pioneros con fibrinolíticos se introdujo el concepto de sospecha de IAM. Se ha demostrado que la sospecha de IAM (dolor prolongado y supradesnivel del segmento ST) se confirma el mismo en más del 90 % de los casos. Se define sospecha de IAM a la presencia de síntomas (angor o equivalentes) persistentes (más de 20 minutos) que no ceden con nitritos, asociados con supradesnivel del segmento ST o bloqueo de rama izquierda nuevo o presumiblemente nuevo, ritmo de marcapaso u otro confundidor que no permita el análisis del segmento ST dentro de las 12 horas del comienzo de los síntomas.

Estratificación de riesgo. La evaluación temprana del riesgo es indispensable para identificar la posibilidad de muerte o complicaciones de cada paciente en particular. Esta estratificación tiene una repercusión directa en la utilización de los recursos. Simples datos

de observación a la cabecera del paciente nos permiten realizar la estratificación de riesgo. Los datos clínicos extraídos del estudio Fibrinolytic Therapy Trialist (FTT)<sup>2</sup>, en más de 60 000 sujetos, en los cuales se comparó la terapéutica trombolítica con grupos control o placebo, fueron una herramienta indispensable para la evaluación de la paciente individual.

Elección del procedimiento para el desarrollar la VC (etapa I) Se seleccionó el IAM no complicado, ya que se trata de una enfermedad que comporta un elevado riesgo y coste, y afecta a muchos pacientes; por otro lado, seleccionar el IAM no complicado permite tener una mayor estandarización en los procesos o, lo que es lo mismo, menor variabilidad del manejo entre pacientes. Por esto se utilizó la escala de selección de Hanlon y Williamson, para dar mayor objetividad a esta prioridad.

Técnica de método formal de consenso y evidencia científica (etapa V) Esta técnica combina la experiencia de los profesionales con la revisión crítica de la experiencia externa. Se inició con la revisión del estado previo del proceso que se quería mejorar, y se identificaron los pasos intermedios más importantes durante la asistencia de los pacientes con IAM, así como las variaciones que se producían y sus causas. Una vez identificados los elementos mejorables, se analizó la experiencia interna convenientemente consensuada, y se combinó con la revisión crítica de la experiencia externa.

Datos/variables Para tener una referencia previa a la etapa X (reevaluación y medición del impacto) se recogieron variables demográficas, clínicas y de resultados; demográficas: edad y sexo; clínicas: prioridad, localización del infarto, intervalos de tiempo en minutos (comienzo-puerta, puerta-electrocardiograma [ECG], ECG-decisión, decisión-fármaco, puerta-fármaco, comienzo-fármaco), utilización de medicamentos recomendados (estreptocinasa, aspirina, heparina, bloqueador  $\beta$  oral, inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), anticárdico); y de resultado: estancia hospitalaria.

## CONCLUSION

El cual se deben de mejorar la comunicación y los planes de cuidados que se les debe de brindar a los pacientes con esta enfermedad IAM, ya que son pacientes de las cuales sufren del corazón y deben de ser atendidos de la mejor manera, la identificación de los pacientes apropiados para seguir la VC es uno de los pasos más importantes en la implementación.