

ARTÍCULO ORIGINAL**Rehabilitación precoz de infarto agudo del miocardio en Unidad de Cuidados Intensivos en adultos****Early rehabilitation of adults's acute myocardial infarction in ICU**

Reudis Durán Rodríguez, Gabriela Arce García, Mileidis Columbié Toirac, Fidelina Díaz Savón

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal, para evaluar el comportamiento de la terapéutica trombolítica en la seguridad del paciente con Infarto Agudo del Miocardio (IMA), municipio Baracoa, Guantánamo, en el período 2007 a 2014. Se obtuvo un universo de 494 pacientes egresados del hospital con dicho diagnóstico, la muestra fue de 75 pacientes, los que recibieron una rehabilitación precoz. El dato primario se adquirió a través de la revisión de las historias clínicas. Los ingresos fueron ligeramente mayores en los meses de octubre-noviembre de 2008, febrero- marzo de 2009, con predominio del sexo masculino sobre el femenino. La inmensa mayoría de los traslados se ejecutaron para los cuidados mínimos, se ejecutaron acciones de enfermería independiente, encaminadas a la satisfacción de las necesidades afectadas, así como, la rehabilitación precoz de estos con una evolución favorable.

Palabras clave: rehabilitación precoz; infarto agudo del miocardio

ABSTRACT

A cross-sectional descriptive study was conducted to evaluate the performance of thrombolytic therapy in patient safety with Acute Myocardial Infarction (AMI), municipality Baracoa, Guantanamo, from 2007 to 2014 a universe of 494 patients was obtained at the hospital with the diagnosis, the sample consisted of 75 patients, who received an early rehabilitation. The primary data was acquired through review of the clinical history. Revenues were slightly higher in the months of October-November 2008, February-March 2009, predominantly male on female. The vast majority of transfers were executed for minimal care, independent nursing taking into account the needs that were affected and implemented, as well as early rehabilitation of those with a favorable evolution.

Keywords: early rehabilitation; acute myocardial infarction

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación médica según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el conjunto de todas las medidas utilizadas para restituir en un minusválido las condiciones (físicas, psíquicas y sociales) que le permitan ocupar por sus propios medios un lugar lo más normal posible dentro de la sociedad. La readaptación del enfermo cardiaco, especialmente el coronario, es un aspecto particular de la rehabilitación médica en general.¹

El síndrome coronario agudo (SCA) es un conjunto de manifestaciones de cardiopatía isquémica o insuficiencia coronaria, con empeoramiento clínico del paciente en horas o días. Comprende 3 grupos de afecciones: angina de pecho inestable aguda, el infarto miocárdico agudo y la muerte cardíaca súbita. Es la urgencia cardiovascular perteneciente a las cardiopatías isquémicas más frecuentemente atendidas en las unidades de emergencias médicas del mundo occidental, de lo cual Cuba no está exenta.²

La cardiopatía isquémica (CI) constituye uno de los problemas de salud más serios a nivel mundial, y entre sus formas clínicas, el infarto agudo del miocardio (IAM) es el que presenta mayor mortalidad, no solo a edades avanzadas de la vida, sino que se describen casos en que la enfermedad coronaria aparece a edades más tempranas debido a los factores de riesgo (FR) coronarios comunes y otros que se le han

incorporado, como dietas ricas en grasas, tabaquismo, sedentarismo, hiperhomocisteinemia, genes defectuosos y estrés; existen otros, como las apoproteínas, las concentraciones altas en sangre de proteína C reactiva (PCR) y la elevación de los niveles de fibrinógeno, que incrementan el riesgo de sufrir un ataque cardíaco. La PCR y el fibrinógeno están asociados con la inflamación, y este último también está involucrado en la coagulación de la sangre.³

A pesar de los avances en el conocimiento de la CI y del control de sus FR, esta sigue siendo la primera causa de muerte e incapacidad en los países desarrollados, y constituye un reto para la salud a nivel mundial, por lo que ha sido considerada por algunos autores «el azote de la vida moderna».⁴

El modo más efectivo para reducir la extensión del daño miocárdico y mejorar el pronóstico temprano y tardío de los pacientes con IMA es lograr la reperfusión lo más precozmente posible mediante la trombolisis, la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), o la cirugía de revascularización coronaria con el objetivo primordial de limitar la extensión final del área infartada y lograr una rápida reperfusión del músculo cardíaco. El empleo de trombolíticos intravenosos tiene la posibilidad de disminuir la mortalidad inmediata hasta en un 50 %.⁵

La eficacia del tratamiento trombolítico está claramente relacionada con el momento de su aplicación, siendo los beneficios máximos cuando el tratamiento se realiza dentro de la primera hora del inicio de los síntomas.^{6,7} Cuando la trombolisis se realiza dentro de las 6 primeras horas, se previenen 30 muertes por 1000 pacientes tratados, estimándose que entre las 7 y 12 horas el beneficio disminuye a 20 vidas salvadas por 1000 pacientes tratados.⁸ Después de 12 horas de evolución no está claro que exista beneficio con la trombolisis.⁹⁻¹²

En Cuba, la mortalidad hospitalaria global oscila igualmente del 10 al 20 % según los registros y series recogidas, reduciéndose más de un 40 % con el tratamiento trombolítico.⁹ La provincia de Guantánamo reportó cifras de letalidad por IMA en los años 2006-2010 de 27.7 % y en Baracoa el IMA fue una de la primera causa de muerte desde el 2002 reportándose del 2007- 2014 con una letalidad de: 21.9, 20.7, 21.1, 22.3 y 34.2 %, respectivamente.¹¹

En nuestro país está protocolizada la terapéutica trombolítica en el IMA en la cadena de supervivencia de atención al paciente grave como una de las medidas de rehabilitación precoz del infarto además de medidas específicas independiente del personal de enfermería con el objetivo de mejorar la calidad de esto pacientes que sufren esta afección e incorporarlo socialmente a la sociedad precozmente.¹³⁻¹⁴

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de 75 pacientes ingresados en la UCIA del HGD "Octavio de la Concepción y la Pedraja", en el periodo comprendido al año 2007- 2014, para evaluar el comportamiento de la terapéutica trombolítica en la seguridad del paciente con IMA.

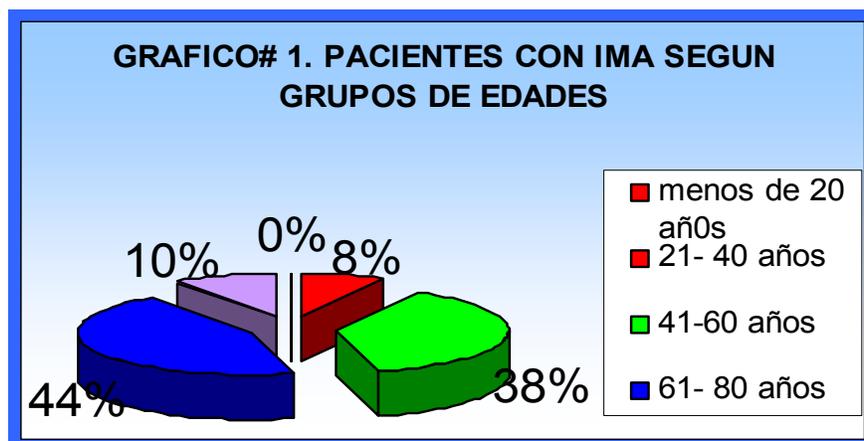
Se analizaron las siguientes variables:

- Número de IMA según ingreso mensual
- Relación de IMA según variables demográficas (sexo y edad)
- Número de IMA según su forma de egreso.

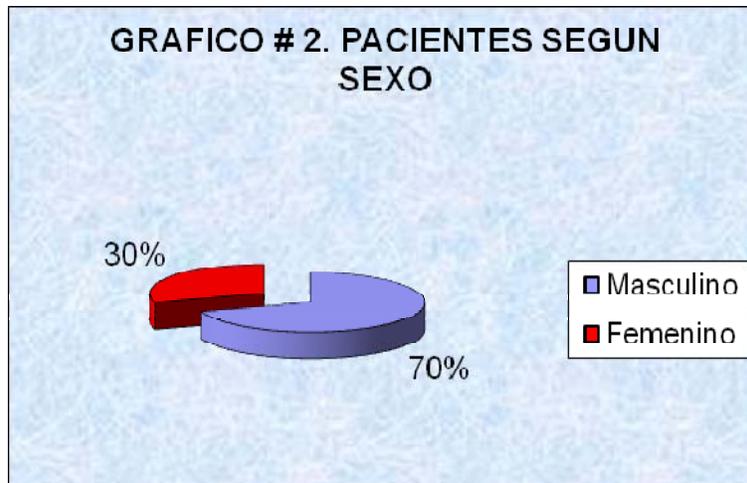
Se utilizó la historia clínica donde se supervisaron las acciones de enfermería. Se recogieron datos del libro de control de pacientes ingresados y egresados de la sala UCIA, así como, las encuestas realizadas a estos pacientes.

RESULTADOS

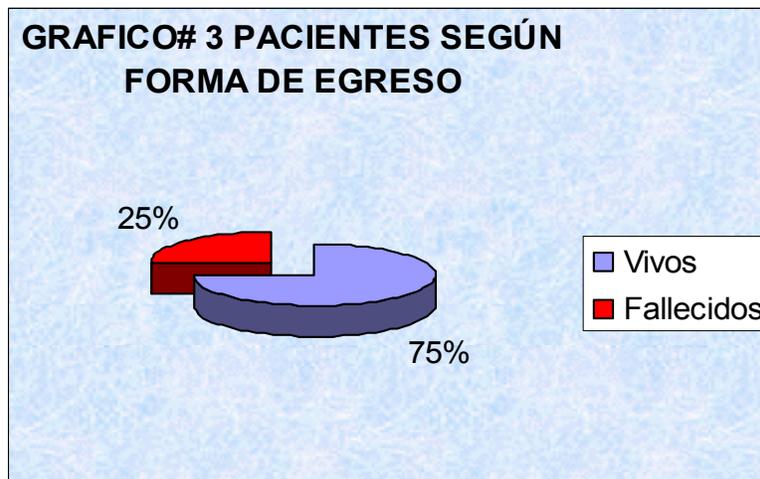
En el Gráfico 1 se observa que predominó la edad entre 61 a 80 años con 44 %, siguiéndole los de 41 a 60 años con el 38 %.



El 70 % de los pacientes con infarto agudo del miocardio perteneció al sexo masculino, representándose en el Gráfico 2, mostró una incidencia de IMA de 70 % en hombres.



De los pacientes en estudio que se le aplicó una rehabilitación precoz, sobrevivió el 75 % y falleció el 25 %, representado en el Gráfico 3.



DISCUSIÓN

La edad es un factor de riesgo no modificable con mayor frecuencia en el hombre a partir de los 45 años y de los 55 años en la mujer por su protección hormonal en edades reproductiva.

En un estudio realizado en 561 pacientes geriátricos portadores de IMA, encontró un incremento significativo y proporcional de la mortalidad con relación a la edad, siendo la mortalidad en ancianos cuatro veces mayor a la de los pacientes jóvenes.¹⁵

Referente al sexo podría relacionarse una mayor incidencia de factores de riesgo para hombres como mayor consumo de tabaco, estrés, obesidad, hiperlipidemias; además, la mujer posee ciertos factores que van en contra de la presentación de IMA a temprana edad, como se notó en el presente estudio donde se encontró una edad promedio de presentación en mujeres de 64 años y en hombres 59 años, resultado que coincide con otras bibliografías en un análisis de 97 casos de IMA, donde se observó una edad promedio en mujeres entre 71 y más años y hombres entre los 61 y 70 años.¹⁶

Para incorporar precozmente al paciente socialmente a la sociedad se aplicaron cuidados específicos de enfermería encaminados a mejorar o perfundir el músculo cardíaco y con esto el estado de los pacientes que sufren esta afección.

Cuidados específicos

Debe tener preparada la unidad del paciente con los recursos necesarios para hacer frente a las posibles complicaciones que pueden enfrentar los pacientes con IMA:

- a) Carro de paro
- b) Desfibrilador
- c) Catéter para abordaje venoso profundo
- d) Monitor cardíaco
- e) Llevar estricto control de los signos vitales
- f) Pulso (nos indica bradicardia o taquicardia)
- g) Presión arterial (indica mecanismo vagal o bajo gasto)
- h) Respiración (vigilar depresión respiratoria o alarma respiratoria)
- i) Temperatura (nos indica signos de necrosis)
- j) Observar en el paciente las características del dolor (localización, duración e irradiación)
- k) Vigilar monitor cardíaco para detectar arritmias u otro signo de complicación
- l) Brindar oxigenoterapia con el objetivo de eliminar falta de aire y mejorar oxigenación de los tejidos y con esto alivio del dolor
- m) Velar el cumplimiento del reposo absoluto en la fase aguda que debe durar de 24- 48 horas.

Tener en cuenta las reacciones secundarias de los medicamentos que se usan habitualmente en la patología.

Brindar apoyo emocional y psicológico a través de conversatorios, para mitigar la ansiedad que desencadena la enfermedad, evolución de esta, así como lograr la cooperación del paciente en el cumplimiento del tratamiento medico y dieta indicada.

Orientar al paciente después que se cumpla el reposo absoluto indicado, como debe incorporarse paulatinamente en su unidad individual, comenzando:

3er día- Sentarlo en su lecho y vigilar si tiene síntomas (12 horas).

4to día- Sentarlo en el sillón al lado de la cama (12 horas).

5to día- Caminar alrededor del lecho.

6to día- Deambular de 5 a 10 metros (ir al baño).

7mo día- Deambular libremente alrededor de 20 metros.

8vo día- Se le realiza pruebas ergo métrica precoz.

10mo- Llevar control de ingresos y forma de egresos de estos pacientes.

En estos cuidados de enfermería es que va encaminado la rehabilitación precoz del IMA en estos pacientes que lo padecen.

CONCLUSIONES

Los ingresos fueron ligeramente mayores en los meses de octubre-noviembre del 2008, febrero- marzo del 2009. Predominando de esta forma el sexo masculino sobre el femenino; la inmensa mayoría de los traslados se ejecutaron para los cuidados mínimos, se ejecutaron acciones de enfermería independiente, encaminadas a la satisfacción de las necesidades afectadas, así como la rehabilitación precoz de estos con una evolución favorable, de la muestra en estudio se rehabilito el mayor por ciento de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Se recomienda la institución una técnica de fisioterapia bien capacitada que permanezca en la Unidad de Cuidados Intensivos que ayude al tratamiento rehabilitador de estos pacientes con IMA a incorporarse nuevamente, precozmente a la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rehabilitación Cardíaca Integral [Internet]. Habana: ECIMED; [Citado 8 Ene 2015]. Disponible en:
http://gsdl.bvs.sld.cu/PDFs/Coleccion_rehabilitacion/rehabilitacion_cardiaca/completo.pdf
2. Montero Hechavarría E, Rodríguez Leyva BA, Blanco Gómez L. Enfoque diagnóstico y terapéutico del síndrome coronario agudo. Medisan [Internet]. 2010 [citado 10 Ene 2015]; 14(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_1_10/san13110.htm
3. Gómez Pacheco R. Formas clínicas de presentación del infarto agudo del miocardio. Medicentro [Internet]. 2014 [citado 10 Ene 2015]; 18(4):[aprox. 3 p.]. Disponible en:
<http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1666/1426>
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2011 (Edición Especial). Mortalidad [internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2012 abr. [citado 12 Ene 2015]. Disponible en:
<http://files.sld.cu/bvscuba/files/2012/05/anuario-2011-e.pdf>
5. Zhu TQ, Zhang Q, Ding FH, Qiu JP, Jin HG, Jiang L. Randomized comparison of intracoronary tirofiban vs urokinase as an adjunct to primary percutaneous coronary intervention in patients with acute ST-elevation myocardial infarction: results of the ICTUS-AMI trial . Chin Med J [Internet]. 2013 [citado 14 Ene 2015]; 126(16):[aprox. 3 p.]. Disponible en:
http://www.cmj.org/ch/reader/view_abstract.aspx?volume=126&issue=16&start_page=3079
6. Kovacic JC, Limaye AM, Sartori S. Comparison of six risk scores in patients with triple vessel coronary artery disease undergoing PCI: competing factors influence mortality, myocardial infarction and target lesion revascularization. Catheter Cardiovasc Interv [Internet]. 2013 [citado 14 Ene 2015]; 82(5):[aprox. 4 p.]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4155404/>
7. M. De Vita V. Coluccia F. Burzotta E. Romagnoli C. Tran Intracoronary use of GP IIb/IIIa inhibitors in percutaneous coronary interventions Curr Vasc Pharmacol. 2012; 10 (4). pp. 448–453.
8. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE, et al. 2012 ACCF/AHA Focused update incorporated into the ACCF/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines J Am Coll Cardiol. [Internet] 2013 [citado 13 de Feb 2015] 61 (23), pp. e179–e347

- Disponibile en:
<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1217906>
9. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE., M.K. Chung MK, Lemos JA de. Guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association . J Am Coll Cardiol [Internet]. 2013 [citado 18 Ene 2015]; 61(4): [aprox. 4 p.]. Disponible en:
<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1486115>
 10. Steg G, James SK, Atar D, Badano LP, Lundqvist CB, Borger MA. Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur H Heart J [Internet]. 2012 [citado 18 Ene 2015]; 33(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en:
http://www.escardio.org/guidelinesurveys/escuidelines/GuidelinesDocuments/Guidelines_AMI_STEMI.pdf.
 11. Oliva Roselló MT: Mujeres fumadoras que toman anticonceptivos multiplican riesgo de trombosis o infarto. [Internet] 2012 [citado 18 de feb 2015]. Disponible en:
<http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2012/05/19/mujeres-fumadoras-que-toman-anticonceptivos-multiplican-riesgo-de-trombosis-o-infarto/>
 12. Warren D, David K. Wood, Sangeeta NB. Nanoparticles that Sense Thrombin Activity as Synthetic Urinary Biomarkers of Thrombosis. ACS Nano. [Internet] 2013 [citado 18 de Feb 2015] .Disponible en:
 13. Escaned J, Echavarría-Pinto M, Gorgadze T, Gonzalo N, Armengol F, Hernández R, et. al. Safety of lone thrombus aspiration without concomitant coronary stenting in selected patients with acute myocardial infarction. Euro Intervention. [Internet] 2013 [citado 22 Feb de 2015] 22; 8(10):): [aprox. 3 p.]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/?term=Euro+Intervention>
 14. Izquierdo EV, Ochoa Montes CL, González Lugo M, Ramos Marrero L, Tamayo Vicente ND. Perfil de riesgo vascular aterosclerótico del fallecido por muerte cardíaca súbita. . Rev Cub Med [Internet]. 2013 [citado 22 Ene 2015]; 52(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000300002&nrm=iso
 15. Ochoa Velázquez J, J A. Cedano JA, Ca Ospinab CA.. Desenlaces clínicos en una cohorte de pacientes con síndrome coronario agudo y administración intracoronaria de tirofiban. Rev Colom Cardiol [Internet]. 2015 [citado 3 Mar 2015]; 22(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563315000303>
 16. Suárez Díaz M, Ortíz Zayas E. Infarto Agudo del Miocardio. Su comportamiento en la Unidad de Cuidados Coronarios Intensivos. Rev Tunas [Internet]. 2007 [citado 4 Mar 2015]; 32(4):[aprox. 4 p.].

Disponible

en:

http://www.ltu.sld.cu/revista/index_files/articles/2007/oct-dic2007/oct-dic2007_7.htm

Recibido: 20 de enero de 2016

Aprobado: 29 de febrero de 2016

Lic. Reudis Durán Rodríguez. Máster en Urgencias Médicas, Especialista de Primer Grado en Enfermería Intensiva y Emergencia, Licenciado en Enfermería. Asistente Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja", Baracoa. Guantánamo. Cuba. **Email:** reudy.gtm@infomed.sld.cu