

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y VALORACIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TRATADOS CON INHIBIDORES DE GLICOPROTEÍNA IIB IIIA EN SANATORIO ALLENDE.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND NURSING ASSESSMENTS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION TREATED WITH GLYCOPROTEIN INHIBITORS IIB IIIA IN SANATORIO ALLENDE.

AUTOR: Lucas Maximiliano Maldonado¹

RESUMEN:

El infarto agudo de miocardio (IAM) representa la tercera causa de morbimortalidad en el país. Tener datos sobre la realidad de esta entidad en la institución es de suma importancia como punto de partida para el desarrollo de políticas de prevención, así también mejorar el tratamiento, cuidado y calidad de atención al paciente. Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico de la población que se les indica tratamiento con Tirofiban durante infarto agudo de miocardio (IAM). Materiales y método: Estudio retrospectivo de las historias clínicas de pacientes que recibieron tratamiento por infarto agudo de miocardio. Se estudiaron 76 historias clínicas, en las que se analizaron las evoluciones médicas, valoraciones de enfermería y los registros del Servicio de Hemodinamia. La búsqueda se direccionó a comparar y analizar antecedentes e informes sobre la evolución del paciente documentado en registros de enfermería. Resultados: La edad media de los pacientes fue de 57 ± 11 años. La hipertensión arterial (60.52%) y el tabaquismo (48.68%) fueron los factores modificables más prevalentes; la tasa de reperfusión fue superior al 94% de los pacientes, de los cuales al 26.78% se le practicó Angioplastia Transluminal Coronaria primaria (ATCp) con Tirofiban como coadyuvante, con una demora prehospitalaria de 162 minutos y un tiempo puerta-balón de 83 minutos. Las principales complicaciones intrahospitalarias fueron la hipotensión arterial y hemorragias menores, en su mayoría vinculadas a punciones arteriales. Conclusiones: De los pacientes sometidos a ATCp con Tirofiban como coadyuvante, predominó el sexo masculino y como principales factores de

riesgos se encontró a la HTA y la dislipemia. Las 2 demoras en el tratamiento son importantes y existen puntos a mejorar, se detectaron en el 46.06% de los casos y están vinculadas en parte al desconocimiento de la población, este es un punto modificable que pueden ser mejorado con medidas de concientización y educación sobre la importancia de acudir a un centro de salud de forma inmediata cuando aparezcan síntomas relacionados al IAM. Las hemorragias e hipotensiones fueron las complicaciones más frecuentes, el monitoreo constante y el rápido accionar de enfermería fueron fundamentales para tratarlas y normalizarlas.

Palabras clave: Infarto agudo de miocardio, enfermería, epidemiología, angioplastia, Agravastat.

Summary:

Acute myocardial infarction (AMI) represents the third cause of morbidity and mortality in the country. Having information about the reality of this entity in the institution is of the utmost importance as a starting point for the development of prevention policies, as well as improving the treatment, care and quality of patient care. Objective: To determine the epidemiological profile of the population that is being treated with Tirofiban during acute myocardial infarction (AMI). Materials and methods: A retrospective study of the medical records of patients who received treatment for acute myocardial infarction. A total of 76 clinical histories were restudied, in which the medical evolutions, nursing assessments and the record of the Hemodynamics Service were analyzed. The search was directed to compare and analyze antecedents and report on the evolution of the

¹ Enfermero profesional | Hemodinamia | Sanatorio Allende Cerro

patient documented in nursing records. Results: The average age of the patients was 57 ± 11 years. Hypertension (60.52%) and smoking (48.68%) were the most prevalent modifiable factors; the reperfusion rate was higher than 94% of the patients, of which 26.78% had primary coronary transluminal angioplasty (CTPA) with Tirofiban as adjuvant, with a prehospital delay of 162 minutes and an 83-minute gate-to-balloon time. The main intrahospital complications were arterial hypotension and minor hemorrhages, mostly associated with arterial punctures. Conclusions: Of the patients subjected to CTPA with Tirofiban as coadjuvant, the male sex predominated, and hypertension and dyslipidemia were found as the main risk factors. The delays in the treatment are important and there are points to improve, they were detected in 46.06% of the cases and are linked in part to the ignorance of the population, this is a modifiable point that can be improved with awareness and education measures on the importance of going to a health center immediately when symptoms related to AMI appear. Hemorrhages and hypotension were the most frequent complications, constant monitoring and the rapid action of nursing were fundamental to treat and normalize them.

Key words: Acute myocardial infarction, nursing, epidemiology, angioplasty, Agrastat.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbilidad mundial. En nuestro país también constituye el principal motivo, con una tasa estimada de mortalidad de 227,4 cada 100.000 habitantes, lo que representa el 30% de la mortalidad total. Lo más alarmante es que estas cifras no han descendido en el transcurso de los últimos años. Dentro de este grupo de enfermedades, el infarto agudo de miocardio (IAM) representa una de las entidades más importantes. Su incidencia se calcula en 9 pacientes cada 10.000 habitantes por año, lo que representa aproximadamente unos 40.000 eventos anuales(1). Tener datos sobre la realidad de esta patología en la institución es de suma importancia como punto de partida para el desarrollo de políticas de prevención, así también mejorar el tratamiento, cuidado y calidad de atención al paciente. El tiempo de reperusión miocárdica, con la recanalización del vaso responsable, es un determinante clave en la sobrevida del IAM al reducir drásticamente la mortalidad del 15-20% en la era pre-trombolítica al 8-10% con los trombolíticos no fibrinoespecíficos, posteriormente al 6-8% con

el uso de agentes fibrinoespecíficos y por último al 4.5% con angioplastia primaria (ACTp). Estas intervenciones también redujeron de manera significativa la morbilidad acompañante del IAM y con ellas sus complicaciones arrítmicas, la temida presencia de falla cardíaca y las complicaciones mecánicas del infarto(2). Se considera a la ACTp como el tratamiento de elección para pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) y el uso de fibrinolíticos intracoronario (IC) como coadyuvante, su uso en pacientes con trombosis coronaria resulta seguro y eficaz(3-5).

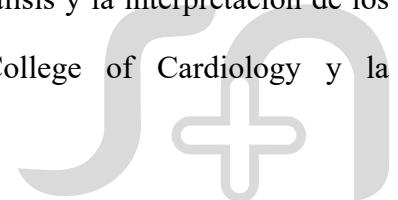
Los agentes fibrinolíticos, o trombolíticos, tienen la capacidad de lisar el trombo que ocasiona la obstrucción coronaria y su uso ha demostrado efectos favorables en varios estudios, además de disminuir de la mortalidad(3), mejora la sobrevida en aquellos pacientes con menos de 12 horas de evolución y que tienen elevación persistente del segmento ST. Su efectividad es mayor mientras más precoz sea su administración en relación al comienzo del infarto, su eficacia disminuye con el tiempo de evolución y con el tipo de fármaco utilizado(6). El criterio para la utilización de fibrinolíticos se encuentra aplicado en casos de lesiones complejas, trombo significativo intraluminal, disección endotelial y otras situaciones a juicio del cardiólogo intervencionista(7).

Esta estrategia ha sido bien estudiada y la misma se debe llevar a cabo en centros que cuenten con un equipo técnicamente capacitado(3) para la correcta administración y monitoreo, la intervención del personal de enfermería es de vital importancia, debe poseer los conocimientos y la preparación suficientes para orientar sus cuidados en forma oportuna, no solamente para brindar el tratamiento específico, sino también para prevenir y detectar de forma temprana posibles complicaciones.

En pacientes que han recibido tratamiento trombolítico, la interpretación de las arritmias y síntomas adquiere una connotación especial, pues algunas son propias del período posterior a la reperusión, y otras constituyen complicaciones del propio proceso isquémico.

El personal de enfermería debe permanecer al lado del paciente y encargarse del funcionamiento eficaz de todos los equipos conectados al paciente, fundamentalmente el monitoreo, ya que en la fase aguda se pueden presentar cambios súbitos y se debe estar alerta para el análisis y la interpretación de los síntomas(8).

El American College of Cardiology y la



American Heart Association (ACC/AHA) han desarrollado diversas iniciativas a fin de reducir la brecha existente entre el manejo práctico de los pacientes con infarto y las recomendaciones teóricas de cómo deberían ser tratados. Como parte de estas iniciativas se han elaborado indicadores de calidad en el cuidado de los pacientes y se ha estimulado la medición de estos indicadores como una de las principales herramientas para mejorar la calidad de atención en el infarto(5,9).

Las guías de práctica clínica sobre el uso de trombolíticos en pacientes con infarto agudo de miocardio señalan consideraciones(10,11) y enumeran efectos adversos típicos muy recurrentes como(12): hipotensión arterial, bradicardias, ángor, náuseas, vómitos, fiebre, epistaxis, cefaleas y hemorragias no vasculares (gingival, gastrointestinal y genitourinario).

Las complicaciones clínicas frecuentes son: isquemia recurrente, infarto, insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico, pericarditis, edema agudo de pulmón; otras complicaciones no tan frecuentes pueden ser: paro cardíaco, valvulopatías, trombosis venosa profunda, taponamiento cardíaco, rotura cardíaca, hemorragia retroperitoneal, hemorragia cerebral, hemorragia pulmonar y reacción anafiláctica.

Objetivo general: Determinar el perfil epidemiológico de la población que se les indica tratamiento con Tirofiban durante infarto agudo de miocardio (IAM).

Objetivos específicos: - Caracterizar el perfil epidemiológico según las dimensiones de edad, sexo, antecedentes patológicos previos y medicación previa. - Analizar los tiempos y calidad de atención en el tratamiento del infarto agudo de miocardio. - Describir la evolución clínica y las complicaciones intrahospitalarias en pacientes bajo tratamiento con Tirofiban post ATCp.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio epidemiológico, observacional, analítico y retrospectivo en el cual se seleccionaron a todos los pacientes ingresados al Sanatorio Allende sucursal Cerro con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio entre el 13 de mayo del 2013 y el 1 de junio de 2017. Se estudiaron 76 historias clínicas, en las que se analizaron valoraciones de enfermería y registros del Servicio de Hemodinamia. La búsqueda se direccionó a analizar y comparar los antecedentes e informes sobre la evolución del paciente documentado en la historia clínica, ya sea por el enfermero

o el médico a cargo, discriminando aquellos que recibieron tratamiento con Tirofiban de los que no y se analizaron las variables en estudio: datos epidemiológicos, antecedentes patológicos personales, tratamiento, evolución intrahospitalaria y la condición al alta sanatorial. El diagnóstico de IAM se realizó sobre la base de la presencia de al menos dos de tres criterios, a saber: 1) dolor de pecho típico prolongado (dolor precordial, opresivo desencadenado por esfuerzo; duración breve, de 2 a 5 minutos; se alivia con reposo o nitratos; localización retroesternal; irradiado a brazo izquierdo, mandíbula o cuello; ausencia de otras causas de dolor torácico, 2) cambios electrocardiográficos progresivos patológicos, 3) elevación de enzimas (Troponinas) (1,13). Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes que tuvieron una demora prehospitalaria menor de 12 horas desde el inicio de los síntomas.

Se implementó como técnica el análisis documental y el instrumento fue la construcción de planilla para el volcado de datos en el programa Excel. Fuentes de datos: secundarias. El análisis estadístico de los datos de las variables en estudio, volcados en soporte informático, fueron analizados según estadística descriptiva, ordenados en tablas de frecuencia simple y de contingencia que permiten un entrecruzamiento de variables. Las variables cualitativas que se presentaron como tablas de frecuencias y porcentajes con sus intervalos de confianza. Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizó media \pm desviación estándar o mediana y rango Intercuartil (RIC) 25-75 según su distribución. La factibilidad estuvo disponible durante el desarrollo de la investigación, se tuvo acceso a la información con las autorizaciones institucionales correspondientes del servicio de Hemodinamia y del Comité de Capacitación y Docencia.

RESULTADOS

En el estudio se incluyeron 76 pacientes con el diagnóstico de IAM en agudo que, dentro de las primeras 12 horas del inicio de dolor de pecho, se les realizó angioplastia primaria. Los datos se agruparon en tablas para describir las características demográficas, los tiempos del tratamiento, eventos intrahospitalarios e indicaciones en el alta.

Variables	Pacientes (n=76)	Porcentaje (%)
<i>Edad – Años (Media ± DE)</i>	57 ± 11	
<i>Sexo Masculino</i>	66	86,84
<i>Sexo Femenino</i>	10	13,16
Antecedentes Patológicos Previos		
<i>Tabaquista</i>	37	48,68
<i>Ex tabaquista</i>	17	22,36
<i>Hipertensión Arterial</i>	46	60,52
<i>Diabetes</i>	14	18,42
<i>Antecedentes familiares</i>	48	63,15
<i>Stress</i>	76	100
<i>Dislipemia</i>	44	57,89
<i>Obesidad</i>	34	44,73
Antecedentes Cardiovasculares		
<i>Infarto previo</i>	7	9,21
<i>Angioplastia previa</i>	8	10,52
<i>Bypass</i>	2	2,63
<i>Trombolítico previo</i>	0	0
Medicación Previa		
<i>AAS</i>	16	20,51
<i>Clopidogrel</i>	4	5,12
<i>Betabloqueantes</i>	8	10,25
<i>Bloqueantes Cálculos</i>	9	11,53
<i>IECAS</i>	12	15,38
<i>Estatinas</i>	14	17,94
<i>Fibratos</i>	1	1,28
<i>Sin datos</i>	18	20,07

Tabla N° 1 – Características demográficas de pacientes con diagnóstico Infarto Agudo de Miocardio internados en el Sanatorio Allende Cerro entre mayo 2013 – mayo 2017

En la Tabla N° 1 se detallan las características de la población donde la edad promedio fue 57 ± 11 años, con un predominio del sexo masculino (86.84%). Se observa a la hipertensión arterial como factor de riesgo mayor (60.52%). El riesgo de aterosclerosis y sus secuelas aumenta progresivamente al incrementarse la presión arterial y cuando esta excede de 160mmhg la sistólica y 95mmhg de diastólica en hombres de edad madura, el riesgo es cinco veces

mayor que en hombres normotensos. Después de los 50 años la hipertensión puede ser más importante como factor de riesgo para predecir un aumento de la frecuencia de aterosclerosis que la hipercolesterolemia y de ahí su estrecha relación con el IAM(14).

El tabaquismo estuvo presente en el 48.68% de los pacientes, se plantea que este es uno de los factores de riesgo mayor para la enfermedad cardiovascular, favorece el desarrollo de la



enfermedad cardiovascular a través de su acción sobre el sistema nervioso autónomo con la liberación de catecolaminas, el incremento de la agregación plaquetaria, las lipídicas y la disfunción endotelial(15,16). Todos los pacientes identificaron una situación de vida estresante como gatillo del infarto y el 57.89% refirió tener dislipemia.

El 10.52% de los pacientes previamente había sido sometido a una ATC, el 9.21% afirmó haber tenido un infarto de miocardio en situación de agudo donde no se aplicó terapia de infusión con trombolíticos y el 84.21% de los pacientes no tenían antecedentes cardiovasculares. La demora prehospitalaria es uno de los factores determinantes de la evolución del paciente con

Tiempos de reperfusión	Pacientes (n = 76)
Inicio de síntomas - ingreso a GC (med, RIC), min	162 (75,259)
Puerta – Balón (med, RIC), min	83 (65,126)
Puerta – Balón ≤ 90 min, %	53.94
Tiempo total de la isquemia (med, RIC), min	265 (150,360)

Tabla N° 2 - Indicadores de calidad Tiempos de reperfusión.

IAM, la mediana del tiempo en el que el paciente refirió el inicio de los síntomas hasta el primer contacto con el medico en la guardia central fue de 162 (RIC 75,259) minutos, sin embargo, el 60.52% acudió antes de las 3 horas y el 5.26% luego de las 6 horas. La mediana del tiempo desde que el paciente ingresa a la guardia central hasta que ingresa a la sala de hemodinamia es de 60 (RIC 40,101) minutos. Con respecto a la demora intrahospitalaria, el tiempo puerta-balón estuvo por debajo al descrito en el registro argentino ARGEN-IAM-ST(5) con una mediana de 83 (RIC 65,126) min. y el 53.94% de los pacientes estuvieron dentro de los 90 minutos recomendados en las guías como buena práctica hospitalaria(4,5). La ventana total de tiempo entre el inicio de los síntomas y el inflado del balón fue de 265 (RIC 150,360) min.

Al ingreso, la combinación de aspirina (AAS) y Ticagrelor se utilizó en el 67% de los pacientes, AAS con Clopidogrel el 29% y al 76% de los casos se le administro heparina sódica. El abordaje femoral fue utilizado en todas las intervenciones.

De los 76 pacientes internados por IAM, el 96.05% fue reperfundido en la sala de hemodinamia, de los cuales al 25% se le practicó Angioplastia Transluminal Coronaria primaria(ATCp) con Tirofiban como coadyuvante. Al 85% de los pacientes se les inicio tratamiento con Tirofiban antes de las 6 horas pasadas del inicio de los síntomas.

EVOLUCIÓN POST-ANGIOPLASTÍA

En la Tabla N° 3 se muestra el monitoreo continuo con respecto al personal de enfermería, las principales complicaciones intrahospitalarias valorizadas por el equipo fueron la hipotensión arterial (36.84%), de las cuales el 35.71% de las mismas necesitaron de drogas vasoactivas para normalizarlas, le siguieron las hemorragias (35.32%) vinculadas a punciones arteriales, pero todas ellas fueron mínimas y controladas. El 3.94% presentaron reacción vasovagal durante la retirada de set-introductor arterial y el 25% mostró registros de hipertensión arterial, de los cuales el 47.36% requirieron de drogas vasoactivas para normalizar valores.

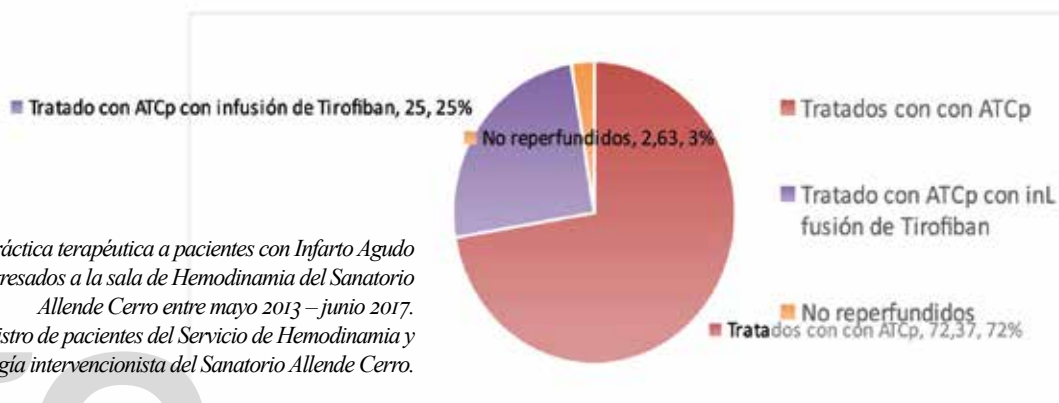


Gráfico N° 1 – Práctica terapéutica a pacientes con Infarto Agudo de Miocardio ingresados a la sala de Hemodinamia del Sanatorio Allende Cerro entre mayo 2013 – junio 2017.

Fuente: Registro de pacientes del Servicio de Hemodinamia y cardiología intervencionista del Sanatorio Allende Cerro.



Con respecto a la práctica médica invasiva, al 3.49% se les colocó un balón de contrapulsación intraaórtico, un 6.57% requirió monitoreo hemodinámico con catéter de Swan Ganz y el

2.63% fue conectado a un marcapaso transitorio. La mediana de internación resultó de 5 ± 4 días, el 14.10% de los pacientes superaron los 7 días y las infecciones intrahospitalarias fueron la principal causa de esta demora (50%). En

Variable	Pacientes (n = 73)	Porcentaje (%)
<i>Sangrado en sitio de punción</i>	10	13,69
<i>Sangrado mayor</i>	0	0
<i>Hematoma</i>	10	13,69
<i>Reacción vasovagal</i>	3	3,94
<i>Hipertensión Arterial</i>	19	25
<i>Hipotensión Arterial</i>	28	36,84
<i>Fiebre</i>	12	15,78
<i>Oxigenoterapia</i>	15	19,73
<i>Hiperglucemias</i>	6	7,89
<i>Antibioticoterapia</i>	5	6,57
<i>RCP</i>	8	10,52
<i>ARM</i>	9	11,84
<i>MPT</i>	2	2,63
<i>BCPao</i>	3	3,94
<i>Swan-Ganz</i>	5	6,57

Tabla N° 3 – Evolución clínica post-angioplastia Variable

Variable	Pacientes (n=76)	Porcentaje (%)
<i>Sondaje vesical</i>	11	14,47
<i>SNG</i>	8	10,52
<i>Toma de muestras para cultivos</i>	4	5,26
<i>Recanalizaciones</i>	20	26,31

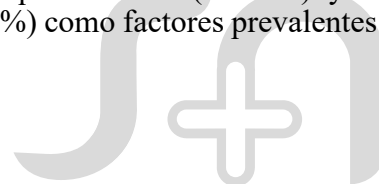
Tabla N° 4 – Procedimientos invasivos por parte de enfermería realizados en unidad de terapia intensiva.

la Tabla N° 4 se muestran las intervenciones invasivas realizadas por parte del equipo de enfermería. Las más practicadas fueron el sondaje vesical (14.47%) y la colocación de sonda nasogástrica aspirativa (10.52%). Solo al 5.26% de los pacientes se le tomaron muestras de cultivos para bacteriología debido a la aparición de signos de infección intrahospitalarios.

El 26.31% de los pacientes debieron ser recanalizados, siendo la obstrucción del catéter (50%) y la presencia de dolor en el sitio de acceso (35%) las principales causas.

Pacientes bajo tratamiento con Trombolíticos

En la Tabla N° 5 se muestra el perfil de pacientes intervenidos con ATCP y se les indicó infusión de Tirofiban como coadyuvante. El registro muestra que la HTA (66.67%) y la dislipemia (66.67%) como factores prevalentes.



Variable	Pacientes (n=21)	Porcentaje (%)
<i>Edad – Años (Media ± DE)</i>	54 ± 12	
<i>Sexo Masculino</i>	20	95,23
<i>Sexo Femenino</i>	1	4,77
Factores de riesgos		
<i>Tabaquista</i>	10	46,61
<i>Ex tabaquista</i>	3	14,28
<i>Hipertensión Arterial</i>	14	66,67
<i>Diabetes</i>	4	19,04
<i>Antecedentes familiares</i>	14	66,67
<i>Stress</i>	21	100
<i>Dislipemia</i>	14	66,67
<i>Obesidad</i>	12	57,14
Antecedentes Cardiovasculares		
<i>Infarto previo</i>	2	9,52
<i>Angioplastia previa</i>	2	9,52
<i>Bypass</i>	0	0
<i>Trombolítico previo</i>	0	0
Medicación Previa		
<i>AAS</i>	2	9,52
<i>Clopidogrel</i>	2	9,52
<i>Betabloqueantes</i>	1	4,76
<i>Betabloqueantes Cálculos</i>	2	9,52
<i>IECAS</i>	2	9,52
<i>Estatinas</i>	3	14,28
<i>Fibratos</i>	0	0
<i>Sin datos</i>	6	28,57

Tabla N° 5 - Perfil de pacientes con diagnóstico Infarto Agudo de Miocardio tratados con Tirofiban internados en el Sanatorio Allende Cerro.

Es útil destacar que la HTA y la dislipemia están consideradas entre los más importantes factores de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares, y su importancia radica en los efectos sobre la aceleración de la arteriosclerosis de ambas enfermedades, que se potencian de forma exponencial cuando coinciden en el mismo sujeto(16).

La obesidad es un factor de riesgo determinante de enfermedades crónicas, como las cardiovasculares: enfermedad coronaria, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (10), estuvo presente en el 57.14% de los pacientes internados. Los pacientes diabéticos

se encuentran en un estado hipercoagulable con mayor actividad plaquetaria y mayor capacidad de generación de fibrina, con enfermedades más difusa y calcificadas(10), ésta estuvo presente en el 19.04% de los pacientes.

La Tabla N° 6 muestra los eventos y reacciones típicas de los pacientes durante la administración de Tirofiban endovenoso. Las hemorragias (57.14%) se muestran como principal complicación, siendo el 75% vinculadas al abordaje femoral y en menor porcentaje se presentaron en secreciones aspiradas por tubo endotraqueal (14.28%), en secreciones

Variable	Pacientes (n=21)	Porcentaje (%)
Hemorragias/hematoma	12	57,14
Sangrado en sitio de punción	4	19,04
Sangrado mayor	0	0
Hematoma	9	42,85
Hipertensión Arterial	5	23,80
Hipotensión Arterial	10	47,61
Bradicardias	6	28,57
Fiebre	6	28,57
Cefaleas	9	42,85
Nauseas	4	19,04
Recanalización	10	47,61
Sondeo Vesical	3	14,28
SNG	4	19,04

Tabla N° 6 – Eventos y reacciones típicas a la administración de Tirofiban a pacientes angioplastiados.

aspiradas por boca relacionadas al trauma por la intubación oro-traqueal (14.28%), en lesiones dérmicas por cinta (19.04%) y en la orina (4.76%). Según la ficha táctica del medicamento aprobada por el ANMAT(17) y las guías de manejo de pacientes bajo éstos tratamientos(10) recomiendan que debe limitarse el número de punciones venosas y de inyecciones intramusculares durante el tratamiento con trombolíticos, sólo debe establecerse un acceso intravenoso en zonas compresibles del cuerpo, se registraron recanalizaciones en el 47.61% de los pacientes. Es preciso considerar la idoneidad del uso de sondas e intensificar las precauciones en caso de requerirlas, ya que en caso de que ocurran traumatismos durante su colocación la hemostasia es dificultosa, entre los pacientes

tratados al 14.28% se colocaron vesicales y al 19.04% nasogástricas.

Dentro de las reacciones adversas asociadas con la administración del medicamento se encontraron la hipotensión arterial (47.61%), bradicardias (28.57%), ángor (38.09%), náuseas y vómitos (19.04%), fiebre (28.57%), cefaleas (42.85%), hemorragias no vasculares (19.04%).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ALTA

La Tabla N° 7 muestra la medicación que se le indica al paciente como tratamiento luego del alta sanatorial. El 13.89% de las historias clínicas no detallan el tratamiento farmacológico que el paciente debe continuar en el egreso

Variables	Pacientes (n=72)	Porcentaje (%)
Sin datos	10	13.89
Aspirina	62	86.11
IECA/ARA	48	66.67
Betabloqueantes	53	73.61
Estatina	60	83.33
Ticagrelor	47	65.27
Clopidogrel	13	18.05
Prasugrel	2	2.78

Tabla N° 7 – Medicación indicada al alta sanatorial. Variables

hospitalario, pero se observa un alto porcentaje de empleo de doble esquema de antiagregación plaquetaria, betabloqueantes y estatinas, acorde a las recomendaciones actuales xxdictadas por la xxxACC/AHA(4).

DISCUSIÓN

Los datos que se presentaron constituyen el primer relevamiento sistemático de pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio realizado en el Sanatorio Allende Cerro desde el inicio del servicio de hemodinamia. Los datos obtenidos en el análisis de características de la población estudiada como la edad, el sexo o los factores de riesgo, son similares a los registros multicéntricos publicados por la Sociedad Argentina de Cardiología(5) y a los datos publicados por el Consejo Argentino de Residentes de Cardiología XVII (CONAREC)(1). Los factores de riesgo modificables como la hipertensión arterial y el tabaquismo son los más prevalentes en la población estudiada. Los síntomas previos (dolor de pecho, cambios electrocardiográficos y elevación de enzimas) se presentaron en casi todos los pacientes; los antecedentes de cardiopatías isquémicas estuvieron presentes en un 15% de los casos analizados, mientras que el 85% restante no realizaba prevención con medicación, dieta, ni actividad física, lo que denota que evidentemente, se necesita de una estrategia poblacional de salud pública para concientizar a las personas sobre la prevención de las enfermedades cardiovasculares y la importancia de implementar cambios en los hábitos (tabaquismo, actividad física, alimentación, etc.). Los datos recopilados también permiten conocer el manejo del infarto en los pacientes que ingresan a la institución. El registro muestra una tasa de reperfusión que supera el 97%, este resultado es levemente superior a los publicados en el National Survey of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction in Argentina (94.5% de pacientes reperfundidos)(5). El 95% de los pacientes consulta con menos de 6 horas de evolución de los síntomas y los tiempos puerta-balón son acordes a las recomendaciones para la buena práctica intrahospitalaria(4). Las guías de uso (12) y las especificaciones técnicas aprobadas por el ANMAT(17) recomiendan

limitar el número de punciones y considerar la idoneidad del uso de sondas e intubaciones, durante el estudio se valora un alto porcentaje de recanalización venosa durante la administración del medicamento, los registros de enfermería señalan impermeabilidad de la vía y la presencia de flebitis en algunos casos.

CONCLUSIÓN

De los pacientes sometidos a ATCp con Tirofiban como coadyuvante, predominó el sexo masculino y como principales factores de riesgos se encontró a la HTA y la dislipemia. Las demoras en el tratamiento son importantes y existen puntos a mejorar, se detectaron en el 46.06% de los casos y están vinculadas en parte al desconocimiento de la población, este es un punto modificable que pueden ser mejorado con medidas de concientización y educación sobre la importancia de acudir a un centro de salud de forma inmediata cuando aparezcan síntomas relacionados al IAM. Las hemorragias e hipotensiones fueron las complicaciones más frecuentes, el monitoreo constante y el rápido accionar de enfermería fueron fundamentales para tratarla y normalizarlas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez GE, Costabel JP, González N, Zaidel E. Infarto agudo de miocardio en la R. Argentina: Registro CONAREC XVII. Rev Argent Cardiol [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 16];85(5):390–9. Available from: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/3462.pdf>
2. Tajer CD, Charask A, Castillo Costa Y, Antonietti L, Geronazzo R, Allín J, et al. Consenso de Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del segmento ST. Rev Argentina Cadiología [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 16];83(4). Available from: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2015/10/consenso-IAM-con-elevacionST-2015.pdf>
3. Fabelo AR. Reconocimiento de las arritmias por el personal de enfermería en la fase aguda del infarto cardíaco. Medicentro Electrónica [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 16];19(3):206–8. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000300018
4. O’Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE, Chung MK, de Lemos JA, et al. 2013 ACC/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. Circulation [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 16];127(4):78–

140. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/127/4/e362>
5. Gagliardi JA, Charask A, Perna E, D'Imperio H, Bono J, Castillo Costa Y, et al. National Survey of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction in Argentina (ARGEN-IAM-ST). *Argentine J Cardiol* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 16];84(6):548–57. Available from: http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/rac/article/view/9508/pdf_1
 6. Paolasso E, Bono J, Castro R, Conci E, Fernandez Cid G, Luciardi H, et al. GUÍAS de manejo de los síndromes coronarios agudos con elevación del segmento ST. *Revista Fed Argentina Cardiol* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jun 16];41(3):218. Available from: http://www.fac.org.ar/1/revista/12v41n3/exclusivo_online/exclusivo_01/exclusivo_online.pdf
 7. Acuña Valerio J, Abundes Velasco A. Estado del arte de la trombólisis intracoronaria. *Rev Mex* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 16];27(1):41–6. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2016/hs161e.pdf>.
 8. Gabriel Steg P, James SK, Atar D, Badano LP. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients present in g with ST-segment elevation. *Eur Heart J* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jun 16];33(20):2569–619. Available from: http://www.cmr-guide.com/Contents/Acute_MI_ESC_Guidelines.pdf
 9. Balmori Marin BL, Martínez Rodríguez I, Suárez Yanes E, Calero Pérez Y. Caracterización clínico-epidemiológica del infarto agudo del miocardio trombolizado en la unidad de cuidados intensivos de adultos. Clinical-epidemiologist characterization of the trombolized acute myocardial infarction in the Adult Intensive Care unit. *MEDICIEGO Ignacio Martínez Rodríguez Ezequiel Suárez Yanes* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 16];19(11). Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdcs131h.pdf>
 10. Medina MS, Riquenes YO, Pérez LP, Cruz ZG, Fernández RC. Guía de práctica clínica sobre el tratamiento trombolítico del infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST en la primera asistencia médica. *Rev Electrónica Dr Zoilo E Mar Vidaurreta* [Internet]. 2015 Nov 18 [cited 2017 Jun 16];38(8). Available from: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/489/pdf_137
 11. Coll Muñoz Y, Valladares Carvajal F de J, González Rodríguez C. Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. *Rev Finlay* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jun 16];6(2):170–90. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200010
 12. Cornellat DM, Simarro JVC, Gil BG. Actualización de los cuidados en la administración de fibrinolíticos. *Enfermería Glob* [Internet]. 2006 [cited 2017 Jun 16];5(2). Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/366/334>
 13. Piombo A, Salzberg S, Lowenberg T, Grasso C. Epidemiología del infarto agudo de miocardio en los hospitales públicos de la Capital Federal. *Rev Argent* [Internet]. 1999 [cited 2017 Jun 16];67(2):201–7. Available from: <https://www.sac.org.ar/wpcontent/uploads/2015/03/PDFs201503/309.pdf>
 14. Piskorz D, Quaglino MB, Pigozzi F, Vitelleschi M. Importancia de las variables no hemodinámicas en el desarrollo de hipertrofia ventricular izquierda en hipertensión. *Rev Fed Argentina Cardiol*. 2010;39(4):288–93.
 15. Escobar Serrano L, Mariño RY. Factores de riesgo de infarto agudo del miocardio en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial [Internet]. Vol. 20, *MULTIMED Revista Médica Granma*. Departamento Editorial, Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Granma; 2017 [cited 2017 Jun 16]. 129-143 p. Available from: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/393/626>
 16. Alvarez J, Migliaro G, Leiva G, Fernández Recalde ML, Donato B, Baglioni P, et al. Angioplastia primaria en diabéticos vs. no diabéticos con infarto agudo de miocardio: predictores de mortalidad. *Arch Cardiol México* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 16];86(1):11–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1405994015000981>
 17. ANMAT. Vademecum Nacional de Medicamentos. Prospecto de AGRASTAT [Internet]. Buenos Aires: ANMAT, Ministerio de Salud de la Nación. [cited 2017 Jun]. Available from: <https://servicios.pami.org.ar/vademecum/views/consultaPublica/presentacion.zul>

