

ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE UNA FIBRINOLISIS EXTRAHOSPITALARIA.

Autores: Moreno Gómez, Rosa M^a; Martín Maldonado, Fco. Antonio; González Sánchez, Fco. José. Enfermero de Atención Primaria. UGC Almuñécar. AGS Sur de Granada.

1. INTRODUCCION: LA FIBRINOLISIS EXTRAHOSPITALARIA:

- ✓ Consiste en la perfusión IV de un activador del plasminogeno con capacidad de disolver la matriz de fibrina del trombo
- ✓ Tratamiento revascularizador farmacológico de los IAM

2. JUSTIFICACION:

- La alta prevalencia de pacientes en Urgencias extra y Hospitalaria con SCA.
- La incidencia que tiene en la mortalidad una atención completa y precoz al SCA.

3. OBJETIVOS:

Extender el beneficio de la revascularización mecánica y/o farmacológica al mayor número de pacientes. Uso racional y coordinado de recursos

4. INDICACIONES:

1. Dolor típico, o atípico compatible, persistente
2. Mas de 20 minutos de evolución y menos de 6 horas
3. ST ELEVADO > 2 mm en 2 o mas derivaciones
4. TAS > 100 FC > 60
5. Ausencia de soplo aórtico o roce pericardico
6. Dolor sin respuesta a NTG SL (2dosis) + NTG IV (10minutos)
7. Sin contraindicaciones absolutas
8. ECG: Persistencia de ascenso de ST > 2mm en 2 o mas derivaciones



5. TRATAMIENTO:

✓ Tratamiento antiagregante:

- Acido acetil salicílico (300 mg VO).
- Clopidrogel 300 mg VO (si alergias o intolerancia al acido acetil salicílico).

✓ Tratamiento antitrombotico:

- Pacientes < 75 años – HPBM / Enoxiparina SC 1mg/kg.
- Pacientes >75 años o con insuficiencia renal – Heparina sódica 1%. Bolo IV de 60 UI/kg (máximo 4000 UI)

✓ Tratamiento fibrinolítico:

- Tenectoplasa. TNK. Las pautas son:

< 60 KG	6000 UI
60 – 70 KG	7000 UI
70 – 80 KG	8000 UI
80 – 90 KG	9000 UI
>90 KG	10000 UI



6. CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE UNA FIBRINOLISIS:

✓ Cuidados pre – fibrinólisis:

1. Explicar al paciente el procedimiento. Atender su estado emocional
2. Monitorización electrográfica continua con monitor– desfibrilador.
3. Toma de constantes vitales
4. Realizar ECG de 12 derivaciones
5. Canalización de 2 VVP de grueso calibre. Extracción analítica.
6. Oxigenoterapia
7. Infundir si se puede solución salina. No dextrosa
8. Preparación de la medicación a utilizar

✓ Cuidados durante la fibrinólisis:

1. Iniciar tratamiento antiagregante
2. Medidas farmacológicas de soporte
3. Vigilancia de las constantes y ECG (arritmias).
4. Examinar lugares de punción en busca de hemorragias
5. Valorar de forma continua el dolor.

✓ Cuidados post – fibrinólisis:

1. Control de constantes y registro ECG según protocolo
2. Control posibles arritmias cardiacas
3. Valoración del dolor
4. Vigilancia de posibles focos de hemorrágicos.
5. Registrar todas las acciones realizadas



Contraindicaciones Absolutas

1. Ictus hemorrágico previo de cualquier antigüedad
2. Otros ictus o eventos cerebrovasculares en los últimos 6 meses
3. Neoplasia intracraneal
4. Trauma grave/ cirugía/ trauma craneal, en las 3 semanas previas
5. Sangrado digestivo en el ultimo mes
6. Hemorragia interna activa (no incluye menstruación)
7. Trastorno de coagulación conocido
8. Sospecha de disección aortica
9. Punciones en sitios compresibles (biopsia hepática..)

Contraindicaciones Relativas

1. HTA grave mal controlada en el momento de la FX (PAS > 180 mmHg o PAD < 111 mmHg)
2. Antecedentes de ACV o patología intracraneal no contemplado como contraindicación absoluta, AIT
3. Uso actual de anticoagulantes a dosis terapéuticas (INR 2- 3)
4. Hemorragia interna reciente (3-4 semanas previas)
5. Embarazo y una semana postparto
6. Enfermedad hepática avanzada
7. Úlcera péptica activa
8. Mala Calidad de vida. Enfermo Terminal
9. Edad > 75 años

7. CONCLUSIONES:

1. Desaparición del dolor; Normalización del ST; Aparición de arritmias sin compromiso hemodinámico (arritmias de perfusión): RIVA; TV/FV autolimitadas y bien toleradas; EV.
2. Mediante la iniciación precoz del tratamiento conseguimos una disminución del riesgo de muerte inminente y de secuelas.
3. Una difusión de la información para una precoz actuación por parte del personal de enfermería mejorara la calidad de los cuidados enfermeros
4. Las características de la comunidad y la existencia de un servicio de urgencias organizado y formado posibilita la utilización del fármaco sin que suponga un aumento de las complicaciones

BIBLIOGRAFIA:

Davies MJ. The pathophysiology of acute coronary syndromes.

Heart. 2000; 83: 361 – 6.

Campeau L. Letter: Grading of angina pectoris. Circulation. 1976; 54: 522 – 3.