

Se reconoce a las características electrocardiográficas como válidas para el diagnóstico cuando en el ECG de presentación existen:

a) Supradesnivel del Segmento ST en dos o más derivaciones contiguas mayor de 0,1mv ó bloqueo completo de rama izquierda (BCRI) presumiblemente nuevo . (Se recomienda el registro de V4R, V3R, V7 y V8).

b) Alteraciones bioquímicas: Marcadores de injuria miocárdica (CPK, CPK-MB, Troponina T cuantitativa o por Trop Test) . Será necesario (en atención a los fármacos utilizados actualmente en el tratamiento del IAM) contar con un estudio básico de coagulación sanguínea. Es también necesaria la determinación de gases en sangre, estado ácido base, y rutina laboratorial.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Deberán considerarse, entre otros, la pericarditis, la disección aórtica , el neumotórax y la úlcera gastroduodenal complicada.

## MANEJO

a) En el departamento de emergencia (o sala de guardia)

Reconocimiento inicial:

Es altamente deseable disponer de un ECG de 12 derivaciones dentro de los 10 minutos y completar el examen físico dentro de los 20 minutos posteriores de la presentación.

Medidas de Rutina:

1. Inserción de una vía periférica.
2. Administración de Oxígeno (Se sugiere administrarlo a todos los pacientes por 2-3 hs y luego sólo a aquellos con congestión pulmonar y/o saturación de O<sub>2</sub> menor del 90%).
3. Monitoreo electrocardiográfico
4. Aliviar el Dolor

Administración (según indicación médica) de nitritos vía sublingual o endovenosa (i.v.) o evaluando la respuesta; en caso de persistir con dolor administrar morfina: en dosis de 4-8 mg, seguida de 2-8 mg i.v. cada 5-15') Sustituto: Nubaína. Efectos adversos: náuseas y vómitos, (indicar antieméticos), hipotensión y bradicardia (indicar atropina i.v.); depresión respiratoria (contrarrestar con naloxona en dosis de 0,04 mg i.v., máximo 3 dosis con intervalos de 3 minutos).

b) Traslado a Unidad de Cuidados Intensivos

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS COMUNES EN EL IAM:

1º Alteración del gasto cardíaco: disminuido R/C Disminución de la contractilidad miocárdica, la precarga y la postcarga.

Elevación de enzimas cardíacas, cambios electrocardiográficos, aumento de la FC, disminución de la PA, presencia de 3º. o 4º. ruido, dolor precordial, diaforesis, piel fría y pálida, presencia de arritmias, disminución del gasto urinario, pulsos periféricos disminuidos, vasoconstricción periférica.

Actividades:

- Administrar O<sub>2</sub> por cánula nasal 2 a 3 Lt/min durante las primeras 3 a 6 horas siempre y cuando sea un infarto sin complicaciones y dependiendo de las condiciones individuales de cada paciente.
- Proporcionar reposo absoluto en cama durante las primeras 12 horas si no hay presencia de complicaciones hemodinámicas.
- Monitorizar electrocardiográficamente en forma permanente y valorar constantemente para detectar arritmias.
- Canalizar una vía venosa, preferiblemente central, haciendo control radiológico y colocando líquidos a goteo de mantenimiento.
- Tomar ECG completo para determinar localización, extensión y evolución del infarto cada 8 horas durante las primeras 24 horas, cada 12 horas durante las siguientes 48 horas y luego cada 24 horas.
- Tomar muestra para laboratorio: CH, glicemia, química cada 24 horas y enzimas cardíacas cada 8 horas, cada 12 horas y luego cada 24 horas. El control de Troponina se hace al ingreso del paciente y luego de 6 a 12 horas.

- Controlar signos vitales cada media hora mientras se estabiliza y luego cada hora: PA, FC, FR, To.
- Administrar antiarrítmico de acuerdo a la orden médica y evaluar la respuesta y la aparición de efectos secundarios. El antiarrítmico de elección es la Xilocaína; se debe utilizar únicamente ante la presencia de taquicardia y/o fibrilación ventricular. Su uso profiláctico en la actualidad no es utilizado.
- Administrar otros medicamentos y valorar efectos secundarios de acuerdo a la orden médica como son: Beta-bloqueadores (su uso ha sido muy bien evaluado en IAM), vasodilatadores, antiagregantes plaquetario (actualmente se utiliza la combinación ASA-Clopedogrel ya que disminuye la presencia de trombosis aguda), anticoagulante (actualmente se utiliza la Enoxaparina como heparina de bajo peso molecular con ventajas en la enfermedad coronaria aguda), sulfato de magnesio e Inhibidores de la Enzima Convertidora (se ha comprobado que son útiles para evitar la remodelación ventricular, estabilización del endotelio y en pacientes con IAM sin hipotensión que presenten disfunción ventricular o falla cardíaca).
- Controlar líquidos administrados y eliminados cada hora.
- Palpar y controlar pulsos periféricos cada 4 horas.
- Realizar auscultación cardiopulmonar cada 2 horas.
- Realizar monitoría hemodinámica cada 4 horas en caso de que se coloque un catéter de arteria pulmonar.

## 2º Alteración del intercambio gaseoso R/C Cambios en la membrana alvéolo-capilar.

Hallazgos:

Hipoxemia, aumento de la FR y de la presión arterial pulmonar, estertores generalizados en los campos pulmonares, disminución del gasto cardiaco, taquicardia, taquipnea, disnea, palidez de la piel. Actividades:

- Administrar O<sub>2</sub> por cánula nasal a 2 a 3 Lt/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 v Auscultar RsRs cada 4 horas o según necesidad.
- Valorar el aumento de la presencia de estertores.
- Valorar coloración de la piel, mucosa oral, región peribucal 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 v Evaluar estado neurológico cada 4 horas o según necesidad.

### 3º Alteración de la comodidad R/C Presencia de dolor precordial

#### Hallazgos:

Facies de dolor, palidez, diaforesis, piel fría, taquicardia, inquietud, disturbios sensoriales, desorientación, trastorno en el patrón del sueño, sobrecarga sensorial.

#### Actividades:

- Administrar analgésico de acuerdo a prescripción médica: Morfina 2 a 5 mgr IV cada 5 a 30 minutos. Bloquea descarga adrenérgica (Infarto anterior) Meperidina 20 a 30 mgr IV (Infarto Inferior).
- Controlar SV especialmente PA y FC mientras se administra analgésico.
- Valorar efecto y respuesta a la administración del analgésico.
- Monitorizar electrocardiográficamente en forma permanente.
- Monitorizar el dolor: aumento, disminución o recurrencia durante el tiempo que el aciente permanezca en la UCI o en la UCC
- Proporcionar medio ambiente favorable para el descanso y disminuir el ruido.
- Evaluar la orientación (persona, tiempo y lugar) del paciente cada 4 horas.
- Orientar frecuentemente al paciente respecto al sitio que se encuentra y la situación que está pasando utilizando un reloj y un calendario visibles, tratar de que tenga una ventana cerca para orientarse en el día y la noche. v Explicar el ruido que producen los equipos que se utilizan especialmente el monitor y sus alarmas.
- Procurar proporcionarle largos periodos de sueño organizando las actividades de enfermería de tal forma que lo permitan.
- Velar porque el personal médico y de enfermería hable suavemente y disminuir el ruido.

#### 4º Intolerancia a la actividad física R//C Desequilibrio entre el aporte y la demanda de O<sub>2</sub> a nivel miocárdico|

##### Hallazgos:

Disnea, taquipnea, taquicardia, hipotensión, arritmias, fatiga y debilidad muscular, dolor precordial.

##### Actividades:

- 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, fatiga:

12 horas iniciales ..... Reposo absoluto

24 a 48 horas ..... Sentarse en la silla y usar el pato

72 horas ..... Pasar al baño

96 horas ..... Deambular por la habitación

7º. Y 8º. Día ..... Ducharse

- 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: Heparina 5000 unidades iniciales y continuar 7500 unidades SC cada 12 horas para infartos inferiores y 12500 unidades SC cada 12 horas para infartos anteriores, durante 5 a 7 días. En la actualidad se utiliza la Enoxaparina (bajo peso molecular) porque se ha comprobado que tiene ventajas en la enfermedad coronaria aguda.
- Colocar medias antiembólicas para prevenir éstasis venoso retirándolas en forma intermitente por períodos 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 lo es.
- Administrar laxante o medicamentos ricos en fibra según sea la orden médica para prevenir el estreñimiento.

## 5° Ansiedad R /C Situación actual de salud

Facies de angustia, hospitalización en UCI o UCC, desconocimiento de la situación y del medio ambiente, sensación inminente de muerte, disnea, monitoría invasiva y equipos desconocidos, personalidad tipo A, dolor precordial, sensación de pérdida del control de su vida y de su independencia.

Actividades:

- Administrar sedante de acuerdo a prescripción médica (Benzodiazepinas: Xanas o Midazolam)
- Explicar al paciente y a su familia su situación actual de salud, proceso de la enfermedad, tratamiento, normas del servicio.
- Explicar al paciente todo procedimiento que se le realice y el porqué 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 de la UCI o UCC a un servicio de hospitalización corriente e incorporar a la familia en el cuidado.