

INTERVENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN LA FASE AGUDA

Claudia Ariza Olarte
Enfermera Cardióloga
Pontificia Universidad Javeriana
Instituto Nacional de Cardiología
Ignacio Chávez de México

RESUMEN:

Es posible que en algún momento la enfermera clínica deba dar asistencia a un paciente con infarto agudo del miocardio, teniendo en cuenta que en nuestro país la enfermedad coronaria es la segunda causa de muerte según los últimos datos publicados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

En la fase aguda el paciente es instalado en una unidad de cuidado intensivo (UCI) o en una unidad de cuidado coronario (UCC) para mantenerlo bajo monitorización continua durante un período variable, con el fin de valorar su evolución y prevenir la presencia de complicaciones.

Para esto la intervención de la enfermera cobra importancia; es así como la enfermera debe contar con los conocimientos y preparación suficientes para orientar en forma oportuna todos sus esfuerzos, no solamente hacia brindar el tratamiento específico a la persona con infarto, sino también hacia la prevención y detección temprana de sus complicaciones.

Los datos sobre los cuales se establece el diagnóstico médico son clínicos, electrocardiográficos y de laboratorio, herramientas en las que se basa la enfermera para realizar su intervención.

La Intervención de enfermería se presta al paciente y a su familia mediante elementos interactivos del proceso de enfermería: observación, diagnóstico de enfermería, planeación, intervención y evaluación.

La observación y valoración física realizada por la enfermera se inicia con la asistencia al dolor; debe valorar el tipo de dolor, localización, duración y causa que lo desencadena. El significado del dolor para el paciente y el resultado de la respuesta emocional son factores esenciales para que la enfermera lo asista. El miedo y la ansiedad producida por el dolor pueden aumentar el trabajo y la frecuencia cardíaca por estimulación simpática.

El examen físico revela información sobre la situación actual del paciente. Los datos obtenidos son correlacionados con los hallazgos clínicos y de laboratorio sobre los cuales se establece el plan de cuidado de enfermería.

Es importante que la enfermera valore minuciosamente la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura, ya que el paciente con infarto agudo del miocardio en la fase aguda presenta cambios muy específicos en relación con éste e igualmente la enfermera debe estar en capacidad de realizar su análisis e interpretación.

Respecto a los medios de diagnóstico que se emplean para confirmar la presencia del infarto están las enzimas cardíacas y el electrocardiograma, siendo su control y análisis responsabilidad de la enfermera. Igualmente está el control de gases arteriales el cual permite evaluar la oxigenación y el balance ácido-básico, guiando el tratamiento y asegurando una oxigenación óptima.

Con base en los hallazgos y datos enunciados la enfermera identifica y define los problemas reales y/o potenciales que presenta el paciente con infarto agudo del miocardio en la fase aguda. Para cada uno planea actividades que conduzcan a su solución y de esta forma prevé que la atención proporcionada sea de calidad.

Es posible que en algún momento la enfermera clínica deba dar asistencia a un paciente con infarto agudo del miocardio, teniendo en cuenta que en nuestro país la enfermedad coronaria es la 2ª. Causa de muerte según los últimos datos publicados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) EN 1991, representando el 9.7% del total de defunciones en ambos sexos y solamente antecedido por ataque con arma de fuego y explosivos que representa el 14.83% del total de defunciones (3).

En la fase aguda el paciente es instalado en una unidad de cuidado intensivo (UCI) o en una unidad de cuidado coronario (UCC) para mantenerlo bajo monitorización continua, durante un período variable (4 a 5 días), con el fin de valorar su evolución y prevenir la presencia de complicaciones.

Para esto se deben desarrollar una serie de actividades y procedimientos en los que la intervención de la enfermera cobra importancia, por lo que debe contar con los conocimientos y la preparación suficientes para

orientar en forma oportuna sus esfuerzos, no solamente hacia brindar el tratamiento específico a la persona con infarto, sino también hacia la prevención y detección temprana de complicaciones (2).

Sumado a esto contar con una completa preparación, le facilita a la enfermera ocuparse al mismo tiempo del aspecto emocional del paciente, el cual en ocasiones deja de tenerse en cuenta, olvidando que la atención debe ser integral, esto es, encargarse no solo del aspecto físico sino también del aspecto emocional, con el fin de lograr rápidamente la estabilización del paciente (5,6).

Actualmente el tratamiento del infarto agudo del miocardio (IAM) está dirigido a interrumpirlo en forma temprana para limitar su tamaño y manejar sus complicaciones (10).

Los datos sobre los cuales se establece el diagnóstico médico son clínicos, electrocardiográficos y de laboratorio.

El estudio clínico proporciona datos sobre el dolor, la hipotensión, náuseas, palidez, diaforesis, fiebre, facies de angustia (1).

Los datos electrocardiográficos resultan importantes porque definen la presencia del IAM, permiten determinar su localización y valorar su extensión y evolución. De acuerdo con la magnitud creciente del daño metabólico de las fibras miocárdicas, se producen cambios en las imágenes electrocardiográficas denominadas isquemia, lesión y necrosis. (7).

Las pruebas de laboratorio proporcionan información respecto a la presencia de leucocitosis; enzimas cardíacas, las cuales van aumentando paulatinamente; velocidad de sedimentación, la cual alcanza su punto máximo en la primera semana y proteína C reactiva que se presenta como índice de inflamación tisular y de necrosis en forma temprana (1).

Los elementos mencionados son herramientas en las que se basa la enfermera para realizar su intervención (4).

La intervención de enfermería se presta al paciente y a su familia mediante elementos interactivos del proceso de enfermería: Observación, diagnóstico de enfermería, planeación, intervención y evaluación. Cada elemento contribuye a que la atención suministrada sea de calidad (11).

La observación y valoración física realizada por la enfermera se inicia con la asistencia al dolor; éste es el comienzo del proceso. La enfermera debe valorar el tipo de dolor en el tórax para diferenciarlo de otros que pueden ser de origen pleural, gástrico u otra disfunción. Generalmente es subesternal sobre la pared anterior del tórax, puede o no ser localizado. Si se irradia generalmente lo hace a uno o ambos brazos, la mandíbula o el cuello. Su duración es la clave para diferenciar la causa, el dolor del IAM dura entre 30 minutos y usualmente 1 a 2 horas o más; usualmente es acompañado por sensación de gran ansiedad y una sensación subjetiva de disnea y/o síntomas vasovagales como son diaforesis profusa, náuseas, vómito y diarrea (14). Frecuentemente es descrito como una presión en el pecho, como una sensación desagradable. Es característico que no se alivie con el reposo o con el uso de vasodilatadores; generalmente requiere de administración de narcóticos. Así mismo aumenta con el esfuerzo. Con frecuencia hay presencia de diaforesis, así como de aprehensión y cambios en los signos vitales. También se caracteriza porque puede aparecer con algún esfuerzo físico, durante el sueño o en reposo. (1)

El significado del dolor para el paciente y el resultado de la respuesta emocional son factores esenciales para que la enfermera lo asista. El miedo y la ansiedad producida por el dolor en el tórax, pueden aumentar el trabajo y la frecuencia cardíaca por estimulación simpática (11).

El examen físico revela información adicional acerca de la situación del paciente. Los datos obtenidos son correlacionados con los hallazgos clínicos y de laboratorio sobre los cuales se establece el plan de cuidado de enfermería (2).

Respecto a los signos vitales del paciente que ha sufrido un IAM presenta un leve aumento de la temperatura durante los 2 o 3 días siguientes en 1 o

2 grados, ocasionada porque la necrosis procesa una respuesta inflamatoria. La frecuencia cardíaca aumenta como respuesta simpática: las arritmias cardíacas son frecuentes. La presión arterial disminuye durante el dolor produciendo sensación de debilidad; esta disminución puede ser severa y producir shock, por esta razón debe ser monitorizada iniciando con la PA propia del paciente como línea de base; ocasionalmente puede aumentar.

Los ruidos cardíacos deben ser valorados cuidadosamente. Cuando el IAM altera la calidad de contracción, disminuye el volumen latido hasta afectar el gasto cardíaco. Esto aumenta el volumen residual en el ventrículo y la presión de fin de lleno e interfiere con el llenado ventricular durante la diástole. Esta interferencia produce la presencia de un 3er. Ruido, el cual se ausculta mejor en el área apical en posición supina o lateral izquierda. También es frecuente auscultar un 4º. Ruido, algunas veces durante el dolor agudo o en el esfuerzo; éste está asociado con la resistencia ventricular para el llenado durante la contracción auricular. Si hay compromiso de alguna válvula cardíaca o de su estructura de soporte, puede disfuncionar y ocurre un murmullo audible. A los sonidos extras audibles durante la valoración se le debe evaluar localización, irradiación o no e intensidad (11).

La disminución del gasto cardíaco contribuye a la presencia de cambios en la valoración pulmonar; existe un aumento de la presión arterial pulmonar produciéndose un cambio del líquido extravascular hacia el alvéolo, el cual puede oírse a la auscultación como estertores en la inspiración. Inicialmente se oyen en las bases pulmonares, pero si continúa el acúmulo de líquido, se pueden oír progresivamente en todo el campo pulmonar. También se produce un cambio al examen en la percusión de resonante a apagado (7).

A nivel de la piel también el IAM produce cambios debido a la disminución en la oxigenación; el sistema nervioso simpático es estimulado produciéndose una vasoconstricción periférica para suplir los órganos vitales. La piel llega a ser pálida, húmeda y fría al tacto. El frío y la piel pegajosa indican disminución de la perfusión periférica. Estos cambios inicialmente se encuentran en mucosas y membranas.

Respecto a los medios de diagnóstico que se emplean para confirmar el diagnóstico del infarto, están las enzimas cardíacas y el electrocardiograma.

Cuando se produce un infarto hay daño de las células cardíacas, se liberan enzimas que migran al torrente sanguíneo. La creatin-Kinasa (CK) es la primera en aumentar, seguida por la deshidrogenasa láctica (LDH) y por último aumenta la aspartato aminotransferasa (AST antes llamada SGTO) (14).

En su aumento tienen un patrón de comportamiento característico para el infarto y deben ser controladas simultáneamente para evitar falsos positivos, ya que se encuentran también en otros tejidos, razón por la cual se recomienda el uso de las isoenzimas de la LDH y la CPK consideradas específicas para el infarto (10). Es así como frente a la necesidad de la precisión del diagnóstico rápido y oportuno se han investigado marcadores como CK-MB masa, CK isoformas, troponinas I y T y la relación del recuento diferencial de leucocitos con niveles de CK isoformas. (14)

Actualmente se ha aumentado la sensibilidad para diagnosticar el infarto utilizando la medición de la Troponina, se recomienda su medición a la admisión, entre 6-9 horas, y luego 12-24 horas. Esta determinación de la troponinas complementa el diagnóstico bioquímico del infarto pero no reemplaza el uso tradicional de los marcadores usuales como CK(MB).

En el electrocardiograma hay cambios que indican infarto. En un trazo normal la onda Q no debe aparecer, el segmento S-T está en la línea de base y la onda T es positiva. La oxigenación inadecuada, los nutrientes insuficientes y el excesivo desgaste impiden la polarización. La corriente de lesión ocurre entre áreas necróticas y tejido normal y cambia el vector del curso del flujo durante la contracción ventricular y la repolarización y el vector del QRS. Estos cambios de vectores muestran en el ECG la onda Q. Las derivaciones I, II, V5 y V6 pueden tener ondas Q no patológicas. Se consideran patológicas cuando aumentan su duración y representan la tercera parte del QRS en su tamaño; además debe estar presente en más de una derivación de las 12 del ECG. Su localización permite determinar

el área infartada, sin embargo puede que no estén presentes y el diagnóstico se haga solo por elevación de enzimas cardíacas (10).

Hasta el momento se han enunciado los hallazgos y datos que la enfermera obtiene mediante la observación y la valoración física del paciente que ha sufrido un infarto del miocardio.

Con base en estos datos la enfermera identifica y define los diagnósticos de enfermería, teniendo en cuenta los patrones funcionales enunciados por M.Gordon, que no son más que la respuesta del paciente a problemas reales y/o potenciales. Para cada uno de ellos deben planear actividades que conduzcan a su solución y de esta forma prever que la atención proporcionada sea de calidad (8,4).

Dentro de los diagnósticos de enfermería más comunes en la fase aguda del IAM están:

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

Hallazgos: 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 O₂ 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 y 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.

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 cardíaco, taquicardia, taquipnea, disnea, palidez de la piel.

Actividades:

- ❖ Administrar O₂ 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 O₂.
- ❖ 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
- ❖ 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
- ❖ Evaluar estado neurológico cada 4 horas o según necesidad.

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 paciente 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.

- ❖ 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.

Intolerancia a la actividad física R//C Desequilibrio entre el aporte y la demanda de O₂ 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 horasSentarse en la silla y usar el pato
 - 72 horas Pasar al baño
 - 96 horas Deambular por la habitación
 - 7°. Y 8°. Día Ducharse
- ❖ Valorar y evaluar la respuesta al ejercicio teniendo en cuenta PA, FC, FR y ritmo cardíaco.
- ❖ Administrar anticoagulación profiláctica teniendo en cuenta el orden médica y que es un paciente en reposos 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.

Ansiedad R /C Situación actual de salud

Hallazgos: 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 Midazolán)
- ❖ 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 por qué 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.

Independiente de si el paciente recibe tratamiento tradicional o si es llevado a terapia intervencionista, los diagnósticos de enfermería son los mismos. Sin embargo es importante enunciar las actividades de Enfermería específicas en la trombolisis:

- ❖ Corroborar que el paciente reúna los requisitos de elección: paciente menor de 75 años, paciente con 4 a 6 horas de evolución de su sintomatología, paciente con supradesnivel del S-T en más de 1 mm en por lo menos dos derivaciones o cambios en la onda T con síntomas claros. Paciente con shock cardiogénico, PAS menor de 90 mmHg.
- ❖ Corroborar presencia de criterios de exclusión: antecedentes de falla cardíaca, ulcera péptica activa, cirugía mayor en las últimas 2 semanas, déficit de factores de coagulación. Enfermedad sistémica grave (cáncer, diabetes, sepsis, cor pulmonale, desnutrición), crisis hipertensiva en el momento de ingreso, presión arterial diastólica mayor de 110 mmH.
- ❖ Canalizar vena periférica de grueso calibre y/o pasar drum por persona experta (enfermera jefe o médico).
- ❖ Informar al paciente del procedimiento y hacer firmar la autorización por él y /o familiar
- ❖ Tomar muestras para exámenes de laboratorio: CH, química, glicemia, enzimas cardíacas, y pruebas de coagulación.
- ❖ Administrar hidrocortizona 100 a 500 mgr IV según orden médica.
- ❖ Preparar mezcla de DAD 5% 100 ml + estreptoquinasa 1'500.000 U rotúlela y utilícela antes de 2 horas.
- ❖ Administrar infusión de estreptoquinasa en goteo para 45 minutos
- ❖ Valorar trazo ECG y presencia de signos de reperfusión: descenso del S-T en un 50%, presencia de arritmias, desaparición del dolor, normalización de la PA.
- ❖ Remitir para cateterismo cardíaco de urgencia en caso de que no haya reperfusión teniendo en cuenta la edad (pacientes jóvenes) y el pronóstico.

- ❖ Instalar al paciente en UCI o UCC en caso de que se dé la reperfusión con monitoría ECG permanente.
- ❖ Controlar signos vitales cada hora: PA,FC, FR,To.
- ❖ Valorar presencia de signos de sangrado cutáneo, gingival, interno o intracraneal (cefalea, alteración de conciencia).
- ❖ Proporcionar reposo absoluto durante las primeras 24 horas.
- ❖ Incrementar en forma gradual la actividad física a partir de las 48 horas siguientes.
- ❖ Valorar la reaparición de signos y síntomas de reinfarto: dolor, cambios ECG, hipotensión.
- ❖ Tomar ECG completo cada a8 horas durante las siguientes 24 horas y luego continuar cada 24 horas.
- ❖ Continuar con anticoagulación con heparina 1000 U/hora IV durante las siguientes 72 horas SOM.

BIBLIOGRAFIA

1. Alspach,J. Cuidados Intensivos en el adulto. 4^a. Edición. Annapolis. Interamericana. McGraw-Hill. 1993
2. Berron, K. Role of ventricular assist device in acute myocardial infarction. Critical Care Nurse. Febrero 1998.
3. DANE. Boletín de Estadística No. 472. Julio. 1992
4. Carpenito, LJ. Aplicación de los diagnósticos de enfermería en la práctica clínica. Filadelfia. 1987.
5. Gleeson, B. Infarto de miocardio, cómo educar al paciente que niega su diagnóstico. Nursing. Febrero 1994.
6. Hudak, CM. Critical care nursing: A holistic. Approach. 4^a. Edición Filadelfia. 1990
7. Hurst, J. The heart. 7^a. Edición New York. McGraw-Hill. 1990
8. Iyer, PW. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Interamericana. McGraw-Hill. 1990.
9. Korsmeyer,C. The nurse´s role in thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. Cricial Care Nurse. Jun. 1990
10. Pineda, M. Matíz, H. Enfermedad Coronaria, manejo práctico. Escuela Colombiana de Medicina. Colección Educación Médica. Vol. 14. 1993.

11. Sadler, D. Nursing for cardiovascular health. Appeton-centruy-crofts.
12. **Cardiología**. Sociedad Colombiana de Cardiología. 1ª. Edición. 1999.
13. **CURE**. Red Latinoamericana de Aterotrombosis. Portugal y Austria. Mayo 2000.
14. **Bohórquez, M. Isaza, D. Diagnóstico y tratamiento del Infarto Agudo del Miocardio. Cardiología. Sociedad Colombiana de Cardiología. 1999.**
15. **Bueno, H.** Predicción clínica del pronóstico precoz en el infarto agudo del miocardio. Revista Especialistas Cardiología. 1997