

## Conocimientos básicos para la atención de enfermería al paciente con infarto agudo de miocardio

Adrián Alejandro Vitón Castillo<sup>10</sup>, Armando García Costino<sup>1</sup>, Miriam Remedios Grandía<sup>1</sup>, Víctor Manuel Mena Hernández<sup>1</sup>, Bertha Margarita Lorenzo Velázquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Ernesto Guevara de la Serna. Pinar del Río, Cuba.

### RESUMEN

La isquemia miocárdica resultante de la alteración del equilibrio entre oferta demanda del aporte de oxígeno al miocardio es el paso inicial en el desarrollo de un infarto agudo de miocardio, enfermedad con mayor incidencia en los últimos años. Con el objetivo de describir los conocimientos básicos para la atención de enfermería al paciente con infarto agudo de miocardio se realizó una revisión bibliográfica del tema. De un total de 125 coincidencias se seleccionaron 26 artículos que cumplieron los criterios de validez: que abordaran el diagnóstico, tratamiento, aspectos novedosos sobre el infarto agudo de miocardio y la atención de enfermería. Esta enfermedad se reconoce mediante la realización de electrocardiogramas seriados, análisis de biomarcadores cardíacos y el diagnóstico clínico. El principal síntoma consiste en dolor torácico. El tratamiento fundamental es la trombolisis, acompañada y combinada con otros fármacos. El enfermero debe saber identificar esta afección y actuar en consecuencia de forma rápida.

**Palabras claves:** Infarto de Miocardio/diagnóstico; Infarto de Miocardio/enfermería, Atención de Enfermería; cardiopatía isquémica

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de muerte en la actualidad. Se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31 % de todas las muertes registradas en el mundo<sup>1</sup>.

A inicio del siglo XX, estas provocaban menos del 10 % de todas las muertes en el mundo, y en el presente siglo, son las responsables de casi la mitad de los decesos en los países desarrollados, así como del 25 % en los países en vías de desarrollo. Se prevé que, en el 2020, la enfermedad isquémica del corazón será responsable de 11,1 millones de muertes<sup>2</sup>.

En el año 2016, se describieron en Cuba 24 462 defunciones por enfermedades del corazón, lo que repre-

senta una tasa de 217,7 por cada 100 000 habitantes, posicionándola como la primera causa de muerte. El 66 % de estas defunciones se debió a enfermedades isquémicas, siendo el 44,4 % por infarto agudo de miocardio (IMA). En este mismo año fallecieron en Pinar del Río 1138 personas por afecciones del corazón<sup>3</sup>.

A nivel mundial se ha subrayado un descenso en la mortalidad por IMA, en paralelo con un aumento de la terapia de reperfusión, intervencionismo coronario percutáneo primario, tratamiento antitrombótico moderno y tratamientos de prevención secundaria<sup>4</sup>.

El IMA es la necrosis o muerte de una porción o sector del miocardio por la suspensión o disminución de su riego sanguíneo debido generalmente a la oclusión de una arteria coronaria<sup>5</sup>. Se puede plantear un IMA en caso de que existan pruebas de necrosis miocárdica en un contexto clínico coherente con isquemia miocárdica y cumpla con cualquiera de los criterios planteados en la tercera definición de infarto<sup>6</sup> (en Cuba no está generalizado el uso de troponinas, por lo que se usa la fracción MB de la fosfocreatinquinasa).

Por su alta incidencia en la población, es importante que el personal de enfermería desarrolle los conocimientos y habilidades esenciales para una adecuada valoración e intervención oportuna en este problema de salud, de ahí que se tenga como objetivo describir los conocimientos básicos para la atención de enfermería al paciente con infarto agudo de miocardio.



OPEN ACCESS

Correspondencia a: Adrián Alejandro Vitón Castillo. Correo electrónico: [adrian.viton.97@ucm.pri.sld.cu](mailto:adrian.viton.97@ucm.pri.sld.cu)

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7811-2470>

Recibido: 22/05/2018; Publicado: 06/05/2019

#### Como citar este artículo:

Vitón Castillo AA, García Costino A, Remedios Grandía M, Mena Hernández VM, Lorenzo Velázquez BM. Conocimientos básicos para la atención de enfermería al paciente con Infarto agudo de miocardio. 16 de Abril (Internet). 2019 (fecha de consulta): 58 (271): 20-24. Disponible en: [http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16\\_04/article/view/710](http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/710)

#### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

## DESARROLLO

En los casos típicos de IMA el episodio inicial es un cambio brusco en la morfología de una placa ateromatosa (hemorragia, ulceración o fisura intraplaca). Las plaquetas son expuestas al colágeno subendotelial, lo que conduce a una adherencia, agregación y liberación de difosfato de adenosina (ADP), potente agregador plaquetario, con la construcción de una masa de plaquetas, la cual puede dar lugar a émbolos o potenciar la trombosis oclusiva. Simultáneamente se libera tromboplastina, que activa las vías de extrínsecas de la coagulación. Las plaquetas activadas adherentes liberan enzimas (serotonina, factores plaquetarios) lo que predispone la coagulación y favorece el vasoespasmo; además se añaden al grueso del trombo. Frecuentemente en cuestión de minutos el trombo evoluciona para hacerse completamente oclusivo<sup>7,8,9</sup>.

En más del 90 % de los casos de IMA la causa de la oclusión aguda es una placa inestable, producto de una ateromatosis coronaria difusa y crónica. El restante 10-15 % de los pacientes pueden estar enmarcados en los conocidos como otras causas de IMA, donde se recogen anomalías congénitas, embolias y disecciones<sup>10,11</sup>.

Maldonado et al.<sup>12</sup> habla de la circulación colateral como uno de los factores que pueden interferir el establecimiento de un proceso isquémico agudo. Otros factores serían los relacionados con el estado del árbol coronario, antecedentes de infarto previo, factores de riesgo y en las lesiones críticas, las microembolias y los espasmos asociados o inherentes a este grado de lesión<sup>13,14</sup>.

**Valoración de enfermería.** El ataque isquémico es por lo general súbito, caracterizado por dolor precordial, que se irradia al brazo izquierdo por el borde cubital, cuello, mandíbula, espalda, hombros y epigastrio; otras irradiaciones son hacia el codo y muñeca. Todo el cuadro clínico puede presentarse a la derecha; se le denomina entonces irradiación contralateral de Libman. Aparece sudoración fría y copiosa, náuseas, vómitos y necesidad imperiosa de defecar. Además, hay cansancio, debilidad y sensación de muerte inminente<sup>15,16</sup>.

La exploración física es muy variable. Puede existir bradicardia e hipotensión que, al prolongarse, debe hacer sospechar la posibilidad de un choque cardiogénico. La presión puede ser normal o detectarse hipertensión secundaria a descarga adrenérgica; en la auscultación se puede detectar un cuarto ruido y la disminución en la intensidad de los ruidos cardíacos<sup>17</sup>.

El diagnóstico se basa en la alteración de los niveles de los biomarcadores cardíacos y la presencia de al menos uno de los siguientes hallazgos: síntomas de isquemia; nuevos o supuestamente nuevos cambios

significativos del segmento ST-T o nuevo bloqueo de rama izquierda del haz His; aparición de ondas Q patológicas en el electrocardiograma (ECG); pruebas por imagen de nueva pérdida de miocardio viable o nuevas anomalías regionales en el movimiento de la pared; o identificación de un trombo intracoronario en la angiografía o la autopsia<sup>6,11</sup>.

El ECG además permite ubicar la zona del infarto. Las topografías, de acuerdo con las derivaciones tomadas pueden ser anteroseptales (desde V1 hasta V4), anteriores extensos (DI, aVL y de V1 a V6) antero lateral (DI, aVL, V5 y V6), inferiores (DII, DIII y aVF) posteroinferiores (DII, DIII, aVF, V7, V8 y V9) o posteriores estrictos (V7, V8, V9, V1r y V2r)<sup>18,19</sup>.

Los marcadores cardíacos preferidos son las troponinas (T o I) debido a su alta especificidad por el tejido miocárdico<sup>6,11</sup>. Las muestras de sangre para la medición de troponinas deben tomarse al tiempo de la primera evaluación y repetirse a las 3-6 horas. Si no se dispone de troponina, la mejor alternativa es la fracción MB de la creatinquinasa medida a través de un test de masa<sup>20</sup>.

Otros de los complementarios útiles que apoyan el diagnóstico de un IMA son: la velocidad de sedimentación globular (se acelera entre el tercero y el quinto día), el hemograma (leucocitosis y neutrofilia), la glicemia (hiperglucemia transitoria en el enfermo, lo que se atribuye al estrés de las primeras horas)<sup>20</sup>, la alteración de los niveles séricos de la enzima glutámico oxalacética (TGO) y la lactodeshidrogenasa<sup>21</sup>.

La determinación del gasto cardíaco es una variable de gran importancia en el curso de un IMA, sobre todo si este transcurre con fallo de bomba. El procedimiento más utilizado en las unidades coronarias es la implantación, vía subclavia, de un catéter de Swan-Ganz. Con este método se obtiene una monitorización hemodinámica continua, no solo del gasto cardíaco sino también de la presión capilar pulmonar, lo que permite un seguimiento más exacto del enfermo en lo que a respuesta farmacológica se refiere<sup>9</sup>.

## Complicaciones

**Isquémicas:** la angina postinfarto aparece a partir de las primeras 24 horas durante la hospitalización inicial. Esta ocurre en el 3,5 % de los pacientes que padecen un IMA, es un marcador de mal pronóstico y se asocia a mayor incidencia de reinfarto durante la hospitalización. Constituye una indicación de coronariografía urgente y ulterior revascularización<sup>14</sup>.

**Eléctricas:** es frecuente que los pacientes presenten de forma temprana arritmias<sup>6</sup>. La fibrilación ventricular es la más común y aparece generalmente en las primeras 6 h del infarto, la cual es letal si no se practica una cardioversión eléctrica inmediata. Las extrasístoles auriculares son frecuentes, además del bloqueo auriculoventricular (AV) que aparece especialmente en los

infartos inferiores, siendo casi siempre suprahisiano y transitorio<sup>10</sup>.

**Mecánicas:** la insuficiencia cardíaca es la más frecuente y se debe a la reducción de la masa contráctil del ventrículo izquierdo. Cuando la necrosis afecta más del 25 % de esta, aparecen los signos clínicos de fallo izquierdo; y el choque cardiogénico cuando es más del 40 %<sup>22</sup>.

La rotura del miocardio es otra complicación, puede ocasionar su rotura o la de uno de los puntos de inserción de las cuerdas de la válvula mitral y ocasionar un cuadro de insuficiencia mitral muy grave y edema agudo de pulmón<sup>23</sup>.

**Intervención de enfermería.** La intervención de enfermería en el IMA se centra en la aplicación de medidas diagnósticas, farmacológicas y rehabilitadoras, en el

escenario prehospitalario y hospitalario; las cuales se planifican y ejecutan en el plan de cuidados de enfermería<sup>23, 24, 25</sup> (Tabla 1).

**Cuidados y responsabilidad de enfermería en el tratamiento trombolítico:**

1. Preparar psicológicamente al paciente, explicar de manera sencilla a él y a sus familiares en que consiste el tratamiento.
2. Comprobar que no existan contraindicaciones ni absolutas ni relativas.
3. Antes de comenzar la administración del medicamento se verificarán los parámetros vitales, planificando su control periódico cada 15 minutos mientras dure el tratamiento.
4. Tener listo el carro de paro y el desfibrilador antes de comenzar el tratamiento.

<b>TABLA 1. Medidas asistenciales de enfermería en la atención prehospitalaria y hospitalaria</b>
<p><b>Consultorio Médico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente se debe poner en reposo absoluto y vigilar sus parámetros vitales</li> <li>• Realizar ECG para detectar las alteraciones eléctricas</li> <li>• Administrar cuanto antes doble antiagregación plaquetaria (ASA, clopidogrel) por la vía oral</li> <li>• Trasladar rápidamente al paciente a una unidad de urgencias o de terapia intensiva, para comenzar con otras medidas asistenciales y farmacológicas</li> <li>• Brindar apoyo psicológico a pacientes y familiares por el alto grado de ansiedad que estos pueden tener y transmitir al paciente confianza y seguridad</li> </ul>
<p><b>Unidades de urgencia o de terapia intensiva en los cuerpos de guardia de los policlínicos u hospitales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener siempre una recepción lista por si no existió una comunicación previa a la llegada del paciente</li> <li>• Tener listo el carro de paro y el desfibrilador</li> <li>• Recibir al paciente, acostarlo en posición supina con la cabecera inclinada a 30°</li> <li>• Administrar oxigenoterapia si la saturación de oxígeno es menor al 90 %</li> <li>• Colocarlo y garantizar la monitorización electrocardiográfica continua, para detectar presencia de arritmias importantes</li> <li>• Control de los parámetros vitales</li> <li>• Administrarle doble antiagregación plaquetaria si no se administró con anterioridad</li> <li>• Administrar opiáceos para aliviar el dolor</li> <li>• Canalizar vena periférica* con dextrosa al 5 % con 25 mEq de potasio</li> <li>• Vigilar la aparición de hipotensión, la cual se debe tratar con la administración intravenosa de solución salina en 30 min y evaluar respuesta del paciente</li> <li>• Comenzar el tratamiento trombolítico al paciente si no existen contraindicaciones</li> <li>• No esperar su traslado hacia la unidad intensiva del hospital para comenzar con el tratamiento de manera inmediata</li> </ul>
<p>ASA: Ácido acetil salicílico; ECG; electrocardiograma                      * Si se administrado un trombolítico no se recomienda utilizar un vaso profundo en lugares no compresibles hasta tener un coagulograma normal</p>

5. Canalizar una vena periférica, evitando múltiples punciones venosas, por los efectos que puede provocar el medicamento.
6. Disolver en 5 mL de agua de inyección (se debe introducir el líquido por las paredes del frasco, evitando formar espuma, para lo cual se agitará en forma

- rotatoria suave) y administrar en venoclisis de 100 mL de dextrosa o cloruro de sodio a 33 gotas/min, pasando los 100 mL en 60 min, mediante bomba de infusión
7. Valorar las manifestaciones clínicas del paciente que permita detectar a tiempo la presencia de reac-

- ciones para la aplicación oportuna de los protocolos específicos para cada una.
8. Valorar continuamente la actividad eléctrica del corazón, para detectar los trastornos del ritmo.
  9. Después del tratamiento, evitar las técnicas invasivas que puedan desencadenar sangrados.
  10. Valorar con frecuencia el sitio de los abordajes venosos periféricos o profundos, así como los arteriales si fueron imprescindibles realizar<sup>25, 26</sup>.

una porción del miocardio que se traduce como dolor precordial, palpitaciones, arritmias y náuseas. Posee manifestaciones electrocardiográficas, clínicas y enzimáticas, que son la base del diagnóstico. El personal de enfermería debe tener los conocimientos suficientes para identificar un paciente que sufre de esta entidad, realizar diagnósticos y planificar intervenciones, actuar en consecuencia a ellos, de forma rápida y precisa, para evitar complicaciones en el paciente.

## CONCLUSIONES

El infarto agudo de miocardio es una enfermedad en ascenso, caracterizada por la necrosis o muerte de

## AUTORÍA

Los autores declaran haber contribuido de igual manera a la realización del trabajo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Cardiopatías y género. Bibliomed (Internet). 2017 (citado el 23 de noviembre de 2017); 24 (1): (aprox. 13 p.). Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2016/12/bibliomed-enero-2017.pdf>
2. Moldes Acanda M, González Reguera M, Hernández Rivero MC, Prado Solar LA, Pérez Barberá M. Comportamiento del infarto agudo de miocardio en Cuidados Intensivos. Centro Diagnóstico Integral Simón Bolívar. Venezuela. Rev. Med. Electrón (Internet). 2017 (citado el 23 de noviembre de 2017); 39 (1): 43-52. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242017000100006&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000100006&lng=es).
3. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadística de salud. Anuario Estadístico de Salud 2016. (Internet). 2017 (citado el 15 de enero de 2018). [aprox. 193 p.]. Disponible en: [http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario\\_Estadístico\\_de\\_Salud\\_e\\_2016\\_edición\\_2017.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estadístico_de_Salud_e_2016_edición_2017.pdf)
4. Rodríguez Londres J, Quirós Luis JJ, Castañeda Rodríguez G, Hernández-Veliz D, Valdés-Rucabado JA, Nadal Tur B, et al. Comportamiento de la letalidad hospitalaria en pacientes con infarto agudo de miocardio con el uso de terapias de reperfusión en 12 años de trabajo en la Unidad de Coronario Intensivo del Instituto de Cardiología de La Habana, Cuba. Rev. Mex. Cardiol (Internet). 2014 (citado el 15 de enero de 2018); 25 (1): 7-14. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-21982014000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-21982014000100002&script=sci_arttext)
5. Noya Chaveco ME, Moya González NL. Roca Goderich Temas de Medicina Interna. 5ta ed. La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Médicas; 2017.
6. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD, et al. Documento de consenso de expertos. Tercera definición universal de infarto de miocardio. Rev Esp Cardiol (Internet). 2013 (citado el 15 de enero de 2018); 66 (2): 132.e1-e15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.11.005>
7. Bosch Genover X. Cardiopatía isquémica. En: Rozman C, Cardellach López F. Farreras-Rozman. Medicina Interna (Internet). 18 va ed. Barcelona, España: Elsevier, España, S.L.U.; 2016 (citado el 15 de enero de 2018). Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788490229965000557>
8. Vinay Kumar, Abbas AK, Aster JC. Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. 9 na ed. Barcelona, España: Elsevier España; 2015.
9. Ortiz-García MC, Ramos Piña EE, Díaz-Pérez MC, Mancilla-García ME. Guía de práctica clínica para las intervenciones de enfermería en la atención del paciente con infarto agudo del miocardio. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc (Internet). 2012 (citado el 15 de enero de 2018); 20 (1): 27-44. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim121e.pdf>
10. Gómez Pacheco R. Formas clínicas de presentación del infarto agudo de miocardio. Med. Electrón (Internet). 2014 (citado el 15 de enero de 2018); 18 (4). Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1666/1409>
11. Ibañez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Rev Esp Cardiol (Internet). 2017 (citado el 15 de enero de 2018); 00: 1-66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
12. Maldonado R, Madariaga A, López C, Nazza C, Prieto JC. Caracterización clínica de pacientes con Infarto Agudo al Miocardio sin lesiones coronarias significativas: Estudio GEMI 2011-2013. Rev Chil Cardiol (Internet). 2014 (citado el 24 de enero de 2018); 33 (3): 165-172. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602014000300001>
13. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Nuñez RD, Martínez Gómez C, Jiménez Acosta S, et al. Medicina General Integral. Salud y Medicina. Tomo 4. 3ra ed. La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Médicas; 2014.
14. Sionis A, Ruiz-Nodar JM, Fernández-Ortiz A, Marín F, Abu-Assi E, Díaz-Castro O, et al. Actualización en cardiopatía isquémica y cuidados críticos cardiológicos. Rev Esp Cardiol (Internet). 2015 (citado el 12 de febrero de 2018); 68 (3): (aprox. 25 p.). Disponible en: <http://www.revesp-cardiol.org/es/actualizacion-cardiopatia-isquemica-cuidadoscriticos/articulo/90387056/>
15. Bazzino Ó. Tercera definición universal de infarto de miocardio: Implicancias en la práctica clínica. Rev. Urug. Cardiol (Internet). 2013 (citado el 12 de febrero de 2018); 28 (3): 403-411.

Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-04202013000300014&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202013000300014&lng=es).


16. Zerquera Pascual FM. Nociones de electrocardiografía. La Habana, Cuba: ECIMED; 2012.
17. La Greca RD. Potencialidad de los Biomarcadores de Inflamación en la detección precoz de la enfermedad cardiovascular. *Rev Méd Clínica Condes* [Internet]. 2012 (citado el 12 de febrero de 2018); 23 (6): (aprox. 1 p.). Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27 & sid=dd92e1ba-b801-4479-8a2f-25e482f1db21%40sessionmgr14 & hid=>
18. Antman EM, Loscalzo J. Infarto del miocardio con elevación del segmento ST. En: Harrison TR, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J et al. *Harrison. Principios de Medicina interna* (Internet). 19 na ed. Mexico DF, Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2016 (citado el 17 de febrero de 2018). Disponible en: <http://www.mhhe.com/harrison19e>
19. Sionis A, Ruiz Nodar JM, Fernández Ortiz A, Marín F, Abu Assi E, Díaz Castro O, et al. Actualización en cardiopatía isquémica y cuidados críticos cardiológicos. *Rev Esp Cardiol*. (Internet). 2015 (citado el 17 de febrero de 2018); 68 (3): 234-241. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-04202013000300014&lng=es](http://www.revspcardiol.org/es/actualizacion-cardiopatia-isquemica-cuidados-criticos/articulo/90387056/)
20. Arjona Rodríguez IA. Parte II. Enfermedades del sistema cardiovascular. Capítulo 11: Cardiopatía isquémica. En: Vicente Peña E. *Medicina Interna. Diagnóstico y tratamiento* (Internet). La Habana: ECIMED; 2016 (citado el 12 de febrero de 2018). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/medicinainter\\_diag\\_ttmo\\_segundaeccion\\_nuevo/cap\\_11.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/medicinainter_diag_ttmo_segundaeccion_nuevo/cap_11.pdf)
21. Moreno PR, Portillo JH. Isquemia miocárdica: conceptos básicos, diagnóstico e implicaciones clínicas. Segunda parte. *Rev Colomb Cardiol* (Internet). 2016 (citado el 17 de febrero de 2018); 23 (6): 500-507. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rc-car.2016.01.024>
22. Moreno PR, Portillo JH. Isquemia miocárdica: conceptos básicos, diagnóstico e implicaciones clínicas. Tercera parte. *Rev Colomb Cardiol* (Internet). 2017 (citado el 24 de febrero de 2018); 24 (1): 34-39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rc-car.2016.02.005>
23. Fernández HE, Bilbao JA., Cohen Arazi H, Ayerdi ML., Telayna JM., Duroto EA. et al. Quality of Care for Acute Myocardial Infarction in Argentina: Observations from the SCAR (Acute Coronary Syndromes in Argentina) Registry. *Rev Argent Cardiol* (Internet). 2014 (citado el 24 de febrero de 2018); 82 (5): 373-380. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-37482014000500005&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482014000500005&lng=es).
24. Alcaraz Eiró A, Devesa Pradells E, Calvillo García Á, Pueyo Villagrasa Y, Villamor Ordozgoiti A. Actualización en atención de Enfermería al paciente con síndrome coronario agudo en Urgencias. *Metas Enferm* (Internet). 2016 (citado el 24 de febrero de 2018); 19 (9): 6-13. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80985/>
25. Nazzari C, Lanús F, Garmendia ML, Bugueño C, Mercadal E, Garcés E, et al. Prevención secundaria post infarto agudo de miocardio en hospitales públicos: implementación y resultados de las garantías GES. *Rev Med Chile* (Internet). 2013 (citado el 24 de febrero de 2018); 141 (8): 977-986. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000800003>
26. Tierney S, Cook G, Mamas M, Fath-Ordoubadi F, Iles-Smith H, Deaton C. Nurses' role in the acute management of patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: an integrative review. *Eur J Cardiovasc Nurs* (Internet). 2013 (citado el 24 de febrero de 2018); 12 (3): 293-301. Disponible en: [http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1474515112451555?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1474515112451555?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)

## Basic knowledge for nursing care for patients with acute myocardial infarction

### ABSTRACT

The myocardial ischemia resulting from the alteration of the balance between the demand for the supply of oxygen to the myocardium is the initial step in the development of an acute myocardial infarction, a disease with greater incidence in recent years. In order to describe the basic knowledge for nursing care for patients with acute myocardial infarction, a literature review of the subject was carried out. Out of a total of 125 coincidences, 26 articles were selected that fulfilled the validity criteria: explain the diagnosis, treatment, novel aspects of acute myocardial infarction and nursing care. This disease is recognized by performing serial electrocardiograms, analysis of cardiac biomarkers and clinical diagnosis. The main symptom is chest pain. The fundamental treatment is thrombolysis, accompanied and combined with other drugs. The nurse must know how to identify this condition and act accordingly quickly.

**Keywords:** Myocardial Infarction/diagnosis; Myocardial Infarction/nursing; Nursing Care; Myocardial Ischemia

	<p>Este artículo de <i>Revista 16 de Abril</i> está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, <i>Revista 16 de Abril</i>.</p>
---	---