

Plan de cuidados de enfermería para paciente que presenta síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). A propósito de un caso

Autora

María Rocío Meseguer Fernández.

Enfermera. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Dirección para correspondencia

María Rocío Meseguer Fernández
Avenida Rafael Beca, 114, 1.º izquierda
41140 Isla Mayor, Sevilla

Correo electrónico:

m.rociomeseguerfdez@gmail.com

Resumen

Introducción. Un síndrome coronario agudo se produce por la formación de un trombo sobre la rotura o la erosión de una placa aterosclerótica, lo cual da lugar a una reducción aguda del flujo coronario y de la oxigenación del miocardio.

Presentación del caso. J.M.C., es un hombre, que tras presentar malestar y ser valorado por el equipo de urgencias y emergencias, le diagnostican un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). Se expone en este artículo el plan de cuidados que realiza enfermería para el paciente durante la situación crítica, basándonos en los diagnósticos de enfermería (NANDA), intervenciones (NIC) y criterios de resultados (NOC).

Objetivo. El objetivo de este caso clínico es dar a conocer la importancia del papel que ocupan los profesionales de enfermería ante una situación de urgencia y emergencia en la que además de obtener la estabilización in situ, es necesario, establecer un plan de cuidados que nos permita asesorar a estos pacientes una vez son dados de alta.

Conclusiones. Se hace hincapié en la importancia que tiene llevar a cabo un estilo de vida saludable. Destacando también la importancia que tiene ante estas situaciones la atención temprana al paciente por parte del equipo sanitario, un diagnóstico y un tratamiento precoz y adecuado.

Palabras clave: enfermería en Salud Comunitaria, ejercicio, angina inestable, hábito tabáquico, atención ambulatoria.

Nursing care plan for a patient presenting with ST-segment-elevation acute coronary syndrome (STEACS). Regarding a case

Abstract

Introduction. An acute coronary syndrome results from the formation of a thrombus on the rupture or erosion site of an atherosclerotic plaque, which leads to an acute reduction in coronary flow and myocardial oxygenation.

Case presentation. J.M.C. is a man who, after presenting with discomfort and being assessed by the emergency team, is diagnosed with ST-segment-elevation acute coronary syndrome (STEACS). This article presents the care plan that nursing carries out for the patient during the critical situation, on the basis of the nursing diagnoses (NANDA), interventions (NIC) and outcome criteria (NOC).

Objective. The aim of this case is to disclose the importance of the role played by nursing professionals before an emergency situation in which, in addition to obtaining stabilization in situ, it is necessary to establish a care plan that allows us to advise these patients once they have been discharged.

Conclusions. We emphasize the importance that a healthy lifestyle has, and also stress the importance that an early patient care by the healthcare team and an early and adequate diagnosis and treatment have under these situations.

Keywords: community health nursing, exercise, angina unstable, tobacco smoking, ambulatory care.

Enferm Cardiol. 2020; 27 (81): 54-59.

INTRODUCCIÓN

Un síndrome coronario agudo se produce por la formación de un trombo sobre la rotura o la erosión de una placa aterosclerótica, lo cual da lugar a una reducción aguda del flujo coronario y de la oxigenación del miocardio. Se podría producir también por un espasmo puro de arteria coronaria sobre una placa sin lesiones, aunque es menos común¹.

La enfermedad aterosclerótica se produce como respuesta inflamatoria de la pared vascular ante determinadas patologías como la Hipertensión Arterial, la Diabetes *Mellitus*, las infecciones, la obesidad también podría ser un factor determinante, el hábito tabáquico, etc. Todos ellos actuarían como estímulos proinflamatorios de la pared vascular alterando su funcionamiento. La placa aterosclerótica está formada por la acumulación de células inflamatorias, crecimiento de células musculares lisas y acumulación de colesterol¹.

El síndrome coronario agudo (SCA) engloba todas aquellas afecciones producidas por la rotura de una placa de ateroma, la cual produce un trombo intracoronario, dando lugar a: una angina de pecho inestable (AI), infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita, en función de la isquemia que se produzca en el vaso sanguíneo, teniendo en cuenta la extensión del trombo y la duración de la isquemia del vaso².

Los signos y síntomas derivados de las distintas entidades de síndromes coronarios agudos son muy similar y para diferenciarlos entre ellos, es necesario realizar un electrocardiograma de forma precoz, lo cual nos permite clasificarlos en dos grupos²:

- Con elevación del segmento ST (SCACEST)
- Sin elevación del segmento ST (SCASEST): IAM no Q y angina inestable.

En un SCACEST los síntomas son: dolor torácico que se define como opresión, ardor, tumefacción..., de inicio gradual, con intensidad variable y duración mayor de 30 minutos. La zona donde se produce este dolor es en región retroesternal, con irradiación a cuello, mandíbula, hombro izquierdo, parte interna del brazo, ambos brazos, codos o muñecas. Se asocia con frecuencia a disnea, sudoración, náuseas y vómitos, también se podría presentar síncope o presíncope, confusión aguda, empeoramiento de insuficiencia cardíaca y debilidad intensa.

Los pacientes que padecen Diabetes *Mellitus*, pueden no presentar dolor ni sintomatología propia de cortejo vegetativo².

En los ancianos, el SCACEST presenta algunas diferencias clínicas con la presentación que tiene esta patología cardíaca

en jóvenes, ya que en personas de edad avanzada se caracteriza por un infarto silente²

«En cuanto a los signos que podemos identificar en el paciente con esta patología son: ansiedad, agotamiento, náuseas, palidez, inquietud, taquicardia si estado adrenérgico o insuficiencia cardíaca, bradicardia si activación parasimpática, hipotensión leve, hipertensión si predomina el estado adrenérgico, en auscultación cardíaca: cuarto ruido, tercer ruido si insuficiencia cardíaca, soplo sistólico si insuficiencia mitral o comunicación interventricular, en auscultación pulmonar encontramos estertores crepitantes si insuficiencia cardíaca».

«En cuanto a las exploraciones complementarias que se llevan a cabo tenemos: electrocardiograma (en SCACEST presenta elevación del segmento ST igual o superior a 0,2mV de V1-V3 o mayor o igual a 0,1 Mv en el resto, en fase hiperaguda aparecen ondas T altas picudas y una vez se establecido el infarto aparecen ondas Q), marcadores bioquímicos para la detección de troponinas y CPK MB, además de analítica general»³.

Es importante establecer un diagnóstico diferencial con patologías que presentan una sintomatología similar a la de un síndrome coronario agudo, entre ellas: pericarditis aguda, estenosis aórtica, esofagitis, aneurisma de aorta, taponamiento cardíaco, neumotórax espontáneo, emergencia hipertensiva, desórdenes de ansiedad, entre otras².

«La enfermedad coronaria (EC) es la causa individual más frecuente de muerte en todos los países del mundo. Más de 7 millones de personas mueren cada año como consecuencia de la cardiopatía isquémica»⁴.

«La mortalidad del IAMCEST está influenciada por muchos factores, entre ellos: la edad, la clase Killip, el retraso en la aplicación del tratamiento, el tipo de tratamiento, la historia previa de infarto de miocardio, la diabetes *mellitus*, la insuficiencia renal, el número de arterias coronarias afectadas, la fracción de eyección y el tratamiento»⁴.

Varios estudios recientes destacan el descenso de mortalidad aguda y a largo plazo después de producirse un SCACEST, debido al aumento del uso de la terapia de reperfusión, intervención coronaria percutánea (ICP), tratamiento antitrombótico y tratamiento de prevención secundaria^{4,5}.

Sin embargo, aun así la mortalidad sigue siendo elevada, lo cual evidencia los esfuerzos por mejorar la calidad de la atención, la adherencia a las guías de práctica clínica y la investigación^{4,6}.

El objetivo de este artículo es conocer qué intervenciones lleva a cabo el profesional de enfermería ante emergencias

de este tipo, en este caso en concreto, ante un paciente que presenta un SCACEST y qué recomendaciones debería seguir el paciente en su vida diaria tras presentar una patología cardiovascular para disminuir las complicaciones que se pueden producir a corto y/o largo plazo si no se adhieren ciertas prácticas que se expondrán en el artículo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

J. M. C, es un hombre de 70 años, que se encuentra en su casa ordenando libros en una estantería y empieza a presentar los siguientes síntomas: dolor torácico que aumenta de intensidad (con 30 minutos de evolución), sudoración profusa, sensación de decaimiento, náuseas, mareos y disnea. Tras ver que no mejora y no estar apto para conducir decide llamar al Servicio de Urgencias y Emergencias para que acudan a su domicilio. A la llegada del equipo sanitario, se le toman las constantes vitales:

- Tensión arterial = 180/100mm de Hg
- Glucemia = 130mg/dl (pospandrial)
- Saturación de oxígeno = 92%
- Frecuencia cardiaca = 59 lpm
- Temperatura = 36,2^o C

• Se le realiza electrocardiograma, presentando éste las siguientes características: ritmo sinusal a 59 lpm; eje normal; ascenso del segmento ST en II, III, aVF; onda T negativa en aVL.

• El dolor no se modifica con cambios de postura, con movimientos ni con la respiración.

• En la valoración, el paciente refiere que a veces se olvida de tomar la medicación que tiene pautada diariamente.

- Índice de Masa Corporal= 28,027.
- Paciente consciente, orientado y colaborador.

• Antecedentes personales:

• Sufrió un accidente isquémico transitorio (AIT) hace 2 años (actualmente sin secuelas).

- Hipercolesterolemia tratada con medicación pautada.
- Talla: 1,70 metros.
- Peso: 81 Kilogramos.
- No alergias medicamentosas conocidas.
- Exfumador desde hace 2 años.

• Tratamiento farmacológico actual:

- Simvastatina 20 mg (1 comprimido cada 24 horas).
- Ácido acetilsalicílico 100 mg (1 comprimido cada 24 horas).
- Omeprazol 20 mg (1 cápsula cada 24 horas).

El equipo de Urgencias y Emergencias se encuentra ante un paciente con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) de cara inferior o diafragmática y debe ejecutar un plan de cuidados que se expondrá en el artículo. Ante esta situación, el médico del equipo activa la Terapia de Reperusión en el hospital al que dirigen al paciente y estará en contacto con el médico especialista en Cardiología para seguir el caso, y poder atender al paciente en el hospital en la mayor brevedad posible ya que requiere de intervención hospitalaria.

Durante el traslado podrían aparecer diversas complicaciones, entre ellas⁵:

- Shock cardiogénico.

• Arritmias, por ejemplo bloqueos auriculo-ventriculares de primer, segundo o tercer grado.

- Insuficiencia Cardíaca.
- Parada cardiorrespiratoria.

Este paciente en concreto no presentó ninguna de las complicaciones nombradas anteriormente, quien tras su llegada al hospital fue sometido a un cateterismo.

En este artículo se va a exponer el plan de cuidados que ha llevado a cabo el profesional de enfermería durante la situación de emergencia que se ha producido.

• Escalas y cuestionarios de enfermería realizados al paciente para valorar su estado.

• Autonomía para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (Barthel)= 60 puntos, durante la situación de emergencia el paciente es dependiente para trasladarse, deambular y subir y/o bajar escalones, debido al dolor intenso que sufre no tolera el movimiento.

• Escala Visual Analógica para el Dolor. El paciente refiere dolor opresivo, intenso [9/10].

Valoración de cuidados

Se realizó la valoración de enfermería al paciente según el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

1. Respiración: exfumador desde hace 2 años. En el momento de la asistencia sanitaria presenta disnea.

2. Alimentación: padece hipercolesterolemia tratada con medicación. El paciente reconoce añadir sal a las comidas y comer embutidos con frecuencia. Es autónomo para realizar las compras y hacer las comidas.

3. Eliminación: el paciente es autónomo para la eliminación fecal y urinaria.

4. Movilización: es autónomo actividades básicas e instrumentales en su vida diaria, aunque en esta situación reconoce no tolerar el movimiento por el dolor que presenta. Reconoce que no realiza ejercicio físico normalmente y que no le gusta salir a caminar.

5. Reposo y sueño: es autónomo.

6. Vestirse y desvestirse: el paciente es autónomo para ello.

7. Termorregulación: el paciente se encuentra afebril en el momento de la asistencia sanitaria.

8. Higiene e integridad de la piel: tiene aspecto higiénico y de cuidado personal. Presenta piel y mucosa bien hidratadas y normocoloreadas.

9. Seguridad: el paciente presenta inquietud por la situación en la que se encuentra. Expresa preocupación por su estado de salud enfermedad mientras se le está atendiendo.

10. Comunicación: en el momento en que se atiende el paciente, éste se comunica de forma verbal y no verbal de forma adecuada, sin necesitar ayuda para ello.

11. Valores/Creencias: el paciente es católico y practicante. Le gusta ir los domingos a misa porque comenta que le relaja.

12. Trabajar y realizarse: es abogado pero no ejerce y tiene un huerto cerca de su casa donde tiene tomates, lechugas y pimientos en el que comenta pasar mucho tiempo porque le gusta la agricultura.

13. Actividades lúdicas: le gusta leer libros de historia.

14. Aprendizaje: el paciente presenta preocupación por su estado de salud-enfermedad y pregunta las dudas que le surgen.

Plan de cuidados

En este artículo se muestra en la **tabla 1** el plan de cuidados que el profesional de enfermería lleva a cabo con el paciente en la situación de emergencia.

Tabla 1. Plan de cuidados en la situación de emergencia⁷⁻⁹.

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Intervención enfermera (NIC)	Actividades
00132 Dolor agudo relacionado con agentes biológicos y manifestado por informes verbales de dolor.	1605 Control del dolor <u>Indicador de resultado:</u> 160511 Refiere dolor controlado <u>En situación de emergencia:</u> 1 Nunca <u>2.º día de ingreso:</u> 3 En ocasiones <u>Al alta:</u> 5 Constantemente	2210 Administración de analgésicos 2314 Administración de medicación: intravenosa (i.v.) 4044 Cuidados cardiacos: agudos 1400 Manejo del dolor 2304 Administración de medicación: sublingual	- Observar características del dolor. - Vigilar efectividad de la analgesia. - Explorar con el paciente los factores que alivien/ empeoren el dolor. - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, frecuencia, calidad, aparición, duración, intensidad, severidad del dolor y factores desencadenantes.
00134 Náuseas relacionadas con dolor cardiaco y manifestado por sensación nauseosa.	1618 Control de náuseas y vómitos <u>Indicadores de resultado:</u> 1450 Manejo de náuseas 1570 Manejo del vómito <u>En situación de emergencia:</u> 1 Nunca <u>2.º día de ingreso:</u> 3 En ocasiones <u>Al alta:</u> 5 Constantemente	2314 Administración de medicación: intravenosa (i.v.) 1450 Manejo de las náuseas.	- Asegurarse que se han administrado antieméticos eficaces - Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas para controlar las náuseas. - Identificar factores que puedan causar o contribuir a las náuseas.
00032 Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor y manifestado por disnea.	0415 Estado respiratorio <u>Indicador de resultado:</u> 040305 Facilidad de la respiración <u>En situación de emergencia:</u> 2 Sustancialmente <u>2.º día de ingreso:</u> 4 Levemente <u>Al alta:</u> 5 No comprometido	3350 Monitorización respiratoria 3320 Oxigenoterapia	- Anotar el movimiento torácico, mirando simetría, utilización de los músculos accesorios y retracción de músculos intercostales y supraclaviculares. - Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran. - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. - Administración de oxígeno mediante gafas nasales a 4L/min.
00148 Temor relacionado con situación potencialmente estresante y manifestado por angustia.	1210 Nivel de miedo <u>Indicador de resultado:</u> 140417 Controla la respuesta de miedo <u>En situación de emergencia:</u> 2 Raramente <u>2.º día de ingreso:</u> 4 Con frecuencia <u>Al alta:</u> 5 Constantemente	5270 Apoyo emocional	- Escuchar las expresiones de sentimientos. - No exigir demasiado el funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.

*Escala de evaluación de resultados: 1. Nunca, 2. Sustancialmente, 3. En ocasiones, 4. Con frecuencia, 5. Constantemente.

• Fase diagnóstica

En la situación de emergencia se han detectado los siguientes diagnósticos de enfermería (NANDA) mediante los cuales el paciente ha mostrado cierta dependencia, ya sea física o mental, en diversos aspectos de su estado y por lo cual necesita ayuda profesional. Estos diagnósticos de enfermería (NANDA) son: Dolor agudo, Náuseas, Patrón respiratorio ineficaz, Temor.

• Fase de planificación

En esta fase se establecieron unos criterios de resultados (NOC) que son los objetivos que se quieren alcanzar mediante la aplicación de intervenciones enfermeras. Por otro lado, tenemos los indicadores de resultados que son los que nos indican en qué grado se está consiguiendo con el paciente un determinado propósito para que se resuelva la situación de dependencia y/o malestar. En la **tabla 1**, se mostrarán los criterios de resultados propuestos así como los indicadores de resultados obtenidos en cada evaluación tras llevar a cabo el plan de cuidados.

• Fase de ejecución

La forma en la que el equipo sanitario lleva a cabo el plan de cuidados expuesto anteriormente en la tabla 1 es la siguiente:

El equipo sanitario pone al paciente unas gafas nasales a 4L/min, remontando la saturación de oxígeno a 98%, para el dolor torácico se administra 1 comprimido de cafinitrina vía sublingual, se administra 1 comprimido de clopidogrel 300 mg y 1 comprimido de ácido acetilsalicílico 300 mg vía oral, se canaliza una vía venosa periférica en miembro superior derecho (catéter n.º 18), se le administra 1 ampolla de metoclopramida 10mg/2ml diluida en suero fisiológico 20 ml vía intravenosa y una ampolla de omeprazol 40 mg vía intravenosa diluida en un suero fisiológico de 100 ml⁵.

Tras la administración del tratamiento, se vuelve a tomar la tensión arterial, dando un valor de 165/90 mm de Hg, el dolor torácico no cede tras pasar 5 minutos, se administra de nuevo 1 comprimido de cafinitrina vía sublingual⁵.

Han cedido los mareos y la sudoración profusa, pero continúa con el dolor torácico y el electrocardiograma continúa presentando anomalías. Por indicación del cardiólogo hay que administrar heparina sódica vía intravenosa (60UI/kg), ya que presenta elevación del segmento ST⁵.

Durante su traslado, el paciente continúa con el aporte extra de oxígeno mediante gafas nasales a 4L/min, y aumenta el dolor torácico, por tanto, se prepara en una bomba de perfusión 15 mg de solinitrina en un suero de 100ml glucosado al 5% a 21 ml/h, existe entonces la posibilidad de que el paciente presente hipotensión, por tanto, se canaliza en miembro superior izquierdo otra vía (catéter n.º 18) por si es necesario aportar fluidoterapia por vía endovenosa⁵.

Tras esto, el paciente refiere tener menos dolor, el equipo se prepara y deja cargada una jeringa con 1 ampolla de dolantina diluida con suero fisiológico en proporción 1/1 por si persistiese el dolor. Cuando se administran opiáceos una complicación podría ser la depresión respiratoria y/o depresión del Sistema Nervioso Central, por tanto, no hay que perder de vista la

naloxona, por si fuese necesario su uso al tener lugar una de estas complicaciones o ambas⁵.

El paciente tiene oxigenoterapia, se le ha administrado también el tratamiento antitrombótico, analgesia y tratamiento anticoagulante. Según la indicación del cardiólogo, el cual se basa en diversos factores, indicará o no la administración del tratamiento fibrinolítico⁵.

Las principales limitaciones que se encuentran al llevar a cabo el plan de cuidados expuesto en la **tabla 1** ante una situación de emergencia en una zona fuera del centro de salud o del hospital, teniendo que realizar todas las actividades en el domicilio del paciente o en la ambulancia es el espacio, ya que éste es más reducido, además todo el material sanitario necesario para atender la emergencia hay que desplazarlo hasta el domicilio del paciente y luego llevarlo de nuevo a la ambulancia para el traslado, una vez el paciente está más estabilizado.

• Fase de evaluación

El paciente estuvo hospitalizado 1 semana, la reevaluación del plan de cuidados que se llevó a cabo durante la situación de emergencia (**tabla 1**) se realizó al segundo día de ingreso. Cuando el paciente fue dado de alta, el personal de enfermería reevaluó su caso y elaboró un plan de cuidados al alta para que éste lo llevara a cabo en su domicilio y estuviese guiado por el profesional de enfermería del centro de salud referente.

DISCUSIÓN

Tras ser intervenido y estando el paciente en su domicilio deberá seguir las indicaciones del personal sanitario que lo ha atendido durante su estancia hospitalaria.

El paciente debe modificar ciertas conductas no saludables que llevaba a cabo en su día a día.

A continuación de esta etapa que ha sufrido J. M .C., tendrá que mejorar sus hábitos alimenticios, cumpliendo una dieta sana y equilibrada, disminuyendo la ingesta de grasas saturadas e insaturadas, tendrá que realizar ejercicio físico y salir a caminar varias veces a la semana.

Por otro lado, el paciente debe entender la importancia que tiene la toma de la medicación pautaada para evitar complicaciones en su estado de salud- enfermedad, hay que explicarle sin tecnicismos lo que le ha sucedido y las posibles causas o factores de riesgo que han dado lugar a ello, para que tome conciencia y adquiera los hábitos saludables que se le están indicando durante la hospitalización para que no tenga complicaciones a corto y/o largo plazo.

Ante esta situación de emergencia se destaca también la importancia de un diagnóstico y tratamiento adecuado y precoz³.

CONCLUSIONES

Se quiere plasmar en este caso clínico la importancia del papel que ocupan los profesionales de enfermería ante una situación de urgencia y emergencia en la que un paciente presenta un SCACEST ya que además de la monitorización de las constantes vitales del paciente, la administración de la medicación, el control de los síntomas, es decir, la estabilización

in situ hasta proceder al traslado hospitalario, los profesionales de enfermería tienen que asesorar a estos pacientes una vez son dados de alta para que entiendan la importancia de seguir las medidas terapéuticas pautadas. Entre estas medidas, encontramos:

- El abandono del tabaco. El tabaco tiene un efecto protrombótico elevado y el abandono de este hábito es muy beneficioso para el paciente. Las intervenciones para dejar el tabaquismo comenzarían en el hospital, ya que está prohibido fumar y tendría un seguimiento tras el alta. En este caso clínico, no englobamos este diagnóstico a nivel de enfermería porque el paciente dejó este hábito hace dos años³.

- Adquirir una dieta sana y equilibrada, aumentando la ingesta de vegetales, frutas, pescados, fibras, frutos secos sin sal, evitando el consumo de bebidas edulcoradas, también el consumo de alcohol. Si el paciente tiene sobrepeso o es obeso, sería conveniente iniciar una dieta para disminuir el peso³.

- Adherencia al tratamiento terapéutico pautado. La falta de adherencia se ha calificado como uno de los problemas más frecuentes. Por tanto, los profesionales de la salud y los pacientes deben ser conscientes de la importancia de mejorar la comunicación entre ambos mediante el aporte de información clara sin el uso de tecnicismos para mejorar la comprensión por parte del paciente, y éste debe preguntar todas las dudas que le

surjan, compartir las decisiones, instaurar la monitorización y el seguimiento periódico del paciente³.

- Rehabilitación basada en la práctica de ejercicio físico adaptado a la edad del paciente, sus limitaciones físicas, el nivel de actividad que se llevaba a cabo previo al infarto. Muy importante también el control del estrés y aportar apoyo psicológico³.

- Cabe destacar la importancia del retorno del paciente a su vida laboral, ya que una larga baja por enfermedad suele ser negativa a nivel psicológico. Las decisiones de reanudar la actividad profesional se deben valorar de forma individualizada, dependiendo de la recuperación que haya ido adquiriendo el paciente, el grado de revascularización, el control del ritmo cardiaco, además de las características del trabajo.

- Importante controlar los valores de presión arterial, ya que la hipertensión prevalece como factor de riesgo en pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo³.

Teniendo en cuenta, todas las recomendaciones expuestas anteriormente podríamos contribuir a disminuir el número de complicaciones posteriores en pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Munarriz A, Almansa I, Martínez Basterra J, Uribe- Echeberria E, Basurte T, Repáraz J. Síndrome Coronario Agudo. Libro electrónico de Temas de Urgencia. Hospital de Navarra, Servicio de Cardiología. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20Temas%20de%20Urgencia/3.CARDIOVASCULARES/Sindrome%20coronario%20agudo.pdf>
2. Latour- Pérez J, Cabello J.B. Significado clínico del Síndrome Coronario Agudo Con Elevación Transitorio del Segmento ST. Revista Medicina Intensiva. 2011 Julio; XXXV (5).
3. Steg G, James S, Atar D, Badano L, Blomstrom C, Borger M, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Revista Española de Cardiología. 2013 Enero; LXVI (1).
4. Ferreira-González I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. Revista Española de Cardiología. 2014 Febrero; LXVII (2).
5. Solla Ruiz I., Bembibre Vázquez L., Freire Corzo J. Manejo del Síndrome Coronario Agudo en Urgencias de Atención Primaria. Actualización de «ABCDE en Urgencias Extrahospitalarias». 2011; XVIII (49-55).
6. Dégano IR, Elosua R, Marrugat J. Epidemiología del Síndrome Coronario Agudo en España: estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. Revista Española de Cardiología. 2013 Junio; LXVI (6).
7. TH. H. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación Barcelona: Elsevier; 2012-2014.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de Resultado en la Salud. Quinta ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
9. Bulechek GM, Butcher HK, MCCloskey Dochterman J. Clasificación Intervenciones de Enfermería (NIC). Sexta ed. Barcelona: Elsevier; 2013.