



# **INSTITUTO SUPERIOR UNIVERSITARIO BOLIVARIANO**

## TEMA:

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ESTABILIZACIÓN DE  
PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO AGUDO

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA

### PRESENTA:

- Anthony Joel Rodriguez Castillo
- Byron Hernan Sócola Garrochamba

### DOCENTE RESPONSABLE:

- MD. Ximena del Cisne Flores España
- Mgs. Yessenia Paulina Benites Beltran



PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE

2024

## INDICE

### Contenido

1. INTRODUCCIÓN .....	3
2. JUSTIFICACIÓN .....	5
3. RESUMEN CASO .....	7
4. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA .....	9
5. FISIOPATOLOGÍA .....	10
6. ETIOLOGÍA .....	11
7. CUADRO CLÍNICO .....	11
8. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO .....	12
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO .....	14
9. PROCEDIMIENTOS A REALIZAR .....	28
10. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA .....	28
11. RESULTADOS .....	39
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	40



## 1. INTRODUCCIÓN

El dolor agudo en el pecho se define como una sensación álgica localizada entre el diafragma y la base del cuello y se caracteriza por cualquier sensación de malestar en el pecho que persiste durante más de unos segundos y no está asociada a lesiones físicas visibles. Este tipo de padecimiento puede variar en intensidad, desde molestias leves hasta dolores intensos que pueden o no irradiarse a otras áreas del cuerpo. Factores como la salud general del paciente, su edad, condiciones médicas previas como la diabetes, así como factores étnicos y culturales, pueden influir en la forma en que se manifiesta este tipo de dolor (Reyes Sanamé, 2018).

Este síntoma supone un 5-20% de las consultas en urgencias, y representa un desafío diagnóstico que obliga al personal de salud a realizar un juicio correcto en un breve espacio de tiempo y con los recursos materiales disponibles en la unidad de emergencia, siendo la principal preocupación detrás de estos casos es que el síntoma sea causado por un síndrome coronario agudo. Sin embargo, luego de una evaluación clínica y de laboratorio apropiada, sólo un 15 a 25% de los pacientes que concurren por este síntoma resultan tener, finalmente, un síndrome coronario agudo. Sin embargo, el 63% de pacientes son ingresados con la sospecha de que la etiología del dolor es cardíaca y el resto, son dados de alta al creer que la causa de este malestar es de origen no cardíaco. No obstante, en su evolución, el 50% de los ingresados con sospecha de patología cardíaca, no cumplió los criterios diagnósticos. Por otra parte, de los dados de alta como dolor no cardíaco, un 1,3% tenía un infarto agudo de miocardio (IAM) no diagnosticado, con una mortalidad del 16%, por lo que es una de las causas más frecuentes de mala práctica (Domínguez, 2020).

La frecuencia de angina aumenta con la edad en ambos géneros, llegando a ser del 10-12% en mujeres de 65-84 años y del 12-14% en hombres de la misma edad. A partir de los 65 años, la angina es más común en hombres que en mujeres, posiblemente debido a una mayor presencia de enfermedad coronaria funcional como angina microvascular en mujeres de mediana edad. Se estima que la incidencia anual de angina es del 1% en personas de 45-65 años en países occidentales, aumentando al 4% en hombres y mujeres de 75-84 años. (Duronto & Estrada, 2016).



Las enfermedades cardiovasculares son la etiología más recurrente de dolor torácico agudo y la causa más frecuente de morbimortalidad en el mundo, siendo la cardiopatía isquémica la que mayor incidencia, con cifras que superan los 5,8 millones de casos nuevos en 2019, siendo responsable del 45% de las muertes en las mujeres y del 39% en los varones en países desarrollados. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, América Latina está experimentando un aumento en los casos de una epidemia, causada en parte por la transición epidemiológica y la elevada presencia de factores de riesgo bien conocidos para la enfermedad coronaria, como la dislipidemia y la diabetes mellitus. En Ecuador, según los datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos para el periodo 2012-2016, se registraron 18,277 fallecimientos a causa de esta patología. (Fanego, 2020).

La valoración inicial del paciente con malestar a nivel torácico debe ir dirigida a establecer la presencia de datos de gravedad inmediata y a descartar etiologías que supongan un riesgo vital para el paciente, por lo cual es indispensable que el servicio de enfermería como soporte clínico ponga en práctica protocolos estrictos de actuación entre los cuales tenemos la realización de electrocardiograma, colaboración en la estabilización del paciente y procedimientos importantes para salvaguardar la vida del paciente como la colocación de vías venosas o la preparación del desfibrilador (Jiménez & Mata, 2018).



## 2. JUSTIFICACIÓN

El dolor de pecho agudo es un síntoma que puede indicar la presencia de una condición grave, como un infarto de miocardio. Por lo tanto, es fundamental abordar este problema de manera rápida y efectiva en todos los ámbitos mencionados.

A nivel técnico, la identificación y tratamiento adecuado para este síntoma requiere de conocimientos especializados y pruebas de diagnóstico por imagen y pruebas de laboratorio disponibles para que los profesionales de salud puedan emitir un correcto diagnóstico y aplicar un adecuado tratamiento.

En el ámbito sanitario, esta patología representa una carga importante para los sistemas de salud, ya que requiere de recursos considerables para su manejo. La falta de protocolos claros y de acceso a servicios de emergencia puede resultar en un aumento en la morbilidad y mortalidad por esta condición. Por lo que es fundamental que los profesionales de la salud se mantengan actualizados en el manejo de este padecimiento, ya que su identificación y tratamiento correcto pueden salvar vidas. La formación continua y la colaboración interdisciplinaria son clave para mejorar la atención de esta condición.

En el ámbito social, puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. La falta de acceso a un diagnóstico y tratamiento adecuados puede llevar a consecuencias devastadoras, como discapacidad o incluso la muerte prematura. Por lo que es indispensable que a el entorno político, es necesario, los gobiernos y entidades de salud pública implementen políticas que promuevan la detección temprana y el tratamiento adecuado de esta dolencia. Esto puede incluir la capacitación de profesionales, la mejora de la infraestructura de salud y la promoción de estilos de vida saludables.

En cuanto a la educación, es fundamental que se sensibilice a la población sobre la importancia de reconocer los síntomas de dolor de pecho agudo y buscar atención médica de manera inmediata. La promoción en salud cardiovascular



puede ayudar a prevenir complicaciones futuras y reducir la carga de esta condición en la sociedad.

En el ámbito económico, el correcto manejo de este síntoma puede tener un impacto positivo en la productividad laboral y en los costos asociados a la atención de la salud. La prevención y el tratamiento oportuno pueden reducir los gastos en atención médica y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En resumen, el dolor de pecho agudo es un problema de salud grave que requiere de una atención integral en todos los ámbitos mencionados. Su abordaje efectivo no solo tiene implicaciones en la salud de los individuos, sino también en el bienestar de la sociedad en su conjunto.



### 3. RESUMEN CASO

Paciente masculino de 55 años de edad; Estado civil: casado; Lugar de nacimiento: Loja; Lugar de residencia: Loja, El Sagrario; Instrucción: Primaria; Ocupación: Chofer.

Antecedentes Patológicos Personales: hipertensión arterial

Antecedentes Patológicos Familiares: madre hipotiroidea.

Alergias: No refiere.

Hábitos: alcohol no refiere; tabaco 2-4 por semana

Medicación habitual: no refiere

**MOTIVO DE CONSULTA:** Dolor Precordial

#### **ENFERMEDAD ACTUAL:**

Paciente de 55 años, con factores de riesgo cardiovascular, obesidad, tabaquismo acude por episodio de dolor precordial opresivo irradiado a cuello con parestesias en brazo izquierdo durante sus labores (volquetero) acude a centro de salud donde evidencian aumento de la tensión arterial y prescriben enalapril, sin embargo paciente continua con episodio de dolor precordial, asociado a diaforesis, astenia por lo que acude a clínica particular donde es diagnosticado con infarto agudo de miocardio sin elevación de ST, por lo que se realiza EKG y ecocardiograma sin evidencia de alteraciones en repolarización ni contractilidad, en laboratorio troponina 1000 y posterior 600, TIMI Risk score 2 riesgo bajo por lo que se decide su ingreso al servicio de medicina interna (cardiología) para tratamiento integral.

#### **EXAMEN FISICO:**

TA 116/70 FC 86 FR 18, SPO2 90%, GLASGOW 15/15, T 36.5 C

Paciente adulto joven responde al interrogatorio, asténico, orientado en 3 esferas, cabeza normocéfala, cabello de implantación normal sin evidencia de



lesiones ojos apertura ocular espontanea, pupilas isocóricas, fotoreactivas, fosas nasales permeables, oídos conducto auditivo externo bilateral permeable, bocas mucosas orales semihúmedas, orofaringe no hiperemica sin exudado amigdalor cuello movilidad activa y pasiva conservada, no rigidez nuchal, no adenopatías. Tórax simétrico, expansibilidad conservada frémito táctil conservado pulmones a la auscultación murmullo alveolar conservado corazón ruidos cardiacos rítmicos normal fonético sin ruidos sobreañadidos en focos auscultatorios. Abdomen suave depresible, no doloroso a la palpación no presencia de signos de peritonismo, ruidos hidroaéreos presentes extremidades no edema tono y fuerza conservada.

#### **TRATAMIENTO.**

Solución salina al 0.9% 1000 ml pasar IV a 40 ml/h

Omeprazol 40 mg IV pm

Carvedilol 6.25 mg cada día pm

Clopidogrel 75mg cada día

Atorvastatina 40mg vía oral cada día

Enoxaparina 60 mg Subcutáneo cada 12 horas

#### **DIAGNÓSTICO MÉDICO CIE10**

Infarto Agudo de Miocardio sin Elevación del ST, CIE10: I 21.2





#### 4. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA

El síndrome coronario agudo (SCA), comprende un conjunto de entidades que incluye desde la parada cardíaca, la inestabilidad eléctrica o hemodinámica con shock cardiogénico causado por isquemia o complicaciones mecánicas, como la insuficiencia mitral (IM) grave, hasta pacientes cuyo dolor torácico ya ha desaparecido cuando llegan al hospital, producidas por la erosión o rotura de una placa de ateroma, que determina la formación de un trombo intracoronario. El síntoma principal que pone en marcha el proceso diagnóstico y terapéutico de los pacientes con sospecha de SCA es el dolor torácico, descrito como dolor, presión o pesadez y quemazón. Otros síntomas equivalentes al dolor torácico son la disnea, el dolor epigástrico y el dolor que irradia hacia el brazo izquierdo. Basándose en el electrocardiograma (EKG), se puede diferenciar 2 grupos de pacientes: Con elevación del segmento ST (SCACEST) y sin elevación del segmento ST (SCASEST) (Collet y otros, 2020) .

El infarto de miocardio sin elevación del ST (SCASEST) es un evento isquémico agudo que provoca la muerte de cardiomiocitos por necrosis. El síntoma principal que inicia la evaluación diagnóstica y terapéutica en pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo (SCA) es el dolor en el pecho. Sin embargo, para un diagnóstico definitivo, es esencial considerar la elevación y caída gradual de biomarcadores cardíacos, como la troponina o CKMB, además de los cambios en el electrocardiograma (EKG). La intervención temprana y el tratamiento adecuado son cruciales para mejorar los resultados en los pacientes con SCASEST (Pacheco & Requena, 2020).



## 5. FISIOPATOLOGÍA

El síndrome coronario agudo (SCA) es una manifestación crítica de la aterosclerosis que pone en peligro la vida. Usualmente, es precipitado por una trombosis aguda causada por la rotura o erosión de una placa aterosclerótica en las arterias coronarias, con o sin vasoconstricción concomitante, lo que resulta en una disminución súbita y crítica del flujo sanguíneo coronario generando infamación en el tejido muscular cardiaco. En raras ocasiones, el SCA puede tener causas no ateroscleróticas, como arteritis, traumatismo, disección, tromboembolia, anomalías congénitas, uso de cocaína o complicaciones de un cateterismo cardíaco (Vilariñoa y otros, 2021).

El proceso inflamatorio asociado a la formación de la placa ateromatosa, incluye el adelgazamiento de la capa fibrosa, el aumento del contenido lipídico central y una mayor neoangiogénesis. Estos cambios favorecen la formación de un núcleo necrótico en el centro de la placa, compuesto principalmente por macrófagos muertos y detritos celulares, además de la secreción de varias citoquinas lo que puede agravar la inflamación. Este núcleo contribuye a la ruptura de la placa, desencadenando el SCA (Battilana-Dhoedt y otros, 2020).



## 6. ETIOLOGÍA

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE
<p>La enfermedad que subyace tras el infarto agudo de miocardio es, de forma casi invariable, la arteriosclerosis avanzada de las arterias coronarias.</p> <p>Factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Edad: &lt; 45 años.</li><li>• Tabaquismo y uso de drogas ilícitas.</li><li>• Dislipidemia.</li><li>• Obesidad.</li><li>• Hipertensión arterial.</li><li>• Diabetes mellitus.</li><li>• Historia familiar de enfermedad coronaria prematura (Dattoli García y otros, 2021).</li></ul>	<p>Paciente de 55 años, con factores de riesgo cardiovascular: obesidad, tabaquismo.</p> <p>APP: hipertensión arterial</p>

## 7. CUADRO CLÍNICO

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE
<p>Dolor precordial con las siguientes características:</p>	<p>Paciente acude por episodio de dolor precordial opresivo irradiado a cuello con parestesias en brazo izquierdo</p>



<ul style="list-style-type: none"><li>• Aparición: Brusca, inesperada, relacionada con esfuerzo físico o reposo y estrés mental.</li><li>• Localización: Retroesternal</li><li>• Intensidad: Moderado o severo al inicio, pero luego más leve y persistente.</li><li>• Tipo: Opresivo</li><li>• Irradiación: A cuello, mandíbula, hombro, miembro superior izquierdo por el borde interno o cubital hasta los</li><li>• Síntomas acompañantes: Manifestaciones neurovegetativas como náuseas, vómitos, diaforesis, palidez, debilidad general y cansancio (Rossler y otros, 2021).</li></ul>	<p>durante sus labores, acude a centro de salud continuando episodio de dolor precordial, esta vez asociado a diaforesis y astenia.</p>
--	---

## 8. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE



Electrocardiograma: existen varias formas electrocardiográficas, descritas en el SCASEST:

- Nueva inversión de la onda T, de 1 mm o más, en 2 derivaciones contiguas al menos y con R dominante.
- Seudonormalización de la onda T en 2 derivaciones contiguas al menos
- Electrocardiograma con trazados normales

• Marcadores de daño miocárdico

- a) Troponinas T ó I
- b) CC ó su isoenzima CC-MB.

Ecocardiografía e imagen miocárdica no invasiva

- Útil para el diagnóstico diferencial de estenosis aórtica, disección aórtica, embolismo pulmonar o miocardiopatía hipertrófica; por tanto, debe realizarse de forma sistemática en los servicios de urgencias (García & Lorente, 2020).

Se realiza EKG y ecocardiograma sin evidencia de alteraciones en repolarización ni contractilidad.

En laboratorio troponina 1000 y posterior 600



## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

### 1.1. Fármacos utilizados en el tratamiento del paciente



SOLUCIÓN SALINA AL 0.9%	
<b>Nombre Genérico</b>	SOLUCIÓN SALINA AL 0.9%
<b>Nombre Comercial</b>	SOLUCIÓN SALINA AL 0.9%
<b>Presentación y dilución</b>	Sol. Inyectable: ml
<b>Grupo</b>	Soluciones para perfusión
<b>Mecanismo de acción</b>	Controla la distribución del agua en el organismo y mantiene el equilibrio de líquidos.
<b>vía de administración</b>	IV
<b>Dosis</b>	Por lo general se recomienda la administración gota a gota de 120- 180 ml/hora, a una velocidad de 40-60 gotas/minuto.  La dosis máxima diaria es de 40 ml/kg de peso corporal/día y la velocidad máxima de perfusión es de 5 ml/kg de peso corporal/hora.
<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reequilibrio iónico en estados de deshidratación con pérdida de sales.</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estados de hipovolemia.</li><li>• Vehículo para la administración de medicamentos y electrolitos.</li><li>• Alcalosis débiles</li></ul>
<b>Contraindicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipercloremia</li><li>• Hipernatremia</li><li>• Estados de hiperhidratación</li><li>• Estados edematosos en pacientes con alteraciones cardiacas, hepáticas o renales e hipertensión grave.</li></ul>
<b>Efectos adversos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hiperhidratación</li><li>• Hipernatremia</li><li>• Hipercloremia</li><li>• Acidosis metabólica</li><li>• Formación de edemas</li><li>• Pirexia</li><li>• Trombosis venosa</li><li>• Flebitis</li></ul>
<b>Metabolismo</b>	No se metaboliza.
<b>Cuidado de enfermería</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informar al paciente sobre la medicación que se le administrara.</li><li>• Aplicar los 15 correctos en la administración de medicamentos.</li><li>• Evaluar que el paciente no presente flebitis y en caso que presente, se deberá suspender la infusión.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar el goteo.</li> <li>• Observar signos de Hipervolemia.</li> <li>• Evaluar signos de Hipernatremia o hiperclorremia.</li> <li>• Aplicar los 15 correctos de enfermería antes y después de la administración del medicamento.</li> </ul>
--	--



Omeprazol	
<b>Nombre Genérico</b>	Omeprazol
<b>Nombre Comercial</b>	Arapride, Belmazol, Ceprandal, Dolintol, Omapren, Ompranyt, Parizac, Pepticum
<b>Presentación y dilución</b>	Comprimidos: 20 y 40 mg Polvo para inyección: 40 mg
<b>Grupo</b>	Inhibidores de la bomba de protones
<b>Mecanismo de acción</b>	Inhibe la secreción de ácido en el estómago. Se une a la bomba de protones en la célula parietal gástrica, inhibiendo el transporte final de H + al lumen gástrico.
<b>vía de administración</b>	IV, VO





<b>Dosis</b>	Adulto: 20 a 40 mg / día Niños: 10 a 20 mg/día De acuerdo paciente: 40 mg /día
<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ERGE: esofagitis erosiva por reflujo</li><li>• Asociada a tratamiento de H. pylori</li><li>• Prevención de recidivas de úlceras pépticas</li><li>• Cicatrización de úlceras gástricas asociadas a AINE y prevención de úlceras gástricas y duodenales asociadas a AINE en pacientes de riesgo. S. Zollinger-Ellison.</li></ul>
<b>Contraindicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidad a omeprazol, benzimidazoles.</li><li>• No administrar en conjunto con atazanavir.</li></ul>
<b>Efectos adversos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diarrea</li><li>• Náusea</li><li>• Constipación</li><li>• Dolor abdominal, flatulencia</li><li>• Rash y prurito.</li></ul>
<b>Metabolismo</b>	El omeprazol es metabolizado completamente por el sistema citocromo P450 (CYP), principalmente en el hígado. La mayor parte de su metabolismo depende de la isoenzima específica CYP2C19 (S-mefenitoína hidroxilasa) expresado polimórficamente, responsable de la formación de hidroxiomeprazol, el principal metabolito en plasma. No se han encontrado metabolitos con efecto sobre la secreción ácida gástrica.



<b>Cuidado de enfermería</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informar al paciente sobre la medicación que se le administrara.</li><li>• Aplicar los 15 correctos en la administración de medicamentos.</li><li>• Verificar dosis y horario correcto</li><li>• Verificar hipersensibilidad</li><li>• Evaluar reacciones adversas</li><li>• Verificar signos de flebitis.</li></ul>
------------------------------	--



Carvedilol	
<b>Nombre Genérico</b>	Carvedilol
<b>Nombre Comercial</b>	Coropres, Normotride.
<b>Presentación y dilución</b>	Comprimidos: 6.25 mg, 12.5 mg y 25 mg
<b>Grupo</b>	Antihipertensivo – antiarrítmico
<b>Mecanismo de acción</b>	Bloqueante beta-adrenergico no selectivo con actividad alfa1-adrenergica bloqueante y actividad simpatomimética no intrínseca. Tiene propiedades



	vasodilatadoras debido principalmente a su actividad alfa1 bloqueadora
<b>vía de administración</b>	VO
<b>Dosis</b>	Adulto:  HTA: 25 mg y 50 mg / día  Angina de pecho es de 25 mg dos veces al día.  Insuficiencia cardíaca congestiva la dosis inicial es de 3,125 mg dos veces al día  De acuerdo paciente: 6.25 mg cada día
<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antihipertensivo</li><li>• Manejo de la falla cardíaca y en la enfermedad coronaria</li></ul>
<b>Contraindicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidad al principio activo</li><li>• Insuficiencia cardíaca severa</li><li>• Shock cardiogénico</li><li>• Hipotensión arterial</li><li>• Menores de 12 años</li><li>• Alteración de la función hepática o enfermedad hepática preexistente</li></ul>
<b>Efectos adversos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Edema</li><li>• Vértigo</li><li>• Bradicardia</li><li>• Hipotensión</li><li>• Náuseas</li><li>• Diarrea</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Visión borrosa.</li></ul>
<b>Metabolismo</b>	Es metabolizado extensamente mediante oxidación y posteriormente glucuronización y sulfatación.
<b>Cuidado de enfermería</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informar al paciente sobre la medicación que se le administrara.</li><li>• Aplicar los 10 correctos en la administración de medicamentos.</li><li>• Verificar hipersensibilidad al fármaco</li><li>• Control de frecuencia cardiaca</li><li>• Evaluar reacciones adversas</li><li>• Evaluar riesgo de caída</li></ul>



CLOPIDOGREL	
<b>Nombre Genérico</b>	CLOPIDOGREL
<b>Nombre Comercial</b>	<b>Plavix, Iscover, Vatoud, Maboclop</b>
<b>Presentación y dilución</b>	Comprimidos: 75 mg



<b>Grupo</b>	Antiagregante
<b>Mecanismo de acción</b>	Profármaco que inhibe la agregación plaquetaria inhibiendo la unión del ADP a su receptor plaquetario y la activación subsiguiente del complejo GPIIb-IIIa mediada por ADP.
<b>vía de administración</b>	VO
<b>Dosis</b>	Adulto: 75 mg / día
<b>Indicaciones</b>	Profilaxis en pacientes con aterosclerosis en riesgo de tromboembolia: <ul style="list-style-type: none"><li>• Infarto de miocardio.</li><li>• Apoplejía tromboembólica.</li><li>• Enfermedad arterial periférica.</li><li>• Angina de pecho inestable.</li></ul>
<b>Contraindicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hemorragia y riesgo de hemorragia (v.gr.: digestiva, intracraneal, retiniana, por intervenciones quirúrgicas, traumatismos).</li><li>• Trombocitopenia.</li><li>• Disfunción hepática severa.</li><li>• Hipersensibilidad al clopidogrel.</li></ul>
<b>Efectos adversos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dolor generalizado</li><li>• Púrpura</li><li>• Tos, rinorrea, estornudos, dolor de garganta.</li><li>• Fibrilación auricular o palpitaciones</li></ul>



<b>Metabolismo</b>	Se metaboliza en un metabolito intermedio 2-oxo-clopidogrel. Posteriormente el metabolismo del metabolito intermedio 2-oxo-clopidogrel da lugar a la formación de un metabolito activo, un tiol.
<b>Cuidado de enfermería</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informar al paciente sobre la medicación que se le administrara.</li><li>• Aplicar los 15 correctos en la administración de medicamentos.</li><li>• Verificar hipersensibilidad</li><li>• Control de signos vitales</li><li>• Evaluar reacciones adversas</li><li>• Vigilar signos de sangrado</li></ul>



Atorvastatina	
<b>Nombre Genérico</b>	Atorvastatina
<b>Nombre Comercial</b>	Acrovastin, Cardyl, Colator, Prevencor, Thervan
<b>Presentación y dilución</b>	Comprimidos: 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg
<b>Grupo</b>	Hipolipemiente



<b>Mecanismo de acción</b>	Inhíbe a la enzima que cataliza la transformación de HMG-CoA en mevalonato (paso fundamental de la biosíntesis de colesterol). El lugar primario de acción de los inhibidores de HMG-CoA reductasa es el hígado: sitio principal de síntesis de colesterol y de aclaramiento de las lipoproteínas de baja densidad.
<b>vía de administración</b>	VO
<b>Dosis</b>	Adulto: 10 a 80 mg 1 vez al día Niños: 10 mg / día De acuerdo paciente: Atorvastatina 40mg vía oral cada día
<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipercolesterolemia primaria heterocigota familiar o no familiar (Fredrickson IIa).</li><li>• Dislipidemia mixta (Fredrickson IIb).</li><li>• Hipercolesterolemia combinado.</li><li>• Disbetalipoproteinemia (Fredrickson III)</li></ul>
<b>Contraindicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Embarazo (categoría X de riesgo fetal).</li><li>• Hepatopatía, alcoholismo.</li><li>• Enfermedad muscular activa.</li><li>• Hipersensibilidad al fármaco y a los inhibidores de HMG-CoA reductasa.</li></ul>
<b>Efectos adversos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cefalea</li><li>• Mialgias</li><li>• Artralgias</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nasofaringitis; dolor faringolaríngeo</li><li>• Epistaxis</li><li>• Astenia</li><li>• Diarrea</li><li>• Dispepsia</li><li>• Flatulencia</li><li>• Exantema.</li></ul>
<b>Metabolismo</b>	Aproximadamente el 10% de la dosis de ampicilina es metabolizada a productos inactivos que son eliminados sobre todo en la orina, conjuntamente con el antibiótico sin metabolizar.
<b>Cuidado de enfermería</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informar al paciente sobre la medicación que se le administrara.</li><li>• Aplicar los 15 correctos en la administración de medicamentos.</li><li>• Verificar hipersensibilidad</li><li>• Evaluar reacciones adversas<ul style="list-style-type: none"><li>○ Vigilar sangrado nasal</li></ul></li></ul>





Enoxaparina	
<b>Nombre Genérico</b>	Enoxaparina
<b>Nombre Comercial</b>	Enoplax, Lovenox, Clexane
<b>Presentación y dilución</b>	Sol. Inyectable: 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80mg
<b>Grupo</b>	Anticoagulante
<b>Mecanismo de acción</b>	Inhíbe la coagulación potenciando el efecto inhibitorio de la antitrombina III sobre los factores IIa y Xa. Posee elevada actividad anti-Xa y débil actividad anti-IIa.
<b>vía de administración</b>	Subcutánea, IV
<b>Dosis</b>	Adulto: riesgo moderado: 20 mg/24, riesgo alto: 40 mg/24 h Tto. de la angina inestable e IAMSEST: 100 UI/kg (1 mg/kg)/12 h SC Niños: 1,5 mg/kg/dosis cada 12 horas De acuerdo paciente: 60 mg Subcutáneo BID
<b>Indicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa.</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) y embolismo pulmonar (EP), excluyendo el EP que probablemente requiera tratamiento trombolítico o cirugía.</li><li>• Prevención de la formación de coágulos en el circuito de circulación extracorpórea durante la hemodiálisis.</li><li>• En síndrome coronario agudo para el tratamiento de la angina inestable e infarto de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST) tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) incluyendo pacientes que van a ser tratados farmacológicamente o sometidos a una posterior intervención coronaria percutánea (ICP).</li></ul>
<b>Contraindicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidad al principio activo, heparina o derivados incluyendo HBPM</li><li>• Antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina</li><li>• Sangrado activo clínicamente significativo y enfermedades de alto riesgo de hemorragia</li></ul>
<b>Efectos adversos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidad</li><li>• Sangrado</li><li>• Hematuria</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sibilancias</li><li>• Sensación de dificultad para respirar</li><li>• Dolor de cabeza</li><li>• Moratón o dolor en el lugar de inyección</li><li>• Aumento de las enzimas hepáticas</li><li>• Enrojecimiento y picor en la piel</li><li>• Aumento del número de plaquetas en sangre.</li></ul>
<b>Metabolismo</b>	Aproximadamente el 10% de la dosis de ampicilina es metabolizada a productos inactivos que son eliminados sobre todo en la orina, conjuntamente con el antibiótico sin metabolizar.
<b>Cuidado de enfermería</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informar al paciente sobre la medicación que se le administrara.</li><li>• Aplicar los 15 correctos en la administración de medicamentos.</li><li>• Verificar hipersensibilidad</li><li>• Control de signos vitales</li><li>• Evaluar reacciones adversas<ul style="list-style-type: none"><li>○ Vigilar signos de sangrado</li><li>○ Evaluación de enzimas hepáticas</li></ul></li></ul>



## 9. PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

- Oxigenoterapia: 2 litros de oxígeno con bigotera.
- Control de signos vitales.
- Vigilar signos y síntomas de infarto.
  - Realizar ECG.
  - Tomar T/A y FC central.
- Prevenir tromboembolismo:
  - Aplicación de enoxaparina 60 mg subcutánea
  - Uso de medias compresivas
- Administración de fármacos
- Tomar muestra para laboratorio (enzimas cardíacas)
- Vigilar signos y síntomas de hemorragia.

## 10. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

<b>VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE ACUERDO AL DOMINIO O LOS DOMINIOS ALTERADOS</b>	
<b>Dominio 2: Nutrición</b>	
Peso - talla. IMC Alteraciones del apetito Dieta habitual	<b><u>Valoración Medidas Antropométricas</u></b> Peso: 90 kg Talla: 170 cm IMC: 31.1  Paciente presenta un IMC de 31.1, lo que indica que el peso esta en la categoría de Obeso para adultos.



	<p>Paciente refiere que realiza escasa actividad física dada su profesión (chofer), lo que implica estar mucho tiempo sentado.</p> <p><b><u>Valoración de la alimentación:</u></b></p> <p>La dieta habitual es rica en carbohidratos y grasa, paciente refiere que por su ocupación, se alimenta de una maneja desbalanceada siendo predominantes los carbohidratos y las grasas, indica poco consumo de vegetales y frutas. Además manifiesta consumo de bebidas carbonatadas y escaso consumo de agua.</p>
<b>Dominio 6: Autopercepción</b>	
<p>Estado de ánimo: Tranquilo, Triste, Apático, Preocupado, Ansioso, Irritable. Percepción del estado de ánimo (ve el enfermero) otros</p>	<p>Paciente durante la valoración se lo observa triste, apático y preocupado por su estado de salud, paciente no muestra cambios de humor repentinos.</p>
<b>Dominio 11: Seguridad</b>	
<p>Procedimientos invasivos. Sonda vesical, vía venosa, herida quirúrgica, drenaje Otros</p>	<p>Procedimientos invasivos Canalización vía venosa: vía venosa permeable, pasando por la vía Cloruro de Sodio al 0.9% 60ml/hora</p>



ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 1 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ESTABILIZACIÓN DE PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO AGUDO				
ISUB	HOSPITALIZACIÓN					
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
		RESULTADO (S):	INDICADORES:	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ALCANZADA
<b>DOMINIO: 4</b> <b>CLASE: 4</b> <b>CÓDIGO: 00267</b> <b>DEFINICIÓN:</b> Susceptible de existir fluctuación del flujo en el paso de la sangre a través de los vasos arteriales, que puede comprometer la salud.  <b>DIAGNÓSTICO ENFERMERO: RIESGO DE TENSIÓN ARTERIAL INESTABLE</b> <b>r/c:</b> Comportamiento sedentario durante $\geq 2$ horas al día <b>m/p:</b> Factores hereditarios o interrelacionados						
		<b>DOMINIO:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV)  <b>CLASE:</b> Conocimientos sobre salud (S)  <b>CÓDIGO:</b> 1841  <b>DEFINICIÓN:</b> Grado de conocimiento transmitido sobre la	1. Prácticas nutricionales saludables.  2. Cambios del estilo de vida para favorecer el peso óptimo	1. Ningún conocimiento  2. Conocimiento escaso  3. Conocimiento moderado	1  1  1	5  5  5



	<p>promoción y el mantenimiento del peso corporal óptimo y un porcentaje de grasa compatible con la estatura, el cuerpo, el sexo y la edad.</p> <p><b>RESULTADO:</b> Conocimiento: manejo del peso</p>	<p>3. Beneficios del ejercicio regular</p> <p>4. Relación entre dieta, ejercicio y peso</p> <p>5. Técnicas de autocontrol</p>	<p>4. Conocimiento o sustancial</p> <p>5. Conocimiento o extenso</p>	<p>1</p> <p>1</p>	<p>5</p> <p>5</p>
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</b>					
<b>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Ayuda para disminuir el peso</b>					
<b>CÓDIGO</b>	1280	<b>DEFINICIÓN:</b>	<b>Facilitar la pérdida de peso y/o grasa corporal</b>		
<b>ACTIVIDADES</b>			<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>		
<p>Comentar los inconvenientes para ayudar al paciente a superar las dificultades y tener más éxito</p> <p>Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento de gasto de energía.</p>			<p>Cuidar tu salud mental favorece un adecuado desarrollo de las actividades que desarrollas en todas las áreas de tu vida (social, familiar, académica, entre otras), favorece tu forma de afrontar las tensiones propias de la vida.</p>		



Ayudar al paciente a identificar la motivación para comer y las señales externas e internas asociadas con el comer.

Fomentar el uso de sistemas de recompensa internos cuando se alcanzan las metas. Pesar al paciente semanalmente.  
Utilizar los términos peso o exceso en lugar de obesidad, gordura y exceso de grasa.

Posibilita el mantenimiento de un equilibrio entre la cantidad de energía almacenada en forma de grasa corporal y el catabolismo de la misma.

Ayudar al paciente a identificar sus motivaciones para comer y las señales internas (como el hambre física) y externas (como el entorno social o emocional) asociadas con el comer, promueve una mayor conciencia sobre sus hábitos alimentarios. Esto permite que el paciente se vuelva más consciente de sus elecciones alimentarias y de cómo estas están influenciadas por factores diversos.

Las personas obesas tienen mayor necesidad de placer y bienestar, sitúa al sistema de recompensa como una de las claves del abordaje de la obesidad.





ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 2</b> <b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ESTABILIZACIÓN DE</b> <b>PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO AGUDO</b>			
ISUB		HOSPITALIZACIÓN					
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)							
				<b>CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>			
<b>DOMINIO: 4</b>  <b>CLASE: 4</b>  <b>CÓDIGO: 00200</b>  <b>DEFINICIÓN:</b> Susceptible de disminución de la circulación cardíaca (coronaria), que puede comprometer la salud.  <b>DIAGNÓSTICO ENFERMERO: RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR CARDÍACA</b>  r/c: Conocimiento insuficiente de los factores modificables m/p: Hipertensión		<b>DOMINIO:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV)  <b>CLASE:</b> Conocimientos sobre salud (S)  <b>CÓDIGO: 860</b>  <b>DEFINICIÓN:</b> Grado de conocimiento transmitido sobre la enfermedad arterial periférica, su tratamiento y la		1. Importancia de la abstinencia de tabaco  2. Importancia del control de la fuerza muscular de las extremidades inferiores  3. Medicación que reduce el riesgo de ataque cardíaco y accidente cerebrovascular  4. Importancia de controlar el nivel	1. Ningún conocimiento  2. Conocimiento escaso  3. Conocimiento moderado	1  1  1	5  5  5



	prevención de la progresión de la enfermedad y las complicaciones.  <b>RESULTADO:</b> Conocimiento: manejo de la enfermedad arterial periférica	de colesterol en sangre  Estrategias para aumentar la tolerancia a caminar	4. Conocimiento sustancial  5. Conocimiento extenso	1  1	5  5
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</b>					
<b>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE:</b> Manejo del riesgo cardíaco					
<b>CÓDIGO</b>	4050	<b>DEFINICIÓN:</b>	Prevención de un episodio agudo de insuficiencia cardíaca minimizando los factores contribuyentes y las conductas de riesgo.		
<b>ACTIVIDADES</b>			<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>		
Detectar si el paciente presenta conductas de riesgo asociadas con complicaciones cardíacas ( tabaquismo, obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial, antecedentes de complicaciones cardíacas previas, antecedentes familiares de dichas complicaciones)			Identificar factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo, la hipertensión arterial, entre otros, permite intervenir tempranamente para reducir el riesgo de desarrollar complicaciones cardíacas graves		



Aconsejar la realización de ejercicios según esté indicado en función del factor de riesgo cardíaco del paciente.

Instruir al paciente sobre la necesidad de lograr objetivos de ejercicio en períodos incrementales de 10 minutos varias veces al día, si no se toleran actividades durante 30 minutos seguidos.

Monitorizar los progresos del paciente a intervalos regulares.

Instruir al paciente y la familia para que se monitorice la presión arterial y la frecuencia cardíaca de forma rutinaria y con el ejercicio.

como infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares, o insuficiencia cardíaca.

El ejercicio regular puede mejorar la salud del corazón y los vasos sanguíneos, fortaleciendo el corazón y mejorando la capacidad de bombeo. Esto puede reducir el riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares.

Al dividir el ejercicio en sesiones más cortas, se reduce la posibilidad de fatiga excesiva o malestar físico que podría ocurrir al intentar realizar una actividad continua durante un período prolongado. Esto es especialmente importante para pacientes con condiciones cardíacas o de salud subyacentes que podrían limitar su capacidad para realizar actividad física de manera prolongada.

La monitorización regular permite evaluar cómo está respondiendo el paciente al tratamiento, incluido el programa de ejercicio prescrito. Esto proporciona retroalimentación crucial sobre si se están alcanzando los objetivos de salud cardiovascular y si es necesario ajustar el plan de manejo.

La monitorización regular permite detectar cambios en la presión arterial y la frecuencia cardíaca que podrían indicar problemas de salud subyacentes o la necesidad de ajustar el tratamiento.



ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 3 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ESTABILIZACIÓN DE PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO AGUDO				
ISUB	HOSPITALIZACIÓN					
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
		RESULTADO (S):	INDICADORES:	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ALCANZADA
<b>DOMINIO: 12</b>  <b>CLASE: 1</b>  <b>CÓDIGO: 00132</b>  <b>DEFINICIÓN:</b> Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses.  <b>DIAGNÓSTICO ENFERMERO: DOLOR AGUDO</b> r/c: Infarto agudo de miocardio m/p: Diaforesis y astenia		<b>DOMINIO:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV)  <b>CLASE:</b> Conocimientos sobre salud (S)  <b>CÓDIGO: 1837</b>  <b>DEFINICIÓN:</b> Grado de conocimiento transmitido	1. Importancia del tratamiento a largo plazo  2. Importancia de la adherencia al tratamiento  3. Importancia de control de peso	1. Ningún conocimiento  2. Conocimiento escaso  3. Conocimiento moderado	2  2  1	5  5  5  5



	sobre hipertensión arterial, su tratamiento y la prevención de complicaciones	4. Estrategias para limitar la ingesta de sodio	4. Conocimiento o sustancial	2	
	<b>RESULTADO:</b> Conocimiento: control de la hipertensión	5. Beneficios de las modificaciones del estilo de vida	5. Conocimiento o extenso	1	5
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</b>					
<b>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE:</b> Manejo del dolor					
<b>CÓDIGO</b>	1400	<b>DEFINICIÓN:</b>	Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente		
<b>ACTIVIDADES</b>			<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>		
Disminuir o eliminar factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga y falta de conocimientos)			Reducir el miedo, la fatiga y la falta de conocimientos relacionados con el dolor contribuye significativamente al bienestar general del paciente. El dolor no solo tiene un impacto físico, sino también emocional y psicológico. Al abordar estos factores, se mejora la calidad de vida del paciente y su capacidad para enfrentar la situación de manera más positiva		
Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica el plan de seguimiento			Realizar evaluaciones periódicas permite identificar cualquier cambio en la comodidad del paciente, lo que facilita ajustes o intervenciones oportunas para mejorar su confort.		



Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.

Enseñar los principios del manejo de dolor.

Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor Enseñar métodos farmacológicos de alivio de dolor

Proporcionar apoyo emocional ayuda a mitigar el estrés, la ansiedad y otros efectos negativos asociados, promoviendo así un mejor equilibrio emocional y bienestar general.

Enseñar principios de manejo del dolor proporciona herramientas y estrategias efectivas para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida del paciente.

Identificar qué factores específicos afectan la intensidad o la frecuencia del dolor permite implementar estrategias preventivas o de intervención temprana.



## 11. RESULTADOS

El propósito de la presentación de este caso clínico, titulado "Intervención de Enfermería en la Estabilización de Paciente con Dolor Torácico Agudo", es demostrar que las intervenciones de enfermería son fundamentales para preservar la salud del paciente. Este caso se centra en un paciente con factores de riesgo cardiovascular, como obesidad y tabaquismo, que acude al servicio de salud debido a un episodio de dolor precordial opresivo irradiado al cuello, acompañado de parestesias en el brazo izquierdo, diaforesis y astenia.

Se le realizaron un EKG y un ecocardiograma, que no mostraron alteraciones en la repolarización ni en la contractilidad. Los análisis de laboratorio revelaron niveles de troponina de 1000 y posteriormente de 600, lo que llevó al diagnóstico de infarto agudo de miocardio sin elevación del ST. El paciente fue ingresado para tratamiento integral.

Las intervenciones de enfermería incluyeron oxigenoterapia, control de signos vitales, prevención de tromboembolismo, administración de fármacos y vigilancia de signos y síntomas de hemorragia asociados al tratamiento farmacológico. Todas estas intervenciones se realizaron basándose en fundamentos teóricos y cumpliendo con las normas éticas de la práctica sanitaria, resultando en una mejoría clínica del paciente.



## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Battilana-Dhoedt, J., Cáceres-de Italiano, C., Gómez, N., & Centurión, O. (2020). Fisiopatología, perfil epidemiológico y manejo terapéutico en el síndrome coronario agudo. *Mem. Inst. Investig.*
- Collet, J.-P., Thiele, H., Barbato, E., Barthélémy, O., & Bauersachs, J. (2020). Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Revista española de Cardiología*, 544.e1-544.e73. doi:DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.12.024>
- Dattoli García , C., Jackson-Pedroza, C., Gallardo-Grajeda, A., & Gopar Nieto, R. (2021). Infarto agudo de miocardio: revisión sobre factores de riesgo, etiología, hallazgos angiográficos y desenlaces en pacientes jóvenes. *Arco. Cardiol. Méx*, 91(4). doi:<https://doi.org/10.24875/acm.20000386>
- Domínguez, J. C. (2020). Dolor torácico en el servicio de urgencias en el 2020 . *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2.
- Duronto, E., & Estrada, J. L. (2016). Consenso para el Manejo de Pacientes con Dolor Precordial. *Consenso para el Manejo de Pacientes con Dolor Precordial*. Argentina : Rev ARgent CARdiol.
- Fanego, A. (2020). Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en el Servicio de Clínica Médica II del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. *Rev. cient. cienc. salud*. doi:<https://doi.org/10.53732/rccsalud/02.02.2020.04>.
- García, M. R., & Lorente, C. J. (2020). Infarto agudo del miocardio sin elevación del segmento T. Consideraciones fisiopatológicas y clínicas. *MEDISAN*, 4(4).
- Jiménez, M., & Mata, A. (2018). DOLOR TORÁCICO. *GUÍAS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS*, Univesidad de Navarra.





- Pacheco, M. F., & Requena, A. D. (2020). Manejo del infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST. *RECIAMUC*, 65-77. doi:10.26820/recimundo/4.(1).esp.marzo.2020.65-77
- Reyes Sanamé, F. A. (2018). El método clínico aplicado al diagnóstico del dolor torácico agudo. *Correo Científico Médico*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812018000300011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000300011&lng=es&tlng=es)
- Rosler, C., Morbidoni, J., Santillán, M., Sigal, A., & Ocampos, R. (2021). Myocardial infarction without coronary arteries lesions. Insights from the CONAREC XVII Registry. *Medicina (B. Aires)*.
- Vilariñoa, J. O., Esperb, R., & Badimón, J. J. (2021). Fisiopatología de los síndromes coronarios agudos. Tres paradigmas para un nuevo dogma. *Revista española de Cardiología*, 4, 13-24.