

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

Jorge Andres Martinez Merlo (1), Gloria Elena Lastre Amell (2), Caroli Cassiani (3)

- 1.- Enfermero, Joven investigador, Universidad Simón Bolívar, Facultad Ciencias de la Salud, Barranquilla- Colombia
- 2.- Enfermera, Docente investigador, Universidad Simón Bolívar, Facultad Ciencias de la Salud, Barranquilla- Colombia
- 3.- Estudiante de enfermería, Universidad Simón Bolívar, Facultad Ciencias de la Salud, Barranquilla-Colombia

Martinez Merlo, J., Lastre Amell, G., & Cassiani, C. (2019). CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA). *Revista ENE de Enfermería*, 13(2).

Consultado de <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/828>

RECIBIDO: 02/08/2018
ACEPTADO: 05/04/2019

Resumen:

El síndrome coronario agudo (SCA), es una consecuencia de múltiples factores, siendo uno de los de mayor prevalencia la aterosclerosis (placas de grasa en arterias) y se encuentra sub clasificada dentro de las enfermedades cardiovasculares. Dentro del ámbito médico se encuentra catalogada como una emergencia clínica. Así mismo, la Organización Mundial de Salud (OMS) señala que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares que por cualquier otra causa. Entre los factores de riesgo para su desarrollo se encuentra el sedentarismo, inadecuada alimentación, diabetes, estrés, tabaquismo, hipertensión, entre otros. Por esta razón, el objetivo de este caso clínico fue implementar un plan de cuidados de enfermería en paciente con síndrome coronario agudo (SCA) a través de la aplicación del modelo de los sistemas de Betty Neuman y basados en el uso de las taxonomías estandarizadas (Nanda, Nic y Noc). Así, en este artículo se desarrolló un plan de cuidados individualizado (PCI) centrado en los diagnósticos de: dolor agudo, ansiedad, disminución del gasto cardiaco e interrupción de los procesos familiares. Sin el desarrollo de estos diagnósticos no hubiera sido posi-

ble el proceso de recuperación del paciente, puesto que sus principales complicaciones no solo eran de tipo físico, sino también psicosociales.

Palabras clave: Atención de enfermería, síndrome coronario agudo, adulto.

Abstract:

Acute coronary syndrome (ACS) is a consequence of multiple factors, being one of the most prevalent atherosclerosis (fatty plaques in arteries) and is sub classified in cardiovascular diseases. Within the medical field it is cataloged as a clinical emergency. Likewise, the World Health Organization (WHO) points out those cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide. Every year more people die from cardiovascular diseases than from any other cause. Among the risk factors for its development is sedentary lifestyle, inadequate nutrition, diabetes, stress, smoking, hypertension among others. For this reason, the objective of this clinical case was to implement a nursing care plan in patients with acute coronary syndrome (ACS) through the application of the Betty Neuman systems model and based on the use of standardized taxonomies (Nanda, Nic and Noc). This article developed an individualized care plan (PCI) focused on the diagnoses of: Acute pain,

Anxiety, Decreased cardiac output and interruption of family processes. Without the development of these diagnoses the recovery process of the patient would not have been possible, since its main complications were not only physical but also psychosocial.

Key words: Nursing care, acute coronary syndrome, and adult.

INTRODUCCIÓN

El síndrome coronario agudo (SCA) es un término operacional especialmente donde se evalúan a los pacientes con dolor torácico, en el cual se designa cualquier conjunto de síntomas clínicos que va desde una isquemia miocárdica aguda, infarto agudo al miocardio con elevación o sin elevación en el segmento ST, hasta angina estable o inestable (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el SCA como un problema de salud pública en todo el mundo clasificándola como una enfermedad cardiovascular, trastornos del corazón y vasos sanguíneos. Por el cual, el paciente o individuo presentan una obstrucción del flujo sanguíneo normal del corazón, siendo esto la principal causa de muerte de la población a nivel mundial. Entre los factores de riesgos para su desarrollo se encuentra el sedentarismo, inadecuada alimentación, diabetes, estrés, tabaquismo, hipertensión entre otros (2).

De este modo, el SCA es una de las principales causas de morbi-mortalidad en los países occidentales y en España, se reportó un número de casos anuales de 74.078 en varones y 41.674 en mujeres (3). Así mismo, en el Perú esta enfermedad se ubica entre las cinco causas de muerte registradas cada año con una cifra estadística de 4.414 muer-

tes (4). No obstante, en Colombia según las estadísticas reportadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) señalan que la enfermedad isquémica cardiaca, fue la principal causa de muerte en las personas mayores de 55 años, por encima del cáncer y la agresión. De nuevo el Ministerio de Protección Social en su publicación de indicadores de salud, reportó a las enfermedades del aparato circulatorio como la primera causa de muerte, seguidas de las agresiones y homicidios (5). Respecto a Barranquilla - Colombia, en el análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud realizado por la Secretaría de Salud Pública las causas de mortalidad con la tasa más alta en los hombres del Distrito de Barranquilla, son las enfermedades del sistema circulatorio con una tendencia marcada a disminuir en el periodo analizado (2005 -2013). De este modo, en las mujeres encontraron que las enfermedades del sistema circulatorio presentaron un incremento entre los años 2011 y 2013 pasando de 113,8 a 141,55 por 100.000 habitantes respectivamente (6).

Los pacientes con SCA presentan en la parte física sintomatologías clínicas como: disminución de la respiración, fatiga muscular y dolor en el pecho, disminución en la tolerancia del ejercicio, lo

que conlleva a una percepción de discapacidad mayor, y en la parte emocional gran ansiedad e incluso depresión. Todos estos factores son reconocidos como generadores de riesgo para el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, que van a afectar la dinámica familiar, entre otros (7).

Por tal razón, se tomó la decisión de realizar planes de cuidados, aplicando las taxonomías estandarizadas de la NANDA-NOC-NIC (8-10) con base al modelo de los sistemas de Betty Neuman, a través de la identificación de los factores estresores, el cual es definido por Betty Neuman como las fuerzas del entorno (internas o externas) a las cuales el individuo (sistema-cliente) se enfrenta y puede producir la enfermedad (11). Los planes de cuidado estuvieron orientados en el manejo del dolor, nivel de la ansiedad, perfusión tisular cardíaca y, por último, el funcionamiento de la familia.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Eduardo (nombre ficticio utilizado para preservar la confidencialidad), de 50 años quien ingresa al servicio de urgencias es atendido por el equipo profesional, el cual, al indagar sobre el cuadro de ingreso, manifiesta: “yo sufro del corazón, me siento mal. No puedo respirar del dolor que siento en el pecho, que presión horrible. No me dejen morir”. Por lo anterior, es ingresado bajo el diagnóstico médico “dolor precordial” como diagnóstico provisional hasta tener los resultados analíticos y radiográficos, quedando bajo estricta vigilancia y continuación del protocolo de estudio, donde se le realizaron electrocardiograma (ECG) y eco cardiograma (ECO). Como resultado, los médicos determinaron como diagnóstico síndrome coronario agudo (SCA). Por tal razón, Eduardo es trasladado a la unidad de hospitalización con tratamiento farmacológico y estricto seguimiento. Cuando el profesional de enfermería ingresa a la unidad, evidencia ansiedad, estrés e incertidumbre en el paciente. Al indagar con él, Eduardo expresa: “estoy preocupado, estoy grave. ¿Y ahora quién cuidará de mis padres? Deben estar preocupados. Tengo que salir rápido de aquí”. Seguidamente, manifestó gran preocupación por su estado

de salud y las complicaciones que esto podía ocasionarle con el paso del tiempo. Adicionalmente sentía episodios repentinos de cansancio, sensación de aumento de la intensidad de sus latidos después de bañarse. Eduardo, durante la anamnesis señaló ingerir alcohol. Se evidenció ausencia de visitas, lo cual al preguntar expresó: “mi relación con mis hermanos no es buena, hace mucho que no hablamos por cosas personales. Mis padres son los únicos con quienes me llevo bien, pero no pueden venir porque están en otro lado y no hay plata para los buses, comida y hospedaje. Nosotros no somos de acá, y solo de pensar en quién va cuidar a mis padres y colaborarles con el sustento diario, me da de todo”.

FASE DE VALORACIÓN

Se realizó una valoración de acuerdo al modelo de los sistemas de Betty Neuman, con la identificación de los factores estresores internos y externos.

Factores estresores internos: Episodios de cansancio, se mostraba muy preocupado por su enfermedad, dolor precordial, estrés, ansiedad, incertidumbre, taquicardia postbaño y consumo de alcohol.

Factores estresores externos: Relación conflictiva con sus hermanos,

ausencia de visita por parte de sus padres, situación económica de su núcleo familiar.

Se identificó que los factores estresores ya habían atravesado las líneas de resistencia, y el sistema cliente se encontraba afectado por la poca capacidad de resolución y afrontamiento a los estresores. Por el cual, se realizó una prevención terciaria. Según el modelo de Betty Neuman, en esta instancia se busca restablecer la homeostasis del sistema cliente, a partir de la reeducación y readaptación con el fin de mantener la estabilidad biopsicosocial del paciente.

PLAN DE CUIDADOS. FASE DIAGNÓSTICA, DE PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN

Se consideró como diagnóstico principal del paciente, tras su valoración: disminución del gasto cardiaco. No obstante, se detectó la esfera psicosocial comprometida. Debido a que, Eduardo se mostraba especialmente inquieto al pensar que su estadía se podía prolongar. Además, tenía temor de no poder recuperarse rápido y continuar con su vida, para seguir aportando el sustento en su casa. Para él, la sensación de sentirse seguro y poder continuar con su vida normal estaba desapareciendo.

De acuerdo al diagnóstico de enfermería (DxE) se identificó:

Dolor agudo relacionado con agentes lesivos (biológicos), manifestado por dolor referido y expresiones faciales de dolor. (Véase en la tabla I)

Tabla 1. Planificación del DxE:(00132) Dolor agudo.

RESULTADOS	INDICADORES*	PUNTUACIÓN LIKERT PREVIA A LA INTERVENCIÓN	INTERVENCIÓNES	PUNTUACIÓN LIKERT POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN
(1605) Control del Dolor	[160511] Refiere dolor controlado.	1(Día 1)	(2210) Administración de analgésicos	5(Día 15)
(2102) Nivel de dolor	(210201) Dolor referido	1(Día 1)	(1400) Manejo del dolor	4(Día 15)
	(210206) Expresiones faciales de dolor	1(Día 1)	(1400) Manejo del dolor	4(Día 15)

* Puntuación Likert para Control del dolor: (1-5); siendo (1) Nunca demostrado, (2) Raramente demostrado, (3) A veces demostrado, (4) Frecuentemente demostrado (5) Siempre demostrado.

*Puntuación Likert para Nivel de dolor: (1-5); siendo (1) grave, (2) sustancial, (3) moderado, (4) leve y (5) ninguno.

Por tal razón, uno de los criterios de resultados (NOC) (8) fue el control del dolor del paciente, teniendo en cuenta como indicadores si refiere dolor controlado. Esto, debido a que una de las medidas generales en pacientes con SCA hospitalizados es el alivio del dolor (12). (Véase Tabla I).

De acuerdo a las intervenciones (NIC) (9) se consideró pertinente la administración de analgésicos.

De este modo, se llevaron a cabo una serie de actividades como:

- Administrar medicamentos de alivio del dolor, si pautados.

- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Apoyo emocional y acompañamiento enfermero.

Por otra parte, otro criterio de resultado (NOC) (8) fue tratar el nivel del dolor del paciente, teniendo en cuenta como indicadores el dolor referido y las

expresiones faciales de dolor (Véase Tabla I).

De acuerdo a las intervenciones (NIC) (9) se consideró pertinente el manejo del dolor. De este modo, se llevaron a cabo actividades como: valoración exhaustiva del dolor. Que incluyen la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.

Se evaluó la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa (10). El apoyo enfermero en este sentido fue crucial, logrando el manejo del dolor por parte del paciente.

Por otro lado, también se identificó como DxE:

Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud manifestado por angustia y ansiedad verbalizada. (Véase en la tabla II)

Tabla II. Planificación del DxE:(00146) Ansiedad.

RESULTADOS	INDICADORES*	PUNTUACIÓN LIKERT PREVIA A LA INTERVENCIÓN	INTERVENCIÓNES	PUNTUACIÓN LIKERT POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN
(1211) Nivel de ansiedad	(121117) Ansiedad verbalizada.	2(Día 1)	(5820) Disminución de la ansiedad	5(Día 15)

*Puntuación Likert: (1-5); siendo (1) grave, (2) sustancial, (3) moderado, (4) leve y (5) ninguno.

Criterio de resultado (NOC) (8): Nivel de ansiedad. El paciente se mostraba ansioso y preocupado por la situación de sus padres, los cuales son señores de la tercera edad y quienes estaban al cuidado tanto físico como económico de Eduardo. Es decir, inicialmente su preocupación no era la condición en la que se encontraba sino sus padres. Sin embargo, le estaba afectando psicoemocionalmente y repercutiendo en la recuperación de su enfermedad. (Los

indicadores para el NOC se reflejan en la tabla II).

En cuanto a las intervenciones (NIC) (9) se estableció la disminución de la ansiedad. Puesto que el apoyo continuo al paciente disminuye los niveles de temor y ansiedad, procurándole una mayor sensación de seguridad y ayudándole a recuperar el control (10).

Para cumplir estas intervenciones se llevaron a cabo una serie de actividades como:

- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Escucha activa por parte del profesional
- Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

Con la primera y segunda actividad, se buscaba alentar al paciente a que contara sus preocupaciones para poder buscar soluciones a ello, puesto

que, algunos autores infieren que la comunicación es una necesidad en cualquier ámbito y ante cualquier comunidad, dada la necesidad de compartir pensamientos y sentimientos (13). Por ende, una escucha activa transmite interés y resulta útil para detectar las necesidades y métodos de afrontamiento del paciente.

Así mismo, otro DxE realizado fue:

Disminución del gasto cardiaco relacionado con taquicardia y resultados para clínicos, evidenciado por alteración de la frecuencia cardiaca y deficiente irrigación sanguínea (coronarias). (Véase en la tabla 3).

Tabla 3. Planificación del DxE: (00029) disminución del gasto cardiaco.

RESULTADOS	INDICADORES*	PUNTUACIÓN LIKERT PREVIA A LA INTERVENCIÓN	INTERVENCIONES	PUNTUACIÓN LIKERT POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN
(0405) Perfusión tisular cardiaca	(40504) Angina	1(Día 1)	(4044) Cuidados cardíacos: agudos	4(Día 15)
	(40521) Taquicardia	2(Día 1)	(6680) Manejo de los signos vitales	3(Día 15)
	(40509) Hallazgos del electrocardiograma	1(Día 1)	(6680) Manejo de los signos vitales	3(Día 15)

Como criterio de resultado (NOC) (8): perfusión tisular cardiaca. Eduardo padecía la incapacidad en su corazón de bombear la cantidad de sangre adecuada para satisfacer las demandas meta-

bólicas del cuerpo. (Los indicadores para el NOC se exponen en la tabla III).

En cuanto a las intervenciones (NIC) (9) es necesario mencionar que como actividad pionera se implementó el

manejo de los signos vitales, con base en los protocolos hospitalarios establecidos en dicha institución. Posteriormente, se recogió los datos y se analizó el estado cardiovascular y respiratorio para determinar si Eduardo estaba evolucionando positivamente con el tratamiento farmacológico establecido por el médico, y los cuidados de enfermería de acuerdo a los DxE realizados. Cabe mencionar, que el control estricto de los signos vitales incluyendo la realización de Electrocardiograma, nos permite identificar alguna anomalía y la evolución intrahospitalaria del paciente. De este modo, poder determinar de manera precoz si es necesario reajustar el tratamiento de acuerdo a los resultados arrojados. (12,14,15).

Para que se llevaran a cabo estas intervenciones, se realizó una serie de actividades fundamentales en este proceso como:

- Evaluar el dolor torácico (p. ej., intensidad, localización, irradiación, duración y factores precipitadores y calmantes).
- Administración de oxígeno según lo pre-escrito.

EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

La evolución de Eduardo fue rápida y sin retroceso, con una duración de

15 días. De acuerdo al DxE: :(00132) dolor agudo, se logró disminuir significativamente el nivel del dolor evidenciado en el paciente, esto fue posible, gracias al tratamiento farmacológico y el apoyo emocional del personal de enfermería.

Respecto al segundo diagnóstico, ansiedad, se consiguió que el paciente expresara con más confianza sus inseguridades y el motivo principal que no lo dejaba enfocarse en el problema actual (su enfermedad) haciéndolo tomar conciencia del presente. De esta forma, el paciente logró ver con mayor claridad qué conductas o medidas debe tomar para su recuperación. También, logró identificar qué factores influían en los cambios en el nivel de ansiedad y las medidas a tomar, para la disminución de la misma.

Así mismo, en el tercer diagnóstico: (00029) disminución del gasto cardíaco. Se consiguió una gran mejoría en la salud de Eduardo; una de las intervenciones fundamentales e indispensables para este proceso fue la monitorización de los signos vitales, debido a la complejidad del SCA. Inicialmente, en la evaluación de los indicadores, arrojaron resultados negativos, posterior a las actividades realizadas se evidenció una mejoría moderada. Cabe destacar, que al trabajar sobre los factores estresores (ansiedad) se empezó a observar una

estabilización de los signos vitales y, por ende, recuperación en el aspecto físico / biológico.

Por otro lado, en el cuarto DxE: (00060) interrupción de los procesos familiares. Se logró mejorar las relaciones que tenía Eduardo con sus hermanos, como primera intervención se comprobó las relaciones familiares actuales, posterior a esto, se estableció una relación de confianza con los miembros de la familia, ayuda en la resolución de conflictos y al mantenimiento de las relaciones positivas. Lo cual representó cambios significativos en la relación interpersonal hermanos –paciente, mejorando así, el aspecto psicosocial de Eduardo.

DISCUSIÓN

Los pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) necesitan una gran cantidad de cuidados por parte de enfermería con una visión holística (Biospiciosocialmente) e integrativa. Es decir, ver al paciente como un todo y no como la suma de sus partes. Puesto que la complejidad de esta patología representa un riesgo inminente en la salud del paciente. Por lo tanto, la aplicación de un plan de cuidado integral con base en el modelo de los sistemas de Betty Neumann, nos permite identificar los factores estresores (internos y externos) que afectan al eje central del cuidado, en

este caso el paciente objeto de estudio (sistema), para implementar las medidas de intervención de enfermería pertinentes a la situación de salud del paciente.

Según Marosti et al en su estudio, encontraron una elevada superioridad de síntomas y signos como: sentimientos de incapacidad para mantener comportamientos favorables a la salud cardiovascular, consumo de bebidas alcohólicas en pacientes con SCA entre otros. Al comparar estos resultados, identificamos que tienen coincidencia con los datos subjetivos y objetivos obtenidos durante la valoración, entre esos, el consumo de alcohol (17).

De acuerdo al manejo del dolor agudo se logró controlar y disminuir significativamente con las actividades establecidas. No obstante, al compararlo con las actividades realizadas por María Simón García (18) en su caso clínico para este mismo diagnóstico, no se observó coincidencias en las mismas. Sin embargo, los resultados en nuestro caso para el indicador: refiere dolor controlado, fueron más positivos. Con esto, se puede inferir que el apoyo emocional y el acompañamiento enfermero pueden resultar relevantes para un mejor manejo del dolor agudo.

Así mismo, para el DX disminución del gasto cardíaco se logró una mejoría moderada (según puntuación Likert

posterior a la intervención a los 15 días). Al contrastar las intervenciones realizadas por Dimas Barbará et al (19) se evidenció similitudes con las aplicadas a Eduardo. Sin embargo, al comparar los resultados esperados en la perfusión cardiaca con nuestro caso, se observó discordancia. Cabe mencionar que dentro de las actividades realizadas enfatizamos en evitar la inducción de situaciones de gran intensidad emocional y el fomento de técnicas eficaces de reducción del estrés.

En cuanto al dx: Interrupción de los procesos familiares, se desarrollaron intervenciones dirigidas al buen funcionamiento de la familia, con las cuales se logró una mejoría significativa en los vínculos familiares y una reducción sustancial de los factores estresores interpersonales. Establecer una buena comunicación en la familia como factor primordial, reduce los conflictos, malos entendidos, dudas y frustraciones (16) que podrían resultar beneficiosos o aportar positivamente a la recuperación pronta de Eduardo.

No existe evidencias o aportaciones científicas de caso clínicos con pacientes de síndrome coronario agudo (SCA) abordados desde el modelo de Betty Neuman. Por ello, sería interesante desarrollar a futuro, planes de cuidado con base a este modelo, con el fin de

identificar los factores estresores internos y externos que afronta un paciente con síndrome coronario agudo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cassiani, M., Cabrera, A., & Carlos. (2009): "Síndrome coronario agudo: epidemiología y diagnóstico". *Salud Uninorte*, 25(1), 118-134.
2. Organización Mundial de Salud (OMS) Consulta 21 abril, 2015, de la web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>.
3. Roberto, I., & Jaume. (2013): "Epidemiología del síndrome coronario agudo en España: Estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049", *Revista Española de Cardiología*, 66(6), 472-481.
4. Bartra, A.V y Hurtado, E.A (2017): Frecuencia de Factores de Riesgo Cardiovascular en Pacientes con Síndrome Isquémico Coronario Agudo de Chiclayo. Tesis pregrado. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Chiclayo, Perú.
5. Cediel, C., Luna, K., Pertuz, A., & Pérez, L. (2015): "Niveles de Parathormona y Eventos Coronarios Agudo en Pacientes en Hemodiálisis. Fresenius Medical Care Riomar. Barranquilla 2013-2014". *Biociencias*, 10(2), 99-106.
6. Secretaria Distrital de Salud Barranquilla. (2016): Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud
7. Achury, D., Rodríguez, S., Agudelo, L., Hoyos, L., & Acuña, J. (2011): "Calidad de Vida del Paciente con Enfermedad Cardiovascular que Asiste al Programa de Rehabilitación Cardíaca", *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(2), 49-74.
8. Morrhead, S., Johnson, M., Mass, M., & Swanson E. (2014): *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (5ª Ed). Barcelona: Elsevier.
9. Bulechek, GM., Butcher, HK., & McCloskey Dochterman, JC. (2014): *Clasificación de Intervención de Enfermería (NIC)* (6ª Ed). Barcelona: Elsevier.
10. Doenges, ME., Moorhouse, MF., & Murr, AC. (2008): *Planes de Cuidados de Enfermería* (7ª Ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
11. Romero Herrera G, Flores Zamora E, Cárdenas Sánchez P, Ostiguiñ Meléndez R M. Análisis de las bases teóricas del modelo de sistemas de Betty Neuman. 2007. *Rev Enfermería Universitaria*. 4 (1): 44-48
12. Sellén Crombet J, Sellén Sánchez E, Barroso Pacheco L, Sellén Sánchez S. 2010 Diagnóstico y tratamiento de la angina inestable aguda e infarto miocárdico sin elevación del segmento ST. *Rev. cubana Invest Bioméd* [Internet]. Jun [citado 2018 Sep 25]; 29(2): 274-293.
13. Subiela García J A, Abellón Ruiz Juan, Celdrán Baños Ana Isabel, Manzanares Lázaro José Ángel, Satorres Ramis Bárbara. (2014) La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enferm. glob.* [Internet]. Abr [citado 2018 Jul 30]; 13(34): 276-292.
14. Coll Muñoz Y, Valladares Carvajal F, González Rodríguez C. (2016) Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. *Rev. Finlay* [Internet]. Jun [citado 2018 Jul 31]; 6(2): 170-190. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200010&lng=es.
15. Montero Hechavarría E, Rodríguez B A, Blanco Gómez L, Vidal Sigas V M, Mata Mendoza M. (2010) Enfoque diagnóstico y terapéutico del síndrome coronario agudo. *MEDISAN* [Internet]. [citado 2018 Sep 24]; 14(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000100013&lng=es.
16. Bezanilla J M, Miranda A. (2013) La familia como grupo social: una reconceptualización. *Alternativas en Psicología*, 17(29), 58-73.
17. Marosti Dessotte C A, Souza e Silva F, Bolela F, Aparecida Rossi L, Spadoti Dantas R A. (2013) Presencia de síntomas depresivos en pacientes con primer episodio de Síndrome Coronario Agudo. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. Jun [citado 2018 Jul 31]; 21(1): 7 pantallas.
18. Simón García M J. (2013) Plan de cuidados del paciente con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Rev Reduca*: 5(3): 153-174.
19. Dimas Altamirano B, Gómez Ortega M, Sánchez Arias A G, González González G, Bobadilla Serrano E et al. (2016) Intervención de enfermería a paciente con síndrome coronario agudo y síndrome compartimental abdominal. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*; 24(Edición especial): 17-23.