



CENUR
NORESTE

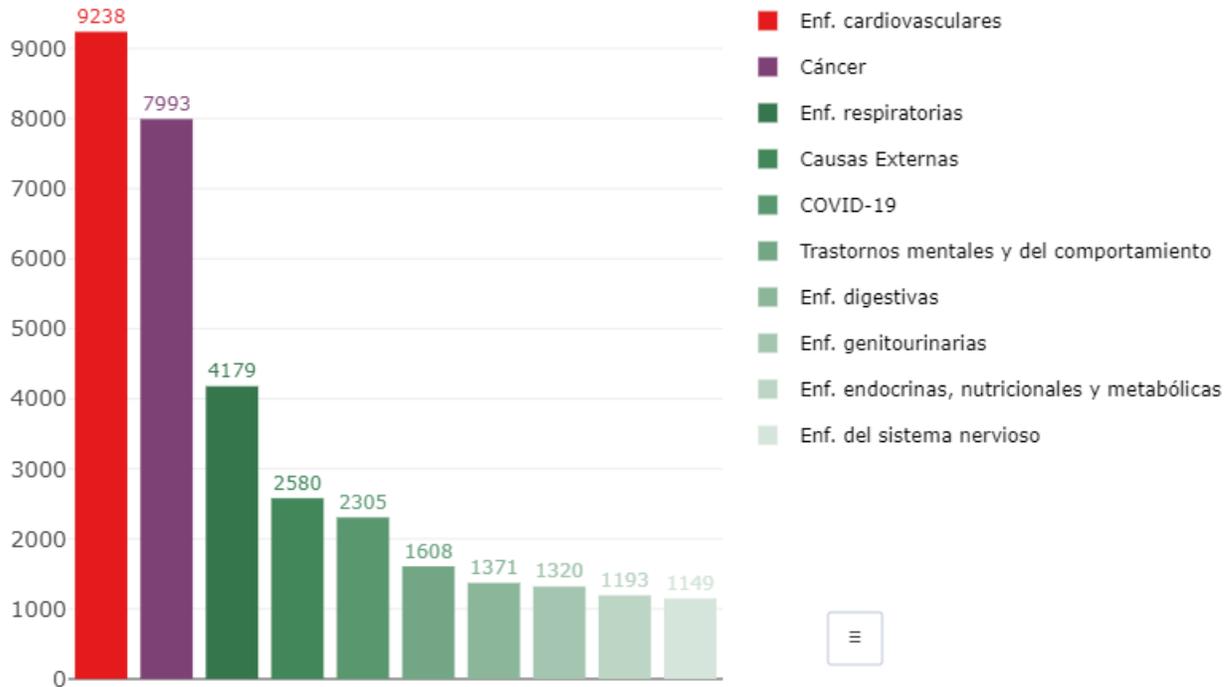


Síndrome Coronario Agudo

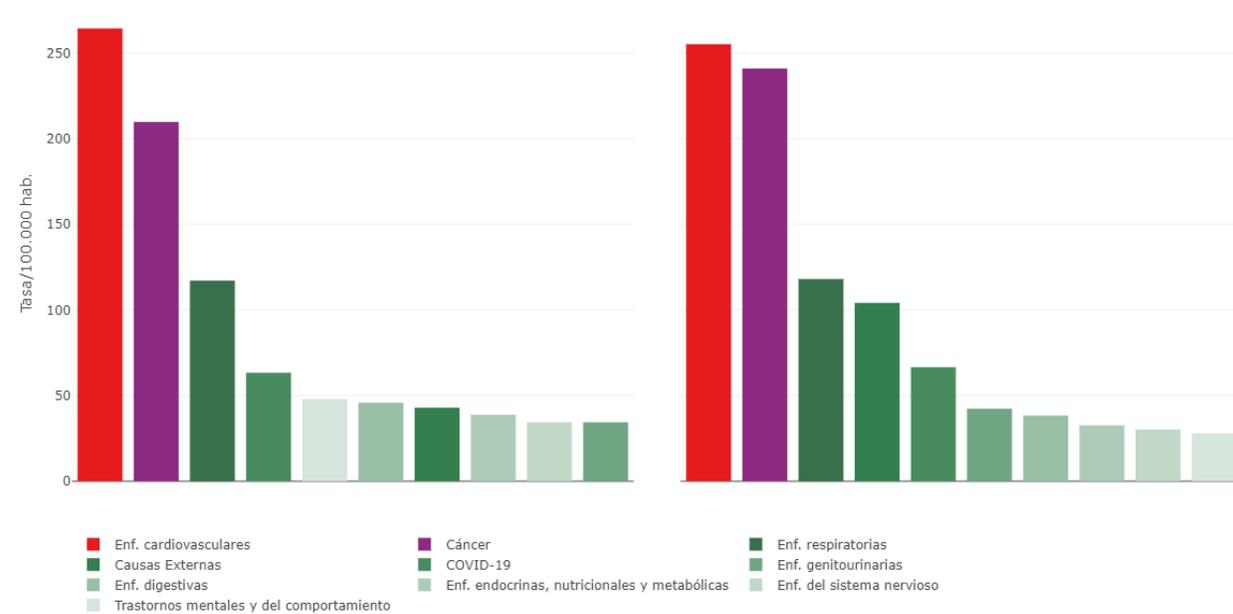
Prof Asist Esp Dra Andrea Corvos

Estadísticas

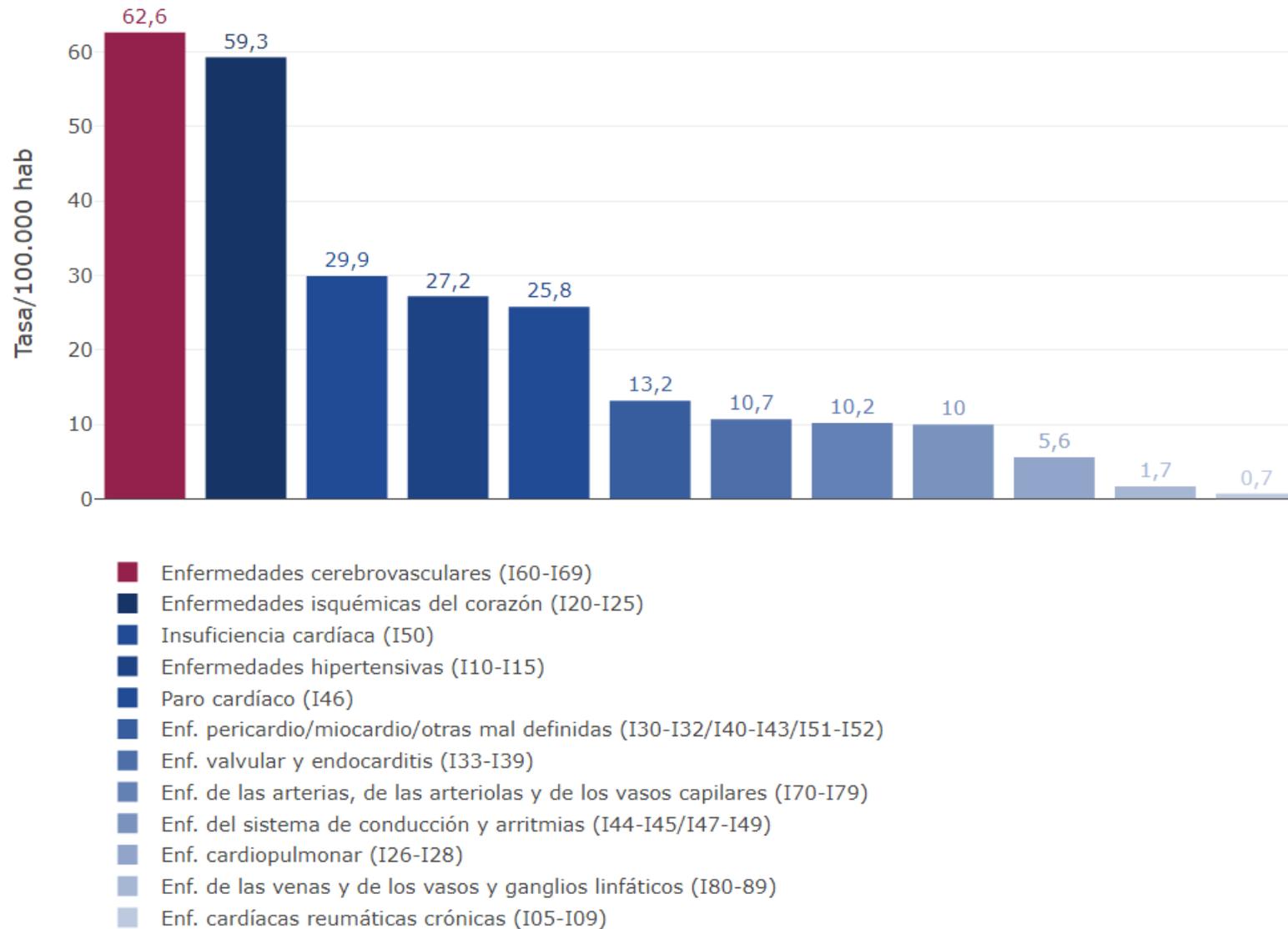
Principales causas de mortalidad. Uruguay 2022



Principales causas de mortalidad según sexo. Uruguay 2022.



Mortalidad por ECV según causas

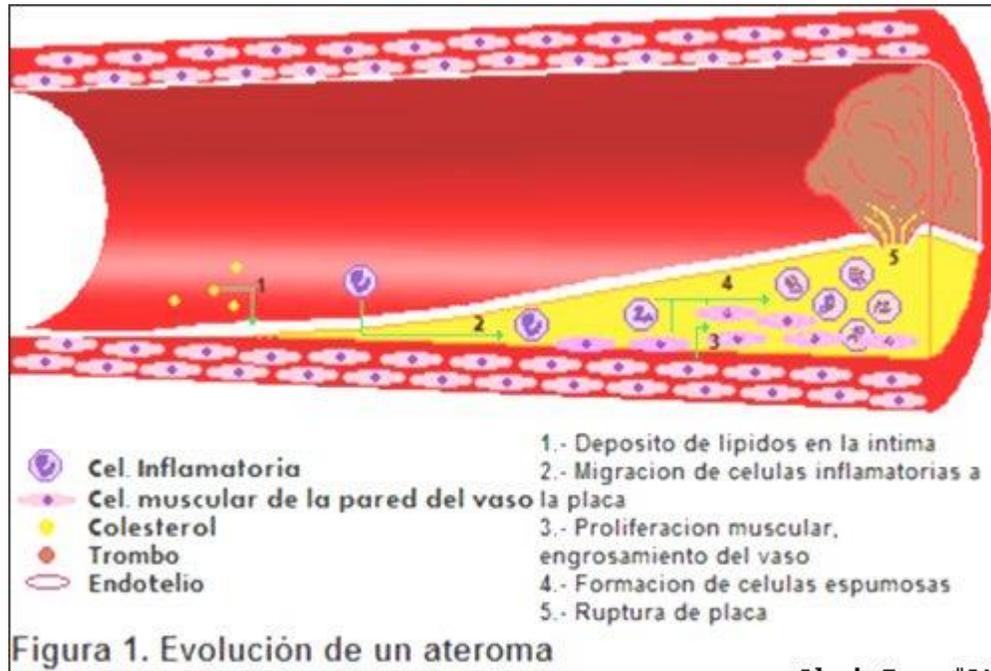


Mortalidad proporcional de las primeras 5 causas globales de muerte según tramo etario

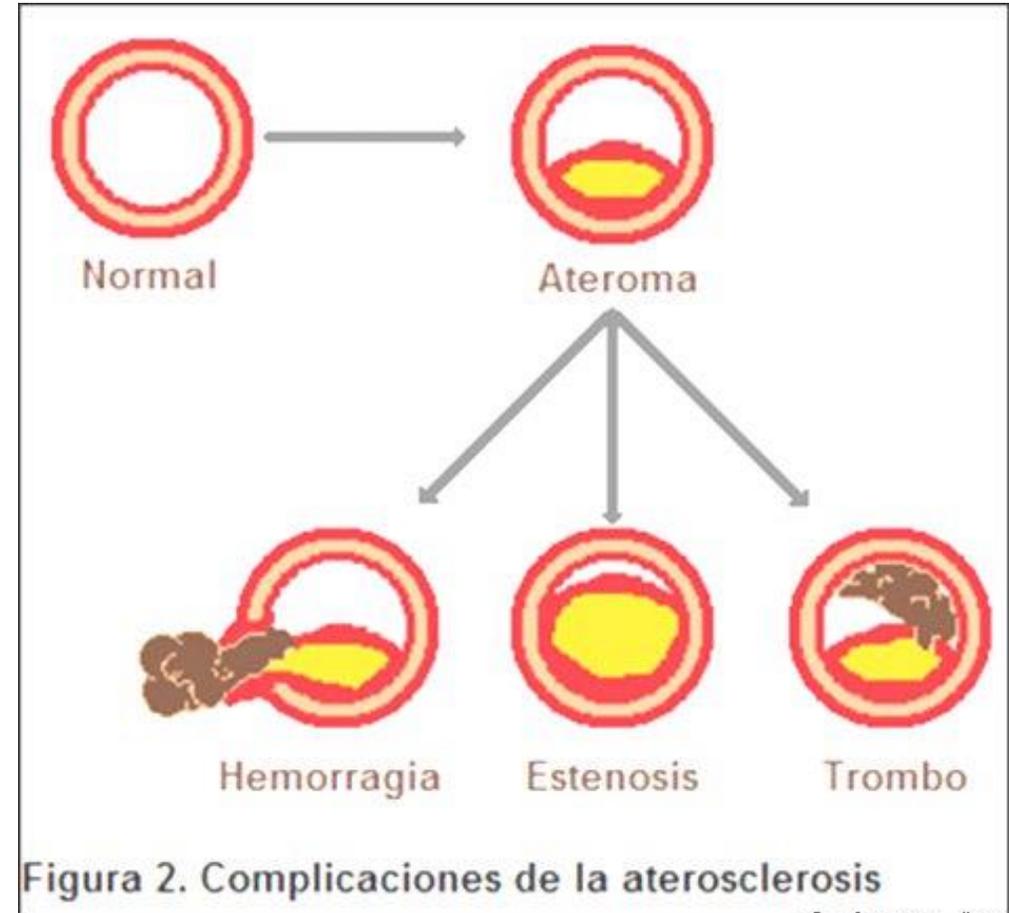


Ateroescclerosis

Enfermedad sistémica, crónica y progresiva

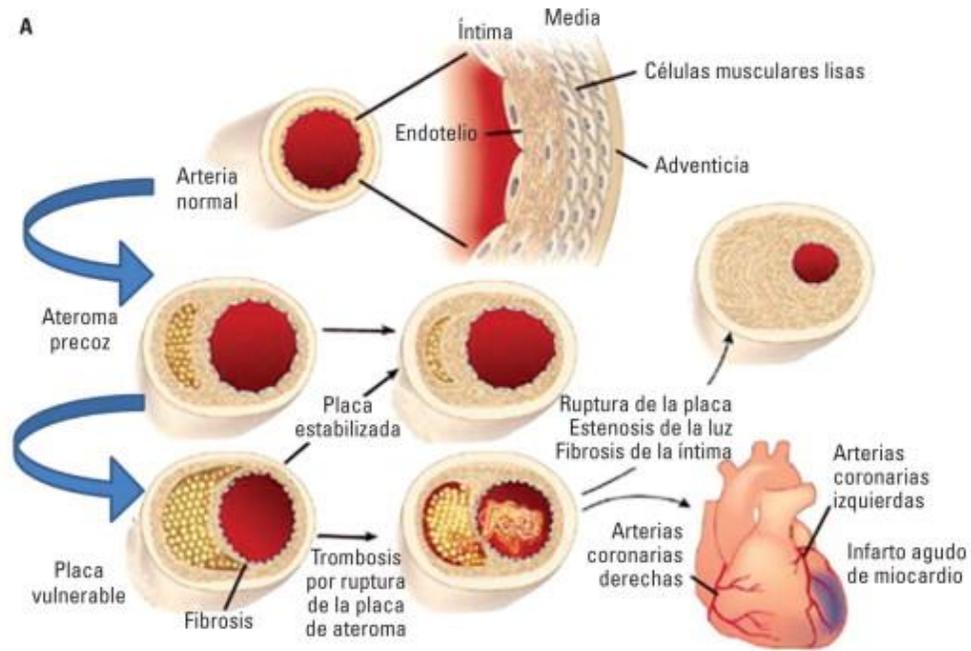


Atleph-Zero #61

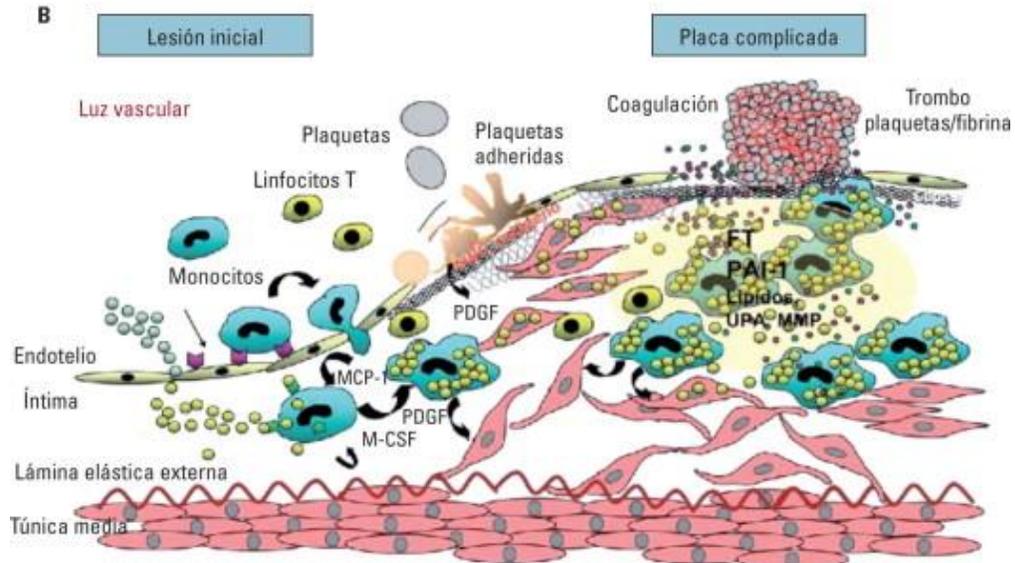


Atleph-Zero #61

A



B



Nomeclatura e histología principal

Secuencias de la progresión de la aterosclerosis

Inicio

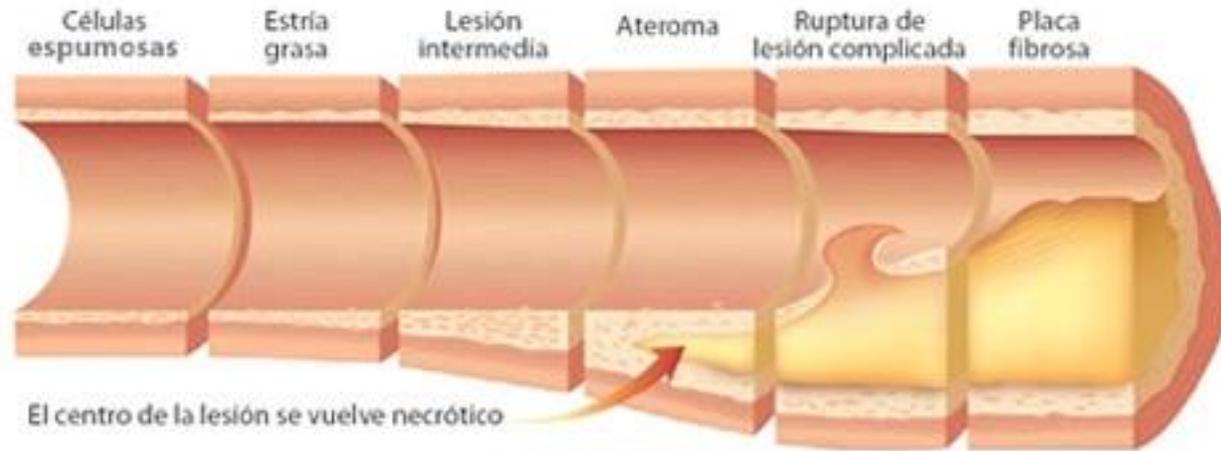
Principal mecanismo de crecimiento

Correlación clínica

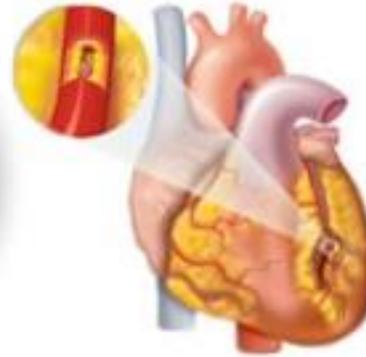
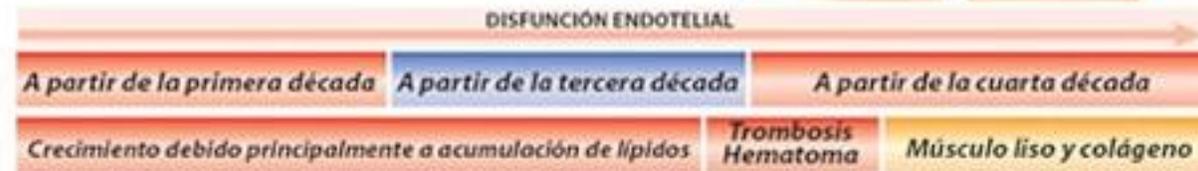
Nomeclatura e histología principal	Secuencias de la progresión de la aterosclerosis	Inicio	Principal mecanismo de crecimiento	Correlación clínica
Lesión Inicial • Histológicamente "normal" • Infiltración de macrófagos • Células espumosas aisladas		A partir de la primera década	Crecimiento por adición lipídica	Clínicamente silente
Estría Grasa • Acumulación lipídica intracelular				
Lesión intermedia • Acumulación de lípido intracelular • Depósitos lipídicos externos		A partir de la tercera década	Incremento del músculo liso y el colágeno	Sin signos clínicos manifestos
Ateroma • Acumulación de lípido intracelular • Núcleo de lípido extracelular				
Fibroateroma • Núcleos lipídicos múltiples		A partir de la cuarta década	Trombosis y/o hematoma	
Lesión Complicada / Ruptura • Defectos superficiales • Hematoma-hemorragia • Trombosis				

DISFUNCIÓN ENDOTELIAL

Aterosclerosis

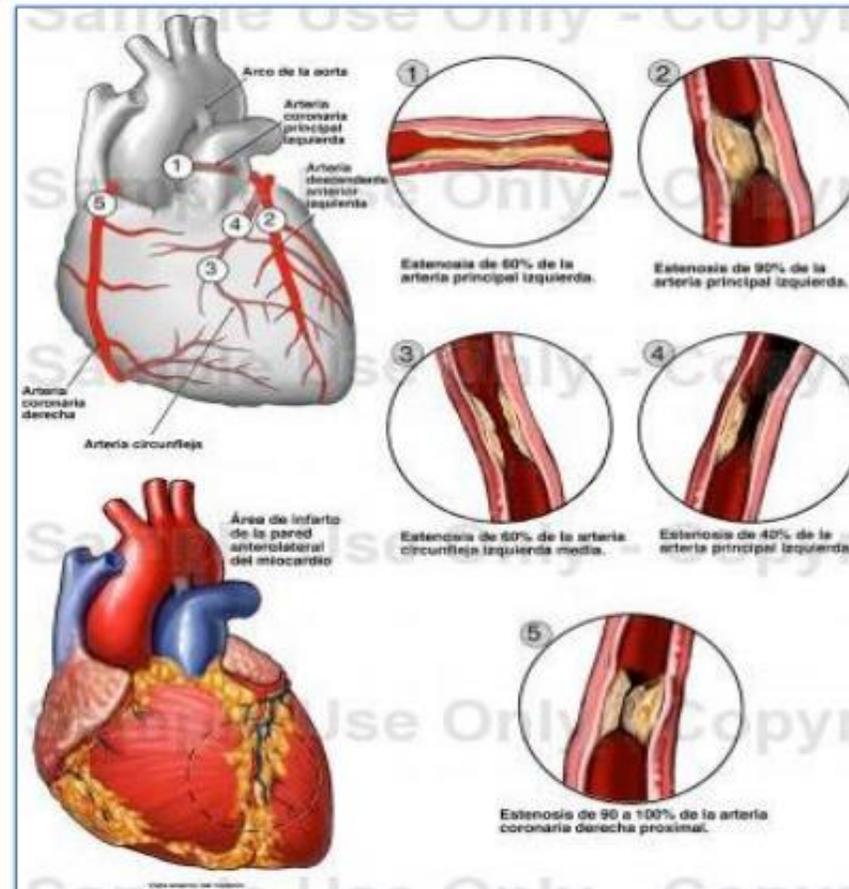


El centro de la lesión se vuelve necrótico

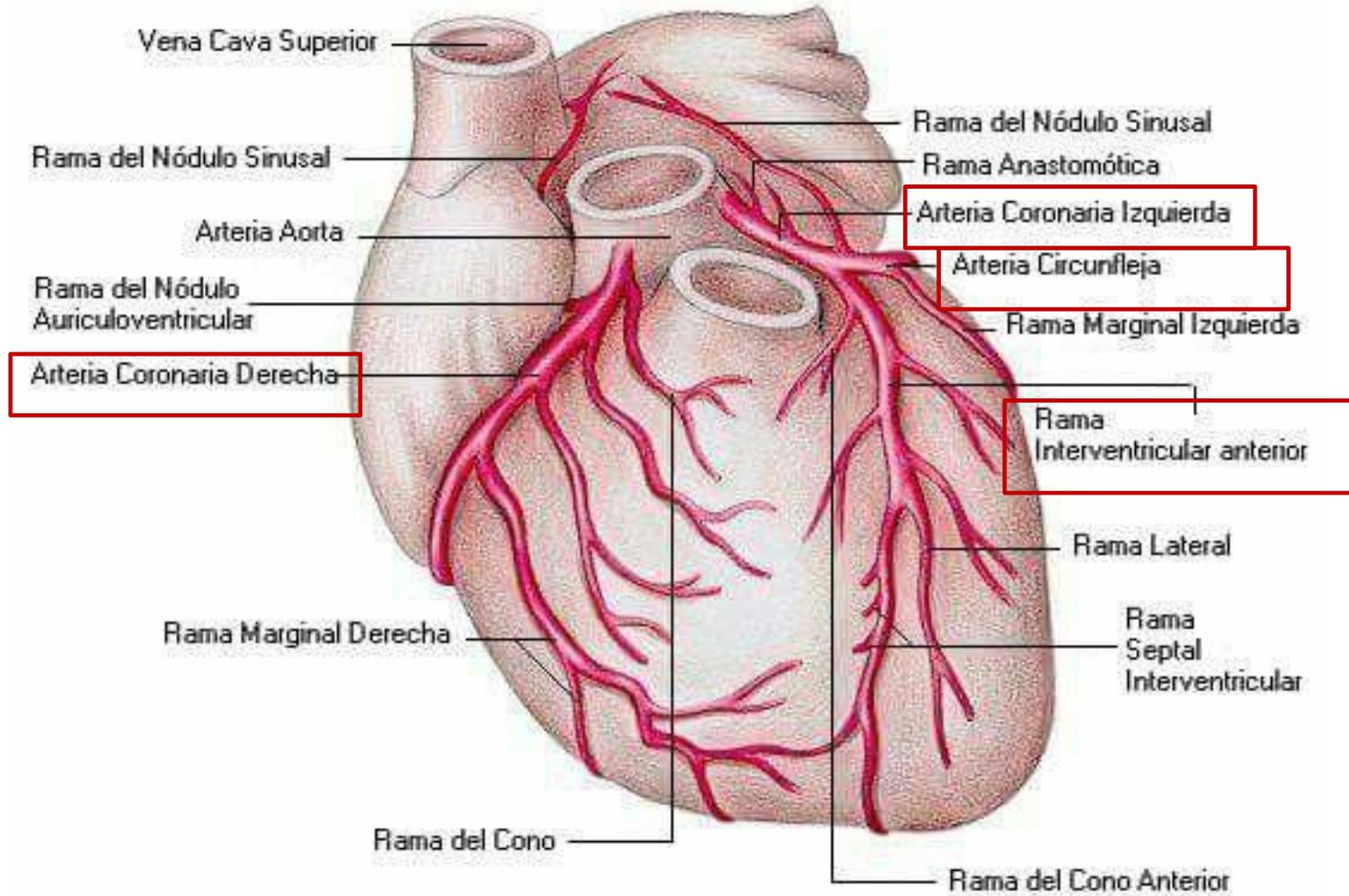


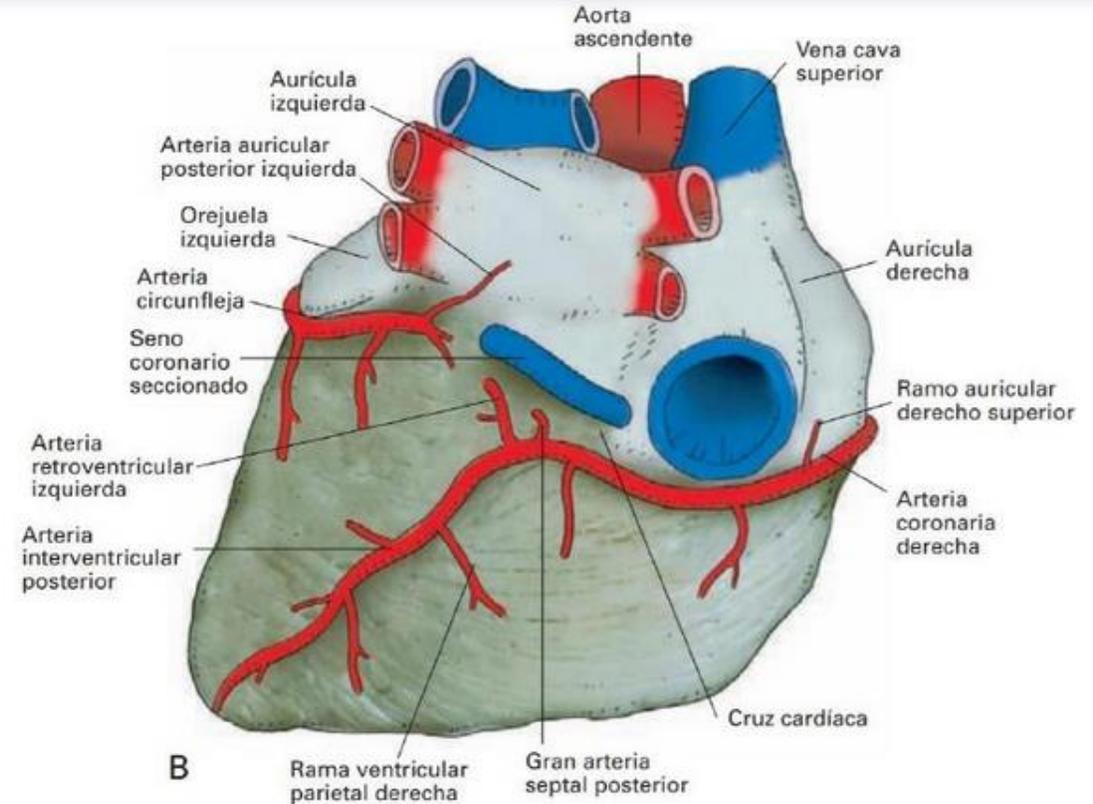
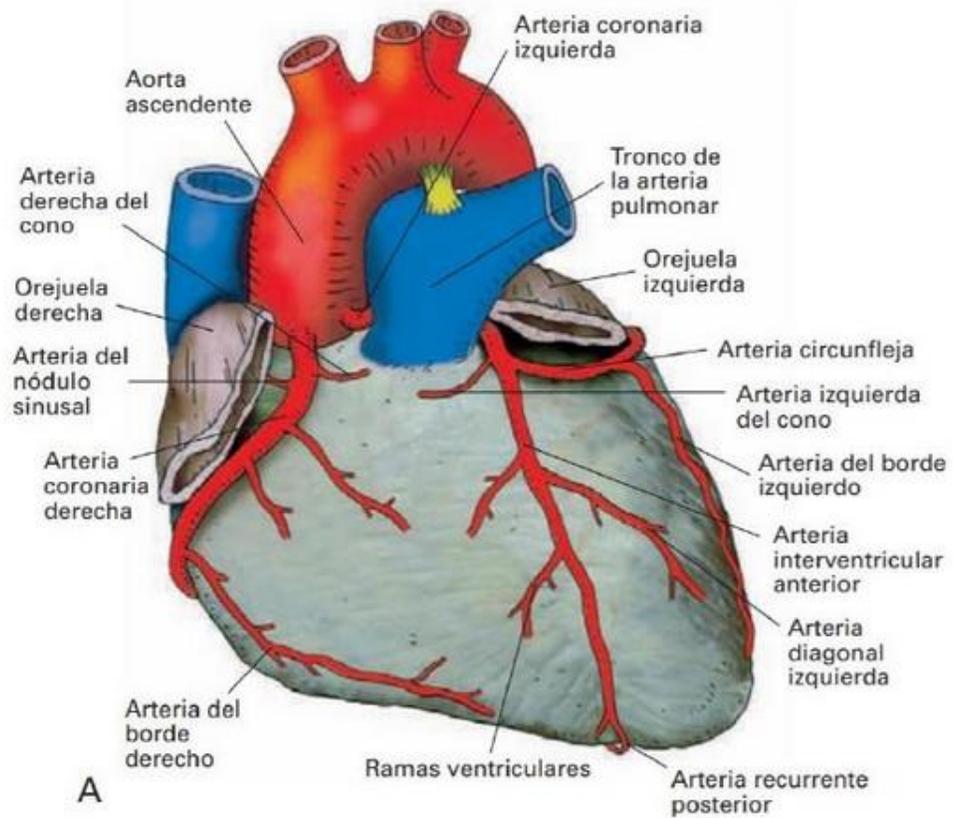
La aterosclerosis no compromete a una arteria única sino a todo el árbol arterial con afectación variable

- Ejemplo esquemático de lesiones múltiples de las arterias coronarias: localización y porcentaje de obstrucción.
- En el SCA habrá una arteria con lesión crítica responsable del cuadro actual del paciente, lo cual no excluye que haya otras arterias lesionadas con diverso grado de obstrucción, que también pueden requerir intervenciones aunque pueden mediatizarse.

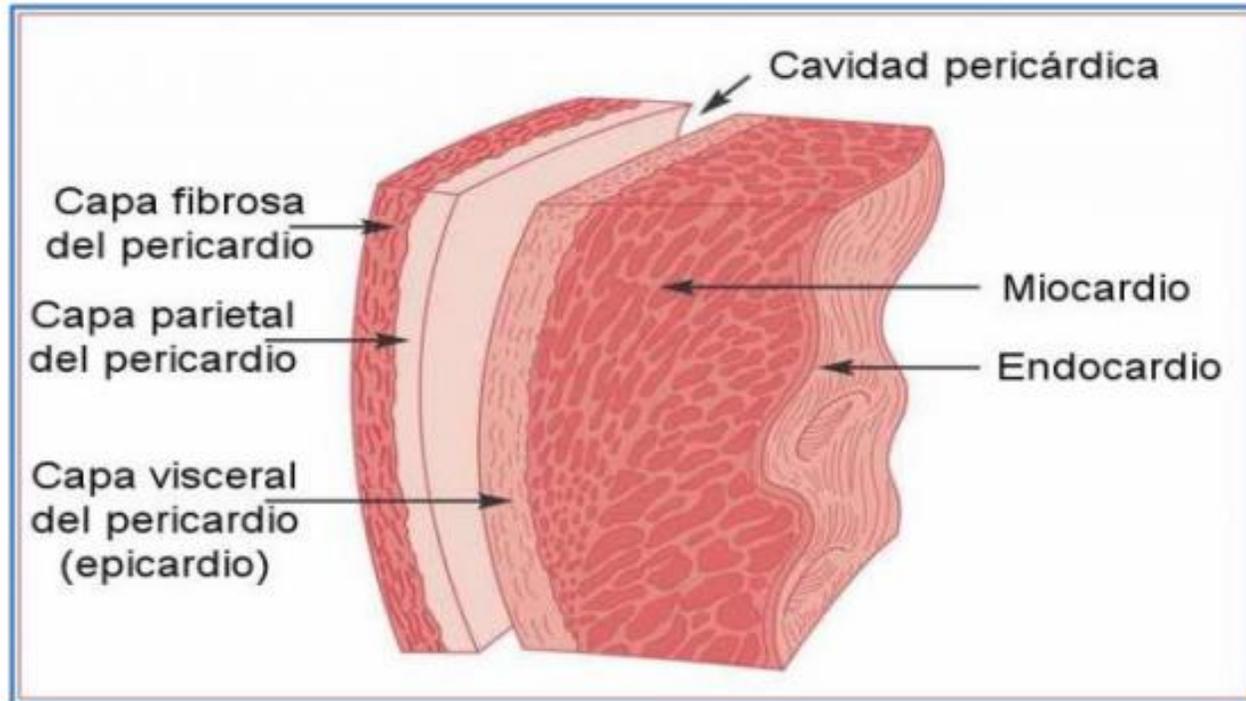


Arterias Coronarias - Vista anterior





Estructura de la pared cardíaca



- ***Recordar que las arterias coronarias son epicárdicas.***
- ***Localizarlas en el esquema***

Causas de alteración del flujo coronario

Disminución del flujo arterial:
shock,
arritmias,
TEP

Aumento del trabajo del miocardio:
stress

Disminución de los niveles de oxígeno:
Hipoxia.

Exposición a drogas:
cocaína

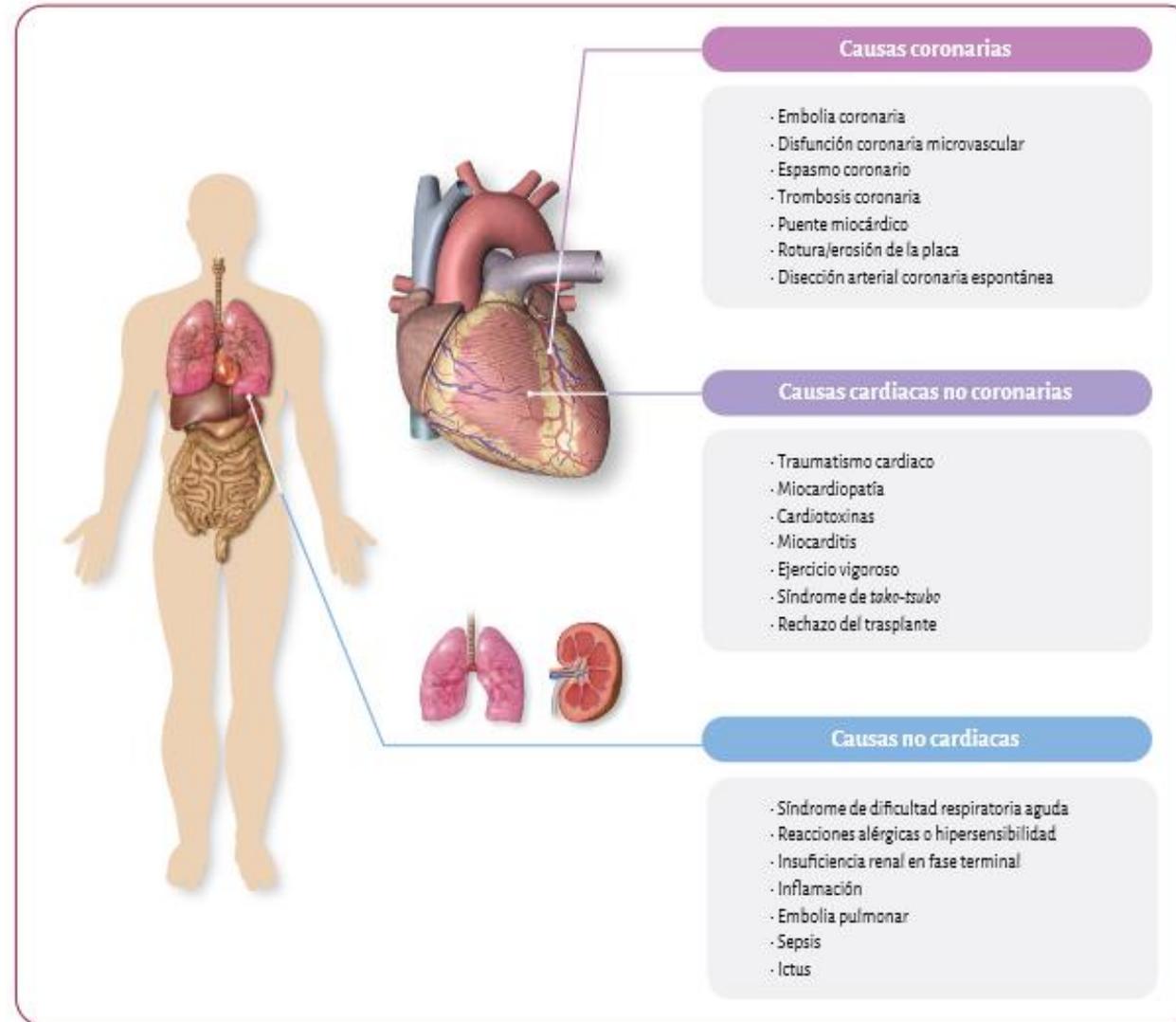
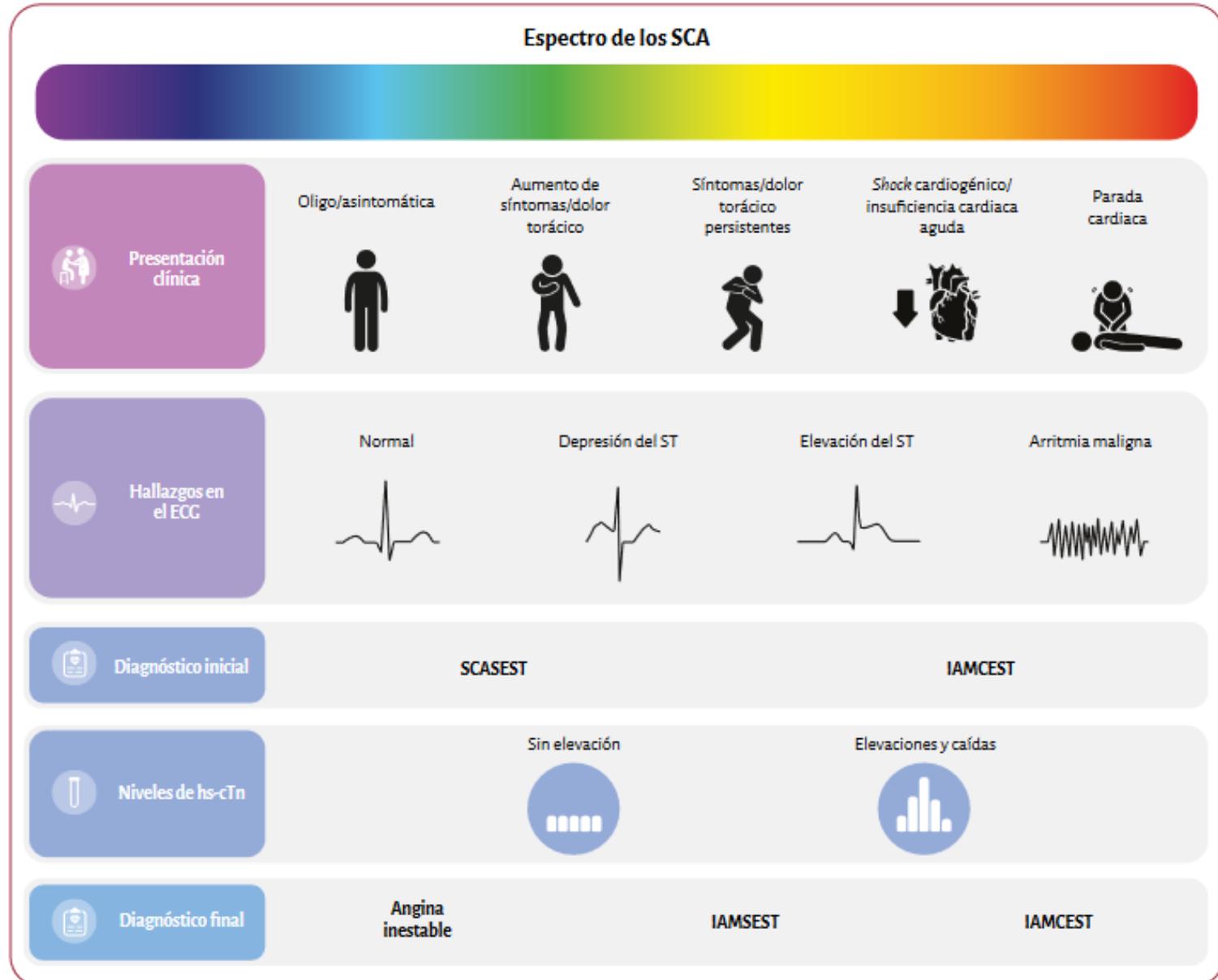


Figura 15. Causas subyacentes en pacientes con un diagnóstico inicial de infarto de miocardio sin enfermedad coronaria obstructiva. Esta figura recoge algunos de los diagnósticos diferenciales potenciales de pacientes con un diagnóstico inicial de MINOCA tras la coronariografía, pero esta lista no es exhaustiva.

Los síndromes coronarios agudos (SCA) engloban un espectro de entidades que incluyen a pacientes que presentan cambios recientes en los signos o síntomas clínicos, con o sin cambios en el electrocardiograma de 12 derivaciones (ECG) y con o sin elevaciones agudas de la concentración de troponina cardíaca



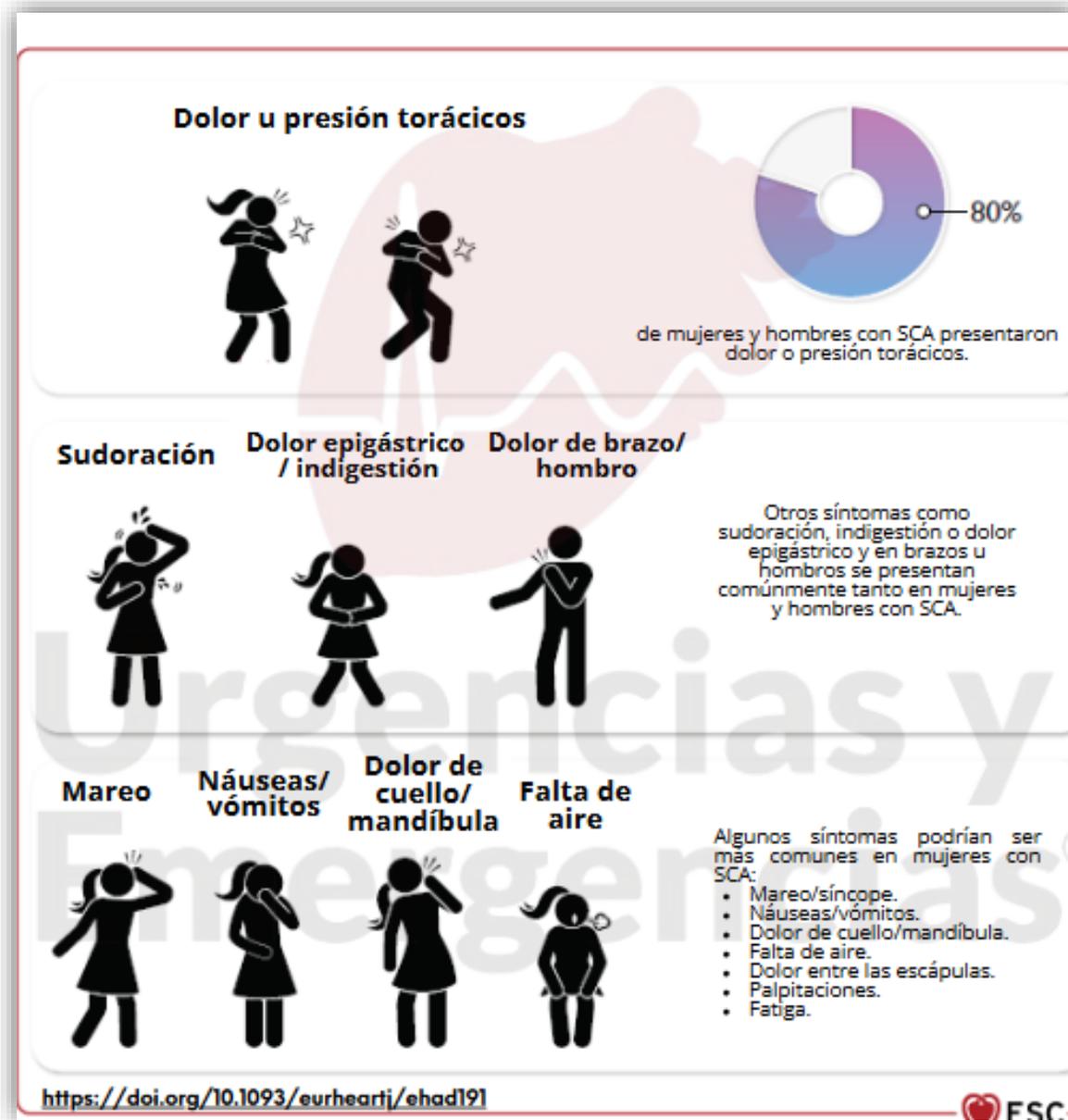
Cardiacos
 Posiblemente cardiacos
 Probablemente no cardiacos

Síntomas



FUENTE: Hospital Germans Trias i Pujol, Can Ruti

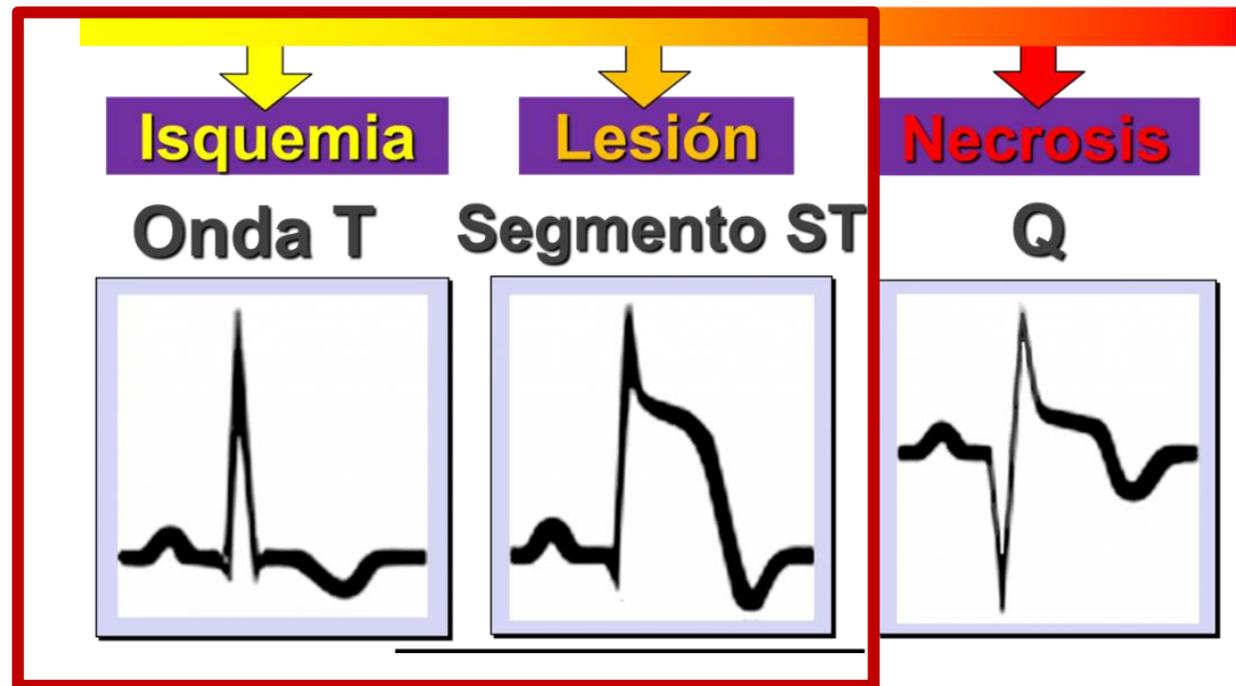
FRANCINA CORTÉS



Para permitir la repolarización y la despolarización de las células miocárdicas es necesario un aporte adecuado de sangre oxigenada, por lo tanto al producirse una disminución del flujo sanguíneo se altera el sistema eléctrico del corazón y esto ocasionara cambios eléctricos que van desde la isquemia, lesión, necrosis, infarto y muerte celular.

EKG EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Transitorio
y reversible

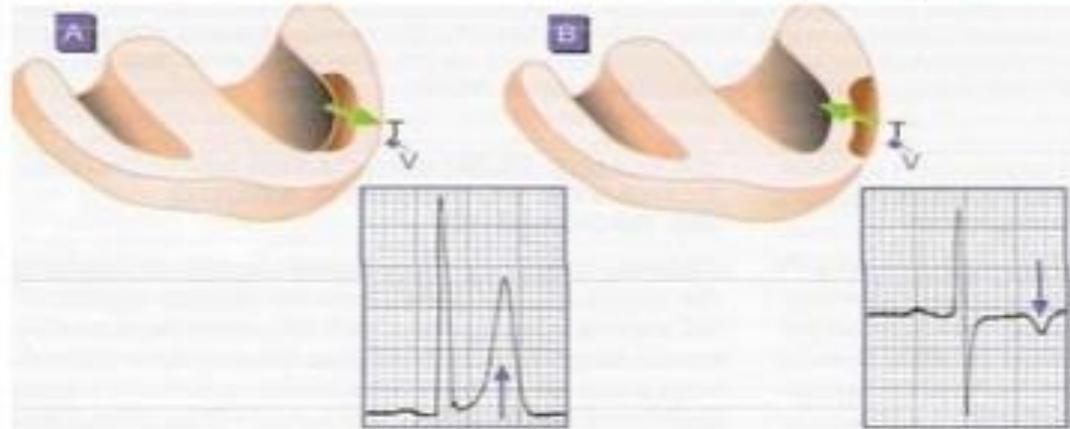


Isquemia

Produce retraso de la repolarización ventricular. Afectando la onda T

Cambios en la morfología de la onda T

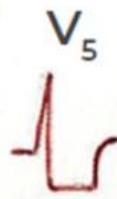
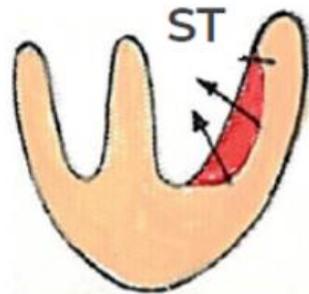
Isquemia subendocárdica	Isquemia Subepicárdica
Se registra una onda T Alta y acuminada	Se registra una onda T Negativa de vértices picudos y simétricos



Lesión

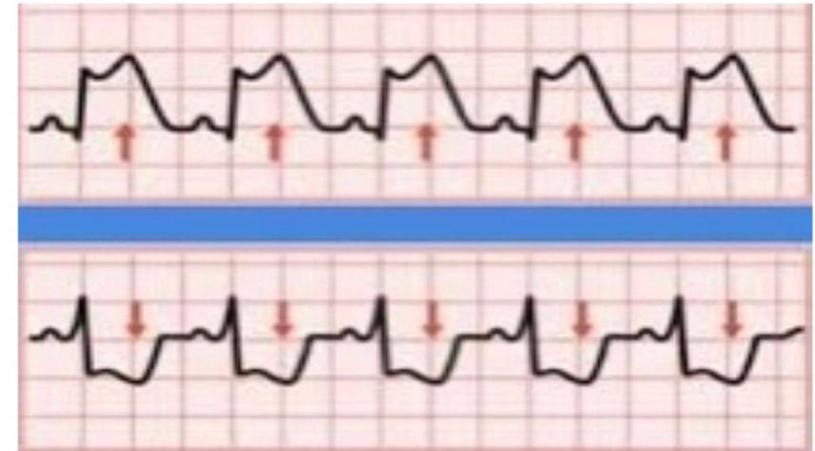
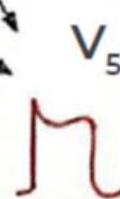
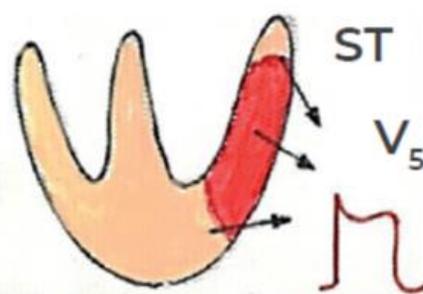
Existe mayor compromiso del flujo sanguíneo llegando a una isquemia severa pero no lo suficiente para producir necrosis tisular, nuevamente puede ser reversible y transitoria. Se altera el final de la despolarización coincidiendo con alteraciones del segmento ST.

SUBENDOCÁRDICO



campuscardio.com

SUBEPICÁRDICO

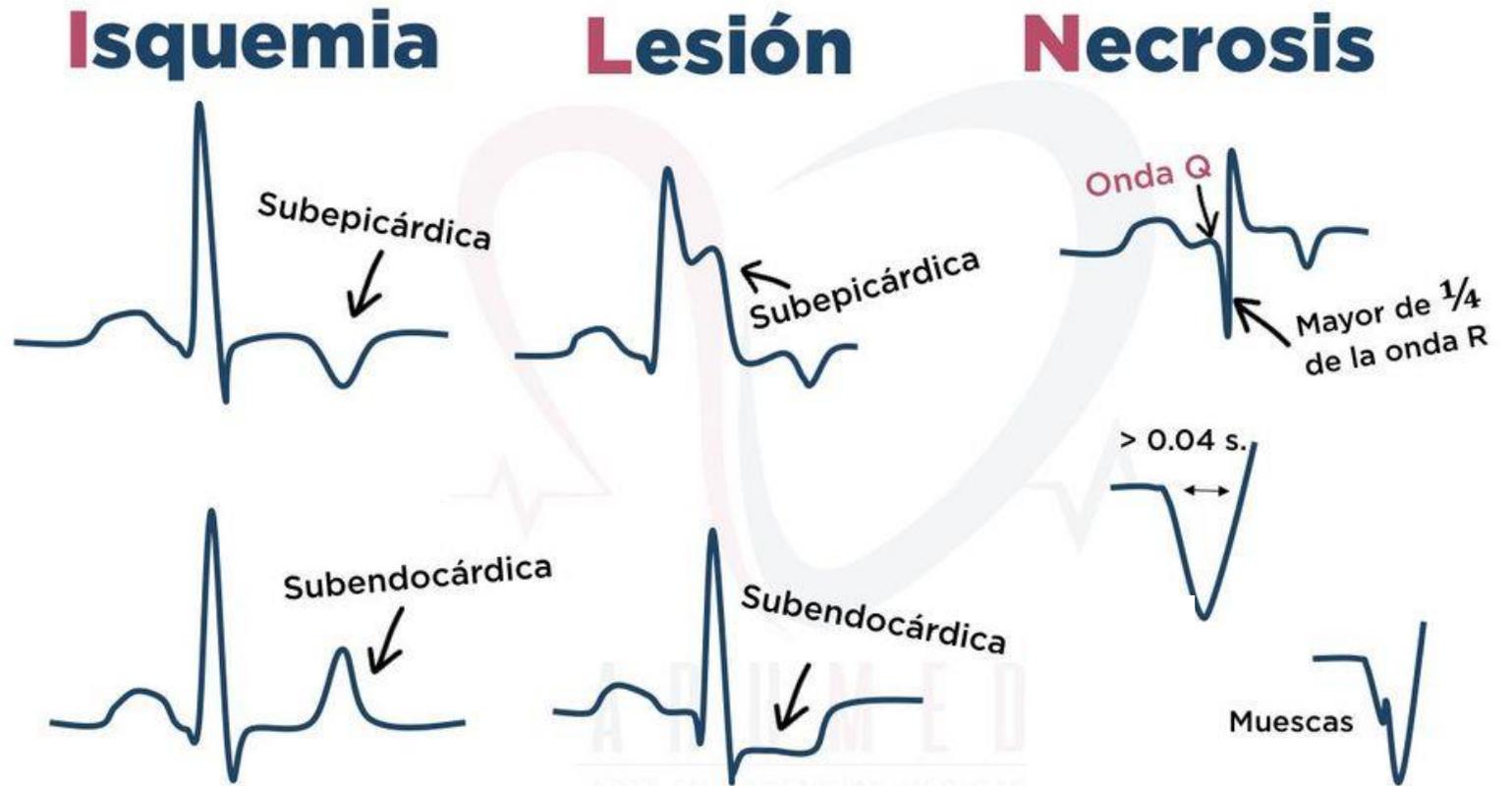
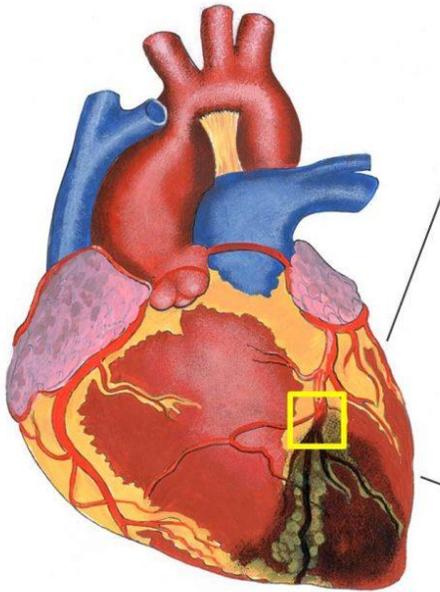


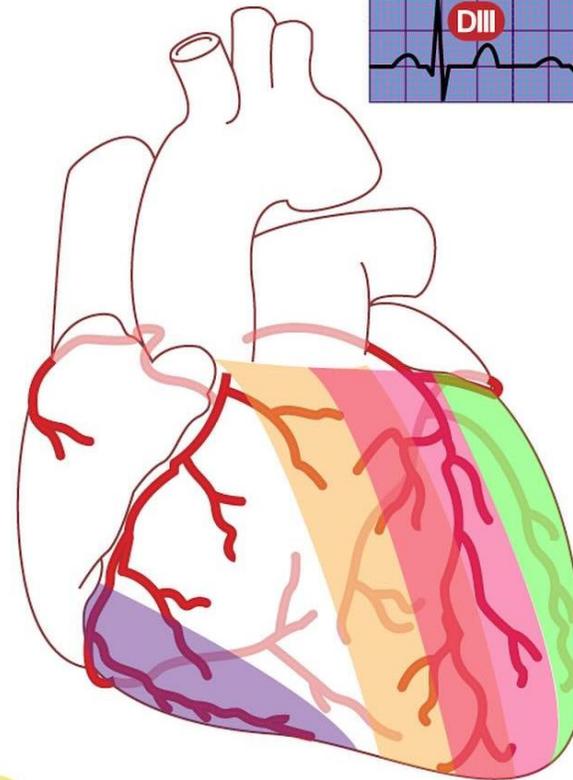
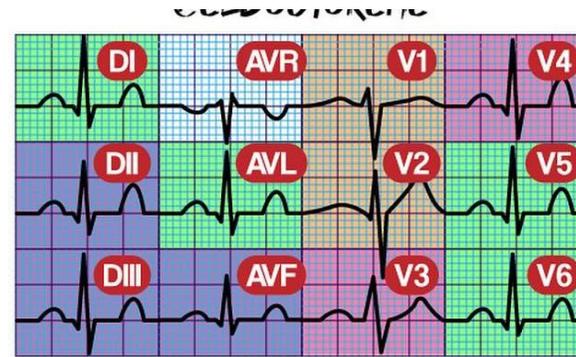
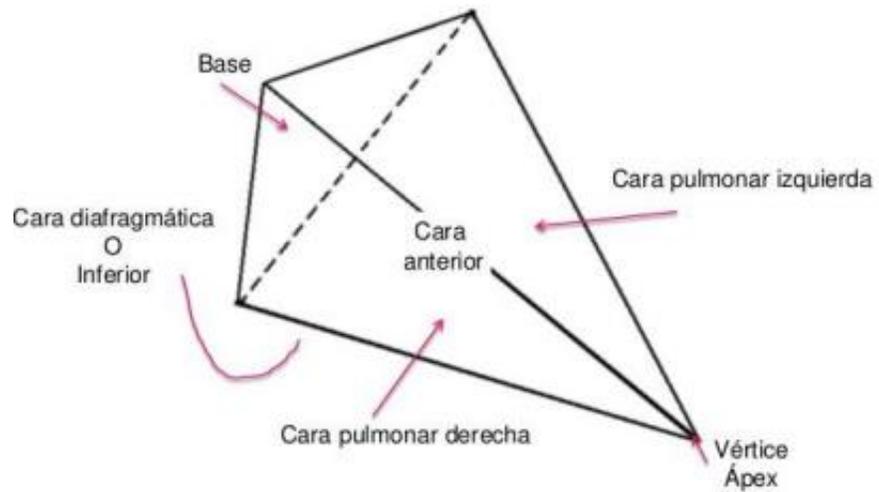
Las arterias coronarias transcurren por el epicardio y son las ramificaciones más finas las que penetran en el espesor miocárdico. La obstrucción de una arteria principal condicionará un mayor territorio sin perfusión y evolucionará a un infarto transmural.

Infarto

Insuficiente riego sanguíneo durante un tiempo, ocasionando necrosis del tejido miocárdico, por lo tanto no hay ni repolarización ni despolarización, eléctricamente es neutro

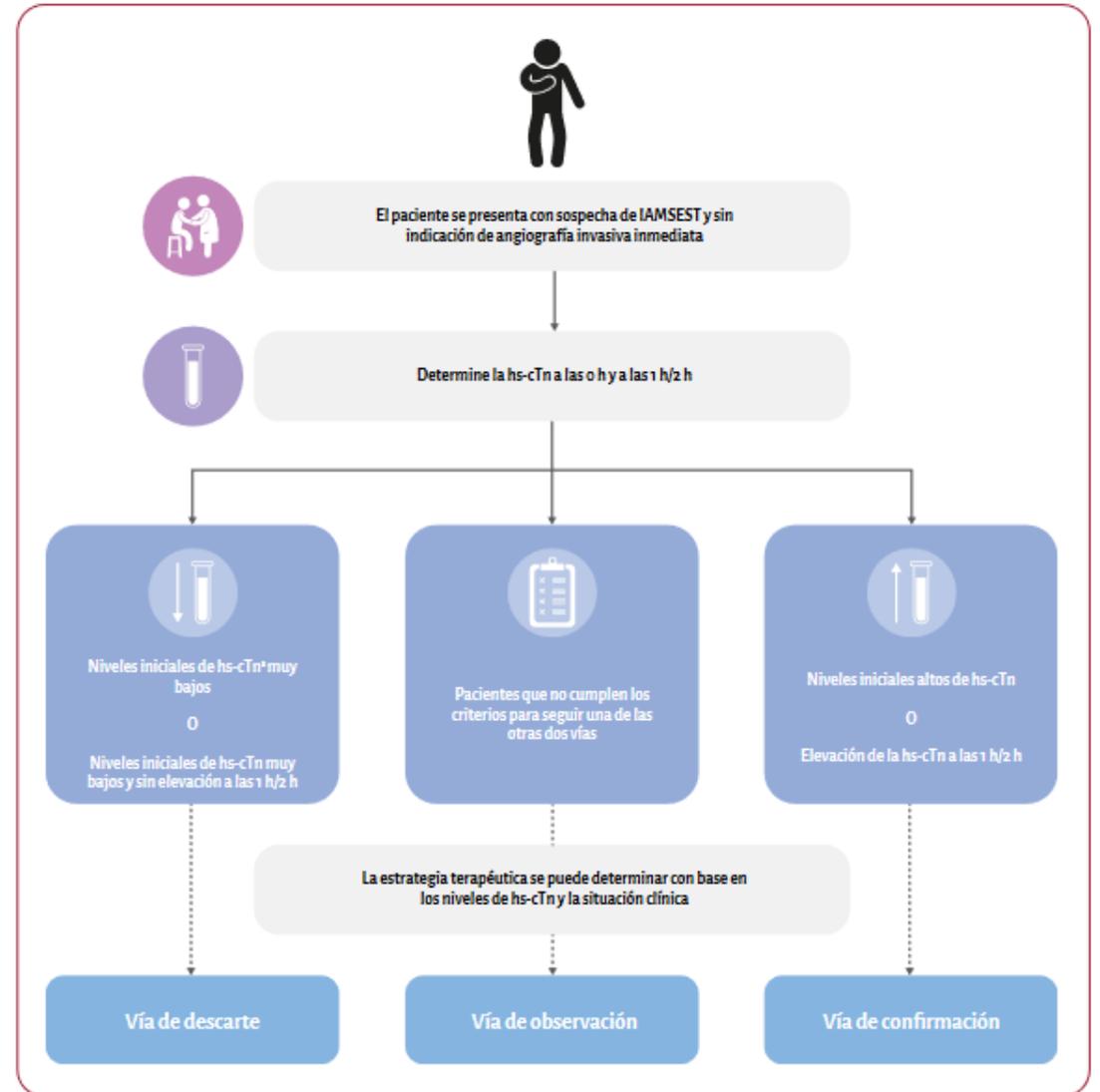
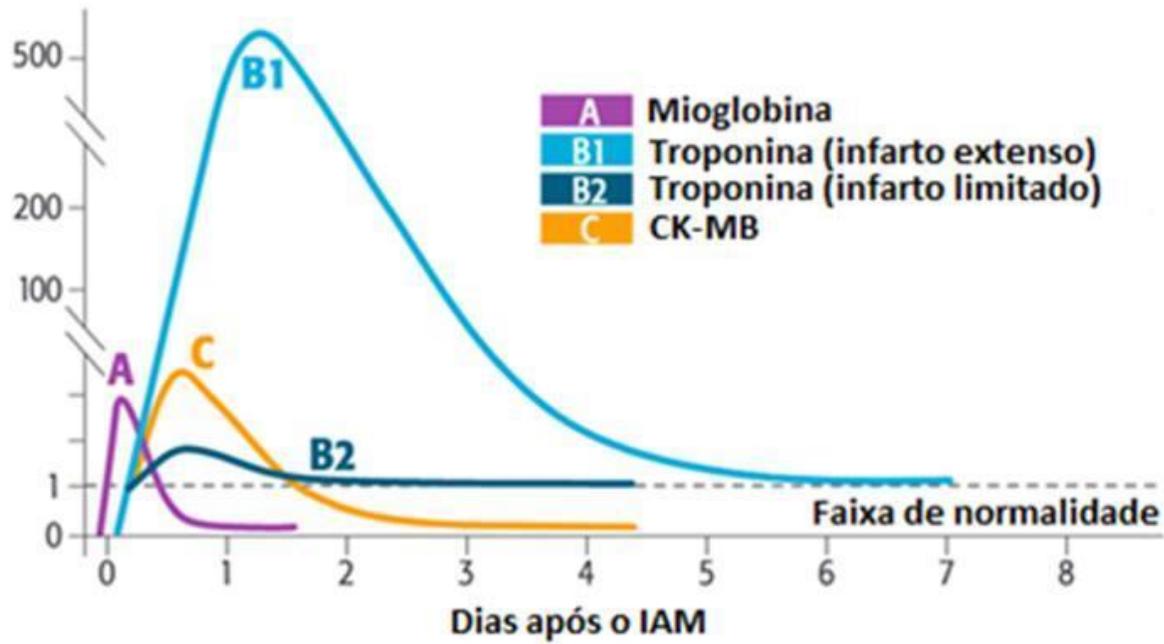
Típicamente tiene un área central necrótica, rodeada de tejido lesionado y finalmente un área exterior de tejido isquémico.





DERIVACIONES	ARTERIA	CARA
DII, DIII y AVF	CORONARIA DERECHA	Cara Inferior
DI, AVL, V5 y V6	ARTERIA CIRCUNFLEJA IZQ.	Cara Lateral
V1 y V2	DESCENDENTE ANTERIOR IZQUIERDA	Cara Septal
V3 y V4	DESCENDENTE ANTERIOR IZQUIERDA	Cara Anterior

Veves acima do limite de normalidade



Cómo abordar estos pacientes?

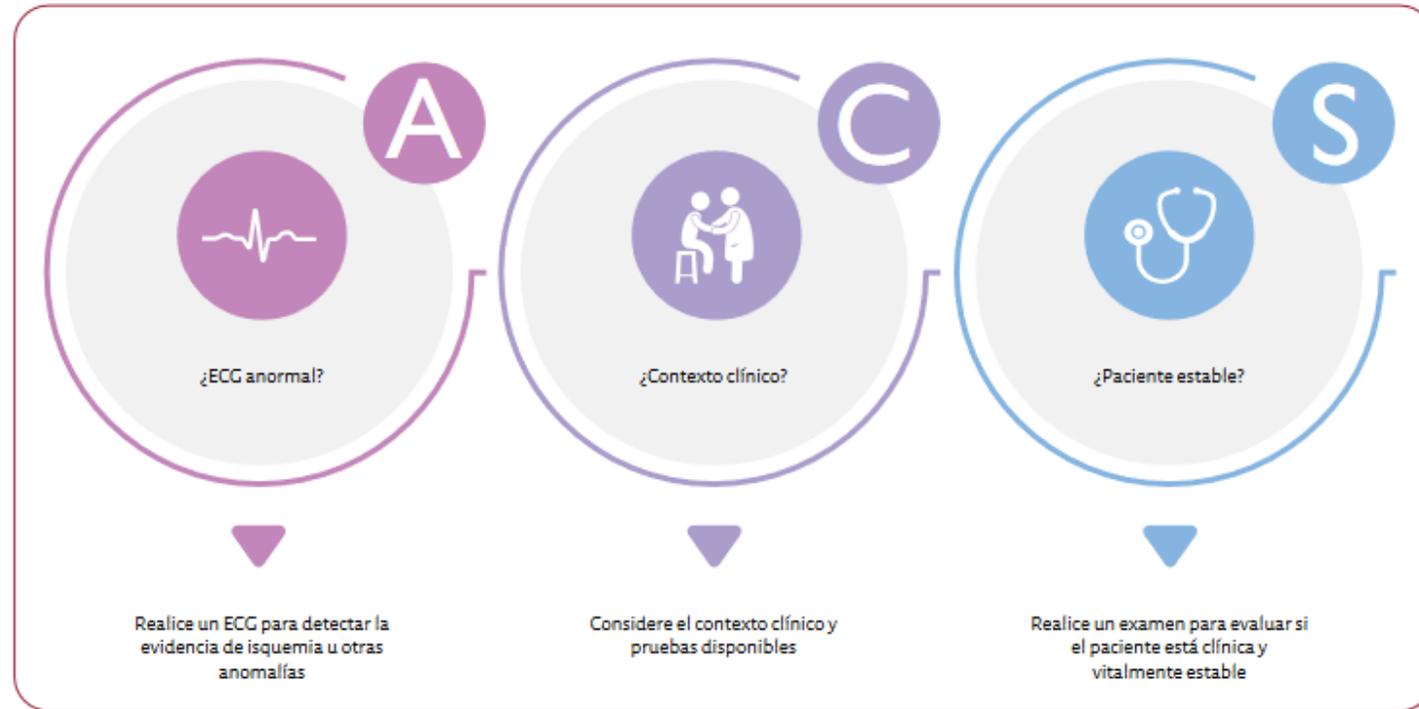


Figura 5. Evaluación inicial de los pacientes con sospecha de SCA (sistema A.C.S. del inglés *Abnormal ECG?*, *Clinical context?*, *Stable patient?*). ECG: electrocardiograma; En esta evaluación se comienza con la pregunta ¿el ECG es anormal?: se debe realizar un ECG en los primeros 10 min del PCM para valorar la presencia de anomalías o de isquemia. La letra «C» se refiere al «contexto clínico»: es importante tener en cuenta el contexto clínico de la presentación del paciente y los resultados disponibles de cualquier prueba. Esto incluye la historia clínica con el fin de determinar los síntomas del paciente y esclarecer otra información básica relevante. La letra «S» se refiere a la estabilidad del paciente. Se debe evaluar rápidamente si el paciente está clínicamente estable—esto incluye la evaluación de los signos vitales como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la saturación de oxígeno, siempre que sea posible, además de evaluar signos potenciales de *shock* cardiogénico.

CLASIFICACIÓN KILLIP-KIMBALL

Definición

Es un índice de gravedad de la insuficiencia cardíaca en infarto agudo de miocardio, que tiene como objetivo evaluar el riesgo de muerte intrahospitalaria.

CLASE I

Paciente sin signos ni síntomas de insuficiencia cardíaca izquierda. Tasa de mortalidad 6%

CLASE II

Paciente con hallazgo de insuficiencia cardíaca leve a moderada (S3, estertores pulmonares, aumento de la presión venosa yugular). Tasa de mortalidad 17%

CLASE III

Paciente con edema agudo de pulmón. Tasa de mortalidad 38%

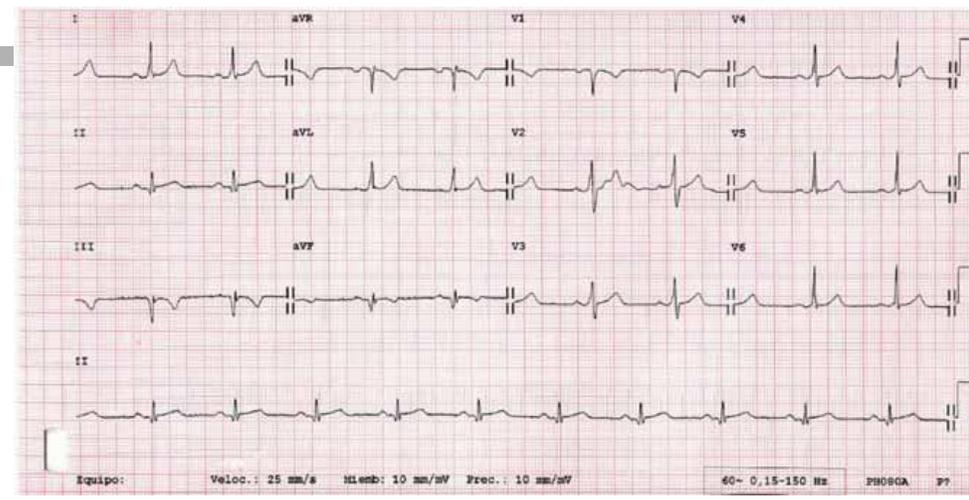
CLASE IV

Paciente con shock cardiogenico, hipotensión y evidencia de vasoconstricción periferia, edema pulmonar mayor al 50%. Tasa de mortalidad del 81%



ESCALA DE GRACE

Escala GRACE (0-258)									
Edad (años)		Frecuencia cardíaca		TA sistólica (mmHg)		Creatinina (mg/dl)		Clase de Killip	
Rango	Puntos	Rango	Puntos	Rango	Puntos	Rango	Puntos	Rango	Puntos
40-49	18	< 70	0	< 80	63	≤ 0,39	2	Clase I	0
50-59	36	70-89	7	80-99	58	0,4-0,79	5	Clase II	21
60-69	55	90-109	13	100-119	47	0,8-1,19	8	Clase III	43
70-79	73	110-149	23	120-139	37	1,2-1,59	11	Clase IV	64
≥ 80	91	150-199	36	140-159	26	1,6-1,99	14		
		≥ 200	46	160-199	11	2-3,99	23		
				≥ 200	0	≥ 4	31		
Paro cardiorrespiratorio al ingreso: 43									
Elevación de las enzimas cardíacas: 15									
Desviación del segmento ST: 30									



En reposo.
PCM+ ECG:
interpretarlo
en menos de
10 minutos.

IAMCEST

Pacientes con dolor torácico agudo (o signos/síntomas equivalentes) y elevación persistente del segmento ST (o equivalentes) en el ECG (diagnóstico inicial: IAM con elevación del segmento ST). La gran mayoría de estos pacientes presentarán necrosis miocárdica y concentraciones elevadas de troponina, cumpliendo, por lo tanto, con los criterios de IAM,

IAMSEST

Pacientes con dolor torácico agudo (o signos/síntomas equivalentes) pero sin elevación persistente del segmento ST (o equivalentes) en el ECG (diagnóstico inicial: SCA sin elevación del segmento ST [SCA-SEST]). Estos pacientes pueden mostrar otras alteraciones electrocardiográficas, como la elevación transitoria del ST, depresión persistente o transitoria del ST y anomalías de la onda T, como ondas T hiperagudas, inversión de la onda T, ondas T bifásicas y pseudo normalización de ondas T. Por otra parte, el ECG podría ser normal. La mayoría de los pacientes de esta categoría que mostrarán posteriormente subidas y caídas típicas de la concentración de troponina cardíaca

Que hacer?

 <p>Diagnóstico inicial</p>	<p>IAMCEST</p> 	<p>SCASEST con características de riesgo muy alto^b</p> 	<p>SCASEST sin características de riesgo muy alto^b</p> 
 <p>Angiografía invasiva temprana según el riesgo del paciente</p>	<p>Angiografía inmediata ± ICP primaria o fibrinólisis si la ICP no es factible a tiempo</p>    <p>ICP primaria ATT Fibrinólisis</p>	<p>Angiografía inmediata ± ICP</p>   <p>ICP ATT</p>	<p>Considere la angiografía en las primeras 24 h para el SCASEST con características de riesgo alto</p>   <p>ICP ATT</p>



T
r
a
t
a
m
i
e
n
t
o

Oxigenoterapia sat
menor 90%

Nitratos. Atención
con las
contraindicaciones

Morfina

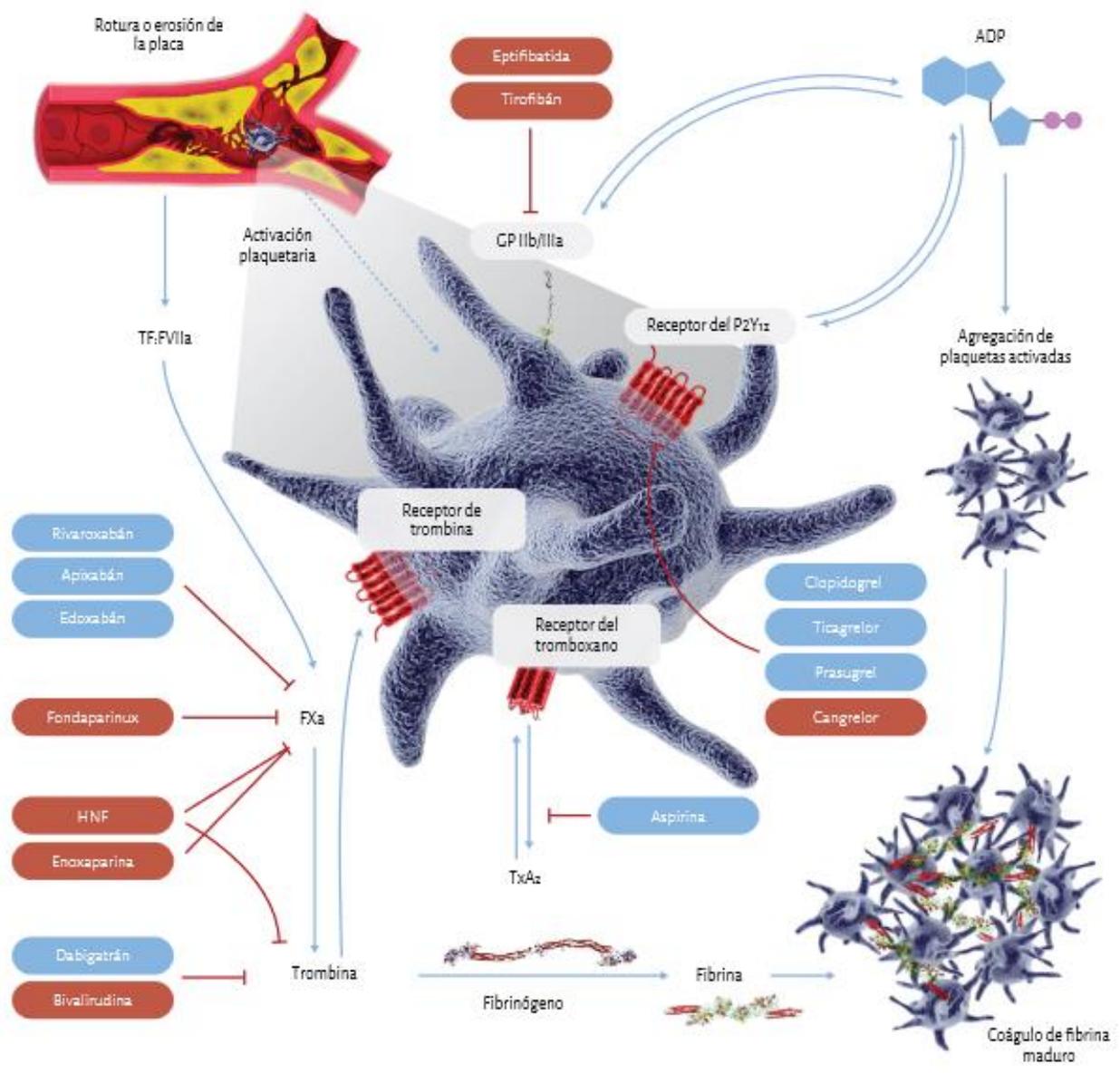
Anticoagulante

Antiagregantes

Estatinas

Fibrinolíticos

T
r
a
t
a
m
i
e
n
t
o



Fibrinolíticos

Dado que éste es un proceso tiempo – dependiente, por cada hora de retraso en la reperfusión hay una pérdida del 16% del músculo cardíaco en riesgo, lo que tiene graves consecuencias tanto en la etapa aguda como en la evolución

Los fármacos fibrinolíticos son proteasas que actúan como activadores directos o indirectos del plasminógeno, transformándolo en plasmina, que a su vez cataliza la degradación de fibrina o fibrinógeno y la disolución del coágulo



Tenecteplase

Tiempo al inicio de fibrinolisis

Tiempo entre el inicio de los síntomas y el inicio de la infusión i/v del fibrinolítico. Este tiempo no debería ser superior a 6 horas para lograr el mayor beneficio.

1) Disminución del supradesnivel del ST al 50% del basal medido en la derivación de mayor supradesnivel del ST a los 90 minutos de la infusión de FBL

2) Disminución del 50% o más del dolor para valores basales superiores a 5/10 en la escala subjetiva de dolor o la desaparición total si los valores iniciales son 4 o menos, a los 90 min de inicio de la infusión del fibrinolítico.

3) Arritmias de reperfusión.

Tenecteplasa en bolo i/v dosis de acuerdo al peso del paciente:

< 60k 30 mg

60 a < 70k 35 mg

70 a < 80k 40 mg

80 a < 90k 45 mg

≥90k 50 mg



FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRATAMIENTO DEL IAMST

Fecha: __/__/__

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: ____ años Sexo: Femenino Masculino

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

Institución de asistencia médica: _____

DIAGNÓSTICO Y PRESENTACIÓN CLÍNICA:

Fecha del diagnóstico: __/__/__

IAMST Clase funcional en la presentación(Killip y Kimbal): I II III IV
 IAM C/BCRI

Localización del IAM: Anterior Ventrículo derecho Inferior
 Posterior Lateral

Asociación de Avr (supra st>1mm) en IAM anterior o inferior: Si No

Cantidad de derivaciones comprometidas: ____

PAS en la presentación (mm/Hg): _____ FC en la presentación (cpm): _____

Situaciones asociadas: Compromiso VD BAV 2do o 3er grado agudo
 Paro CR reanimado BCRD presumiblemente nuevo
 Arritmia ventricular Consumo de cocaína vinculado al evento
 Arritmia supraventricular Angor inestable en los 30 días previos
 FA aguda

ANTECEDENTES PERSONALES

Considerar sólo los hechos clínicos de más de 30 días de evolución.

CARDIOVASCULARES No Si

Cardiopatía isquémica asintomática
 Angor estable
 Infarto de miocardio
 Insuficiencia cardíaca
 Muerte súbita
 Arritmias TV/IV BAV completo
 Claudicación intermitente o AOCMMII
 AIT
 ACV

Isquémico
 Hemorrágico
 Etiología no aclarada

ANTECEDENTES GENERALES No Si

EPOC Trastorno de la crisis
 Insuficiencia renal Consumo reiterado de cocaína
 Injuria renal aguda
 ERC
 Terapia de sustitución renal

4 - FACTORES DE RIESGO VASCULAR No Si

Hipertensión arterial
 Diabetes
 Tabaquismo activo
 Ex-tabaquista (Abstinencia mayor a 6 meses)
 Dislipemia
 AF coronarios y/o muerte súbita < 55 años
 Obesidad

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS PARA LA FIBRINOLISIS: No Si

HTA refractaria no controlable en la admisión PA > 180/110 mmHg
 ACV isquémico mas allá de los 3 meses
 AIT 6 meses previos
 Reanimación cardiorespiratoria prolongada o traumática
 Sangrado interno en las últimas 4 semanas
 Punción de vaso no compresible
 Embarazo
 Úlcera péptica activa
 Uso de anticoagulantes orales
 Para la estreptoquinasa: administración previa entre 5 días a 6 meses o alergia conocida

PROCESO ASISTENCIAL:

Inicio de los síntomas: Fecha: __/__/__ Hora: ____:____ (de 00:00 a 23:59)

Fecha del 1er contacto médico: __/__/__ Hora 1er contacto médico: ____:____ (de 00:00 a 23:59)

Llegada al hospital: Fecha: __/__/__ Hora: ____:____ (de 00:00 a 23:59)

Primer ECG con diag. de IAM con elevación ST: Fecha: __/__/__ Hora: ____:____ (de 00:00 a 23:59)

TRATAMIENTO PROPUESTO:

Estreptoquinasa Dosis: _____ U
Tenecteplasa Dosis: ____ mg Peso (Kg): _____

TRATAMIENTO REALIZADO:

Fecha de inicio de la infusión del fibrinolítico: __/__/__

Hora de inicio de la infusión del fibrinolítico: ____:____ (de 00:00 a 23:59)

Lugar de la infusión: Hospitalaria Pre-hospitalaria

Tratamiento concomitante: Clopidogrel Heparina AAS

Se completó la infusión del fibrinolítico: Si No

PARACLÍNICA Y CRITERIOS DE REPERFUSIÓN

ECG

	Inicial		90 min	
Derivación con max.elevación del ST				
Elevación ST (mm)				
Onda Q	Si	No	Si	No
Infradesnivel del ST				

BIOMARCADORES CARDÍACOS

	Inicial	1 hora	6 horas
CPK MB (UI)			
Troponinas			

Disminución del dolor a los 90': Si No Arritmia de reperusión en los primeros 90': Si No

Conducta post-fibrinolítica:

Egres a otro establecimiento en las primeras 48 hs.? Si No

Derivado a hemodinamia Fecha: __/__/__ Hora: ____:____ (de 00:00 a 23:59)
 Otro motivo Fecha: __/__/__ Hora: ____:____ (de 00:00 a 23:59)

COMPLICACIONES EN LAS PRIMERAS 48 HS DE INTERNACIÓN No Si

Complicaciones del infarto: No Si

Falla cardíaca
 Shock cardiogénico
 Empeora Killip y Kimbal inicial, alcanza II, III, IV
 Arritmia - FA/Flutter
 Arritmia - TV/IV
 Bloqueo AV de 2-3 grado
 Complicaciones Mecánicas
 Hemopericardio
 Pericarditis
 Reinfarcto
 Angor post IAM
 PCR
 Fallecimiento
 Otra

Complicaciones del tratamiento: No Si

Sangrado SNC Digestivo Otro
 Hipotensión
 Bradicardia
 Otra

Si tuvo sangrado:

Recibió transfusión? No Si
Recibió intervención para detener el sangrado No Si

Contraindicaciones absolutas para realizar fibrinolíticos:

- Antecedentes de ataque cerebrovascular vascular (ACV) hemorrágico.
- Malformación vascular cerebral (por ej: malformación AV).
- Proceso maligno intracraneano.
- ACV isquémico en los últimos 3 meses.
- Sospecha de disección aórtica.
- Sangrado activo (se excluye menstruación).
- Sangrado gastrointestinal en el último mes.
- Diátesis hemorrágica.
- Traumatismo significativo encefálico o facial en los últimos 3 meses.
- Biopsia hepática, punción lumbar reciente



Historia Clínica

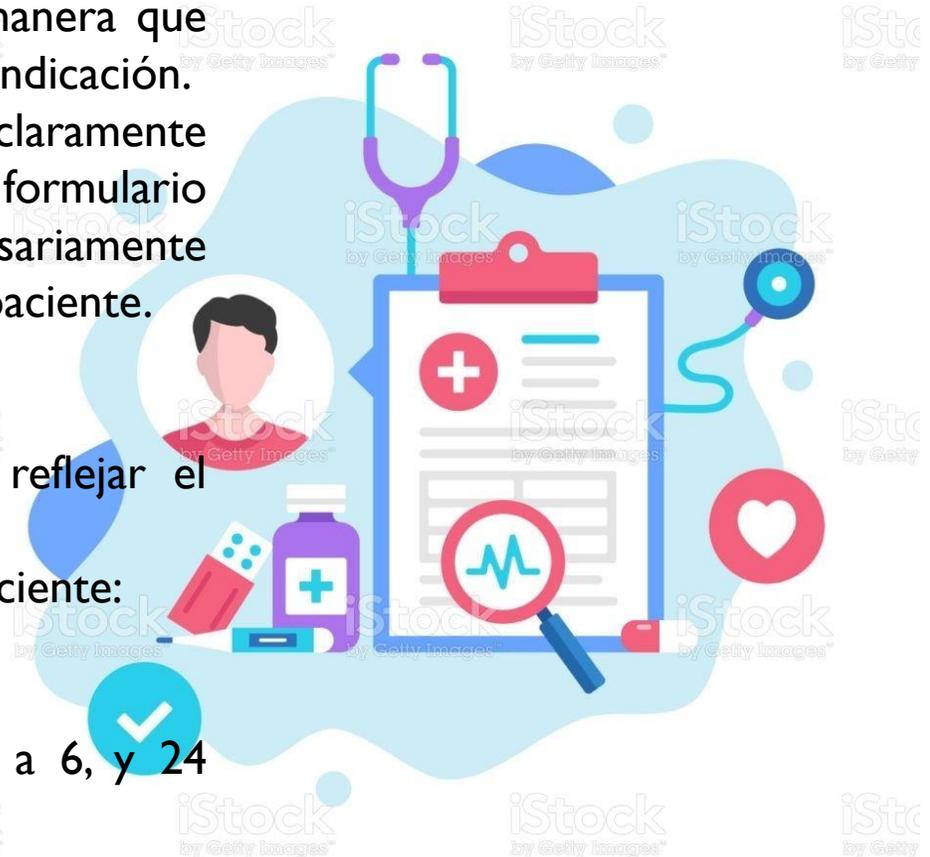
La misma debe ser completa y claramente legible, destacando los principales hechos clínicos, evolutivos y paraclínicos, de tal manera que de su lectura y análisis resulten claramente los motivos de la indicación. El envío de resumen detallado de historia clínica completo y claramente legible, es indispensable. La información que se aporta en un formulario precodificado (funcional a los efectos de registro) es necesariamente parcial y en ocasiones no refleja cabalmente la situación del paciente.

Paraclínica necesaria para la autorización

Los exámenes que deberán ser enviados al FNR, deben reflejar el algoritmo

diagnóstico y terapéutico, ajustado a la situación clínica del paciente:

- ECG inicial.
- ECG a los 90 min de inicio de la infusión del fibrinolítico.
- Marcadores de necrosis miocárdica (CK-MB) al ingreso, a 6, y 24 horas.
- Fotocopia de historia clínica de ingreso a urgencia, unidad coronaria, cuidados intermedios o CTI donde consten en forma precisa hora de inicio de síntomas, hora de PCM y hora de inicio de fibrinolíticos.



Tratamiento concomitante

- Ácido acetil salicílico: 250-500 mg masticado o disuelto administrado por el médico que establece el primer contacto (si no hay contraindicaciones).
- Nitratos: en pacientes con dolor anginoso en curso. (contraindicado en IAM de VD).
- Opiáceos: cuando el dolor no cede con nitratos.
- Clopidogrel:
 - Si es menor de 75 años dosis carga de 300 mg. v/o
 - Si es mayor de 75 años no realizar carga e iniciar 75 mg v/o.
- Betabloqueantes, IECA o ARA II y estatinas (40-80mg) (si no hay contraindicaciones).
- Oxígeno: con máscara de flujo libre.
- Heparina: cuando esté indicado.
- Protección gástrica.



Angina inestable

IAMSEST

IAMCEST

1

Considere el método «A.C.S.» para la evaluación inicial



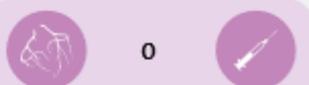
2

Considere una estrategia invasiva

IAMCEST

SCASEST de riesgo muy alto

SCASEST de riesgo alto



ICP primaria Fibrinólisis (si la ICP primaria no puede realizarse en el momento adecuado)



Coronariografía inmediata ± ICP



Considere la coronariografía temprana (< 24 h)

3

Considere el tratamiento antitrombótico

Tratamiento antiagregante

Y

Tratamiento anticoagulante



Aspirina

Inhibidor del P2Y₁₂



HNF

HBPM

Bivalirudina

Fondaparinux

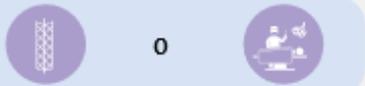
4

Considere la revascularización

Con base en el estado clínico, comorbilidades y complejidad de la enfermedad

Intente la revascularización completa

Considere pruebas complementarias para guiar la revascularización



ICP

CABG

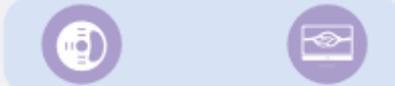
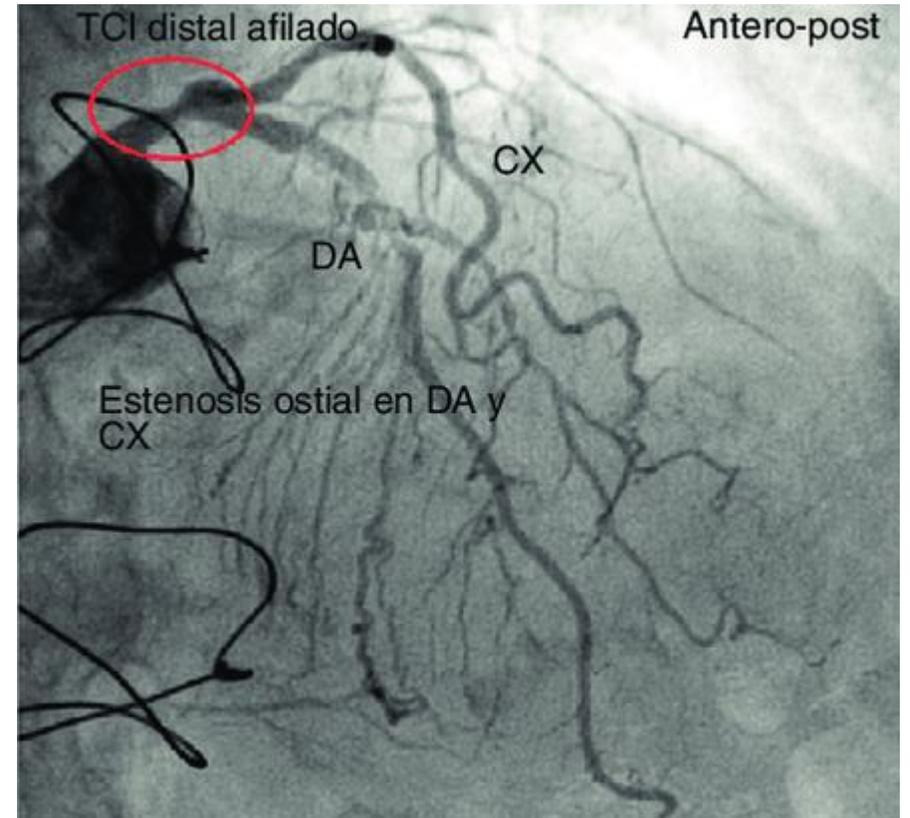
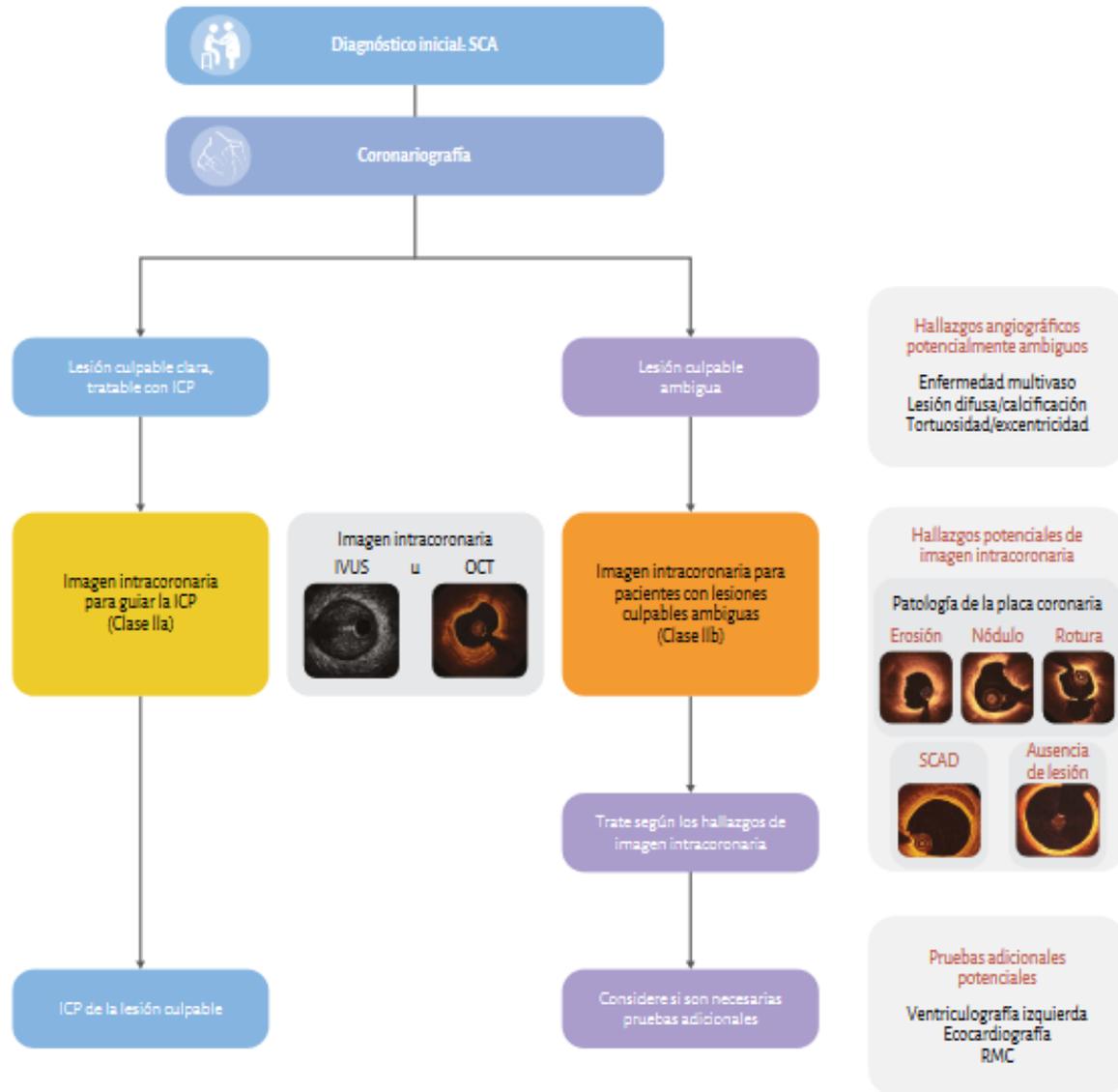


Imagen intracoronaria

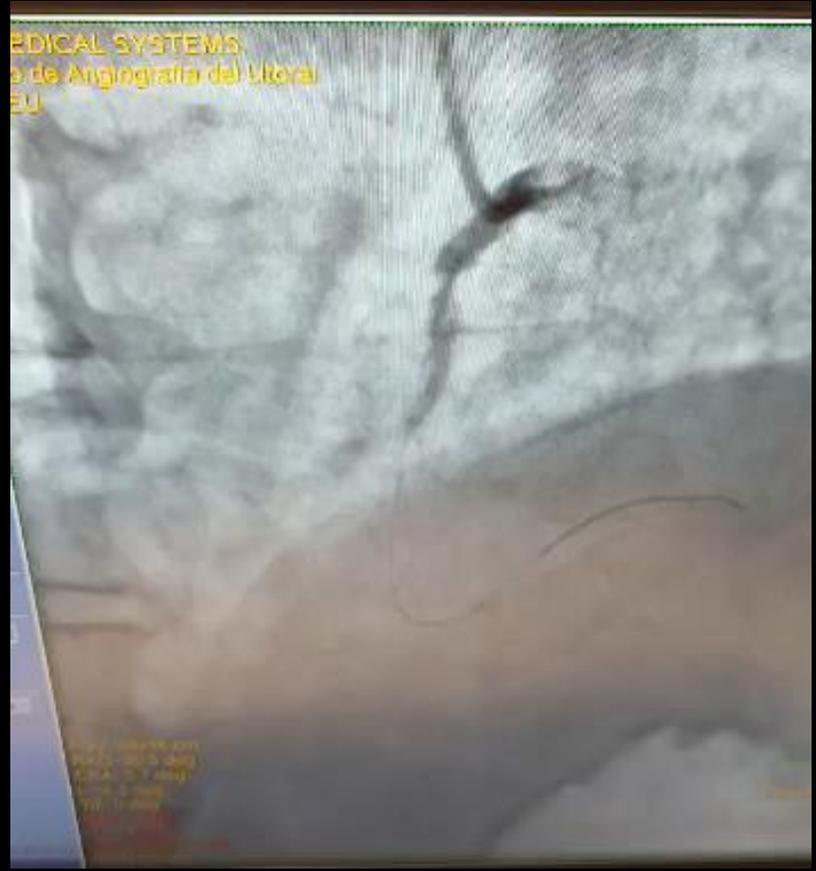
Fisiología intracoronaria



**ANGIOPLASTIA CORONARIA
(PCI, ACTP)**



MEDICAL SYSTEMS
Angiografía del Litoral
EU



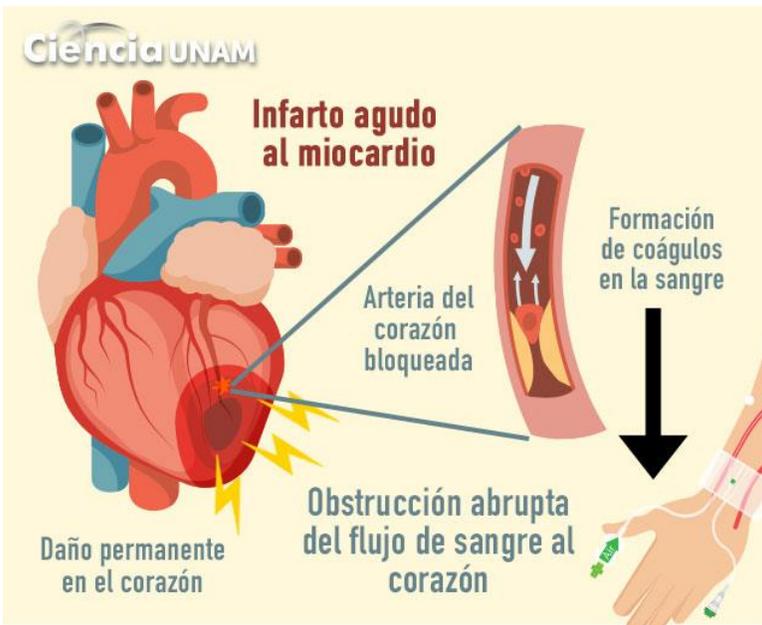
10/10/2010
10/10/2010
10/10/2010
10/10/2010
10/10/2010

SYSTEMS
Angiografía del Litoral

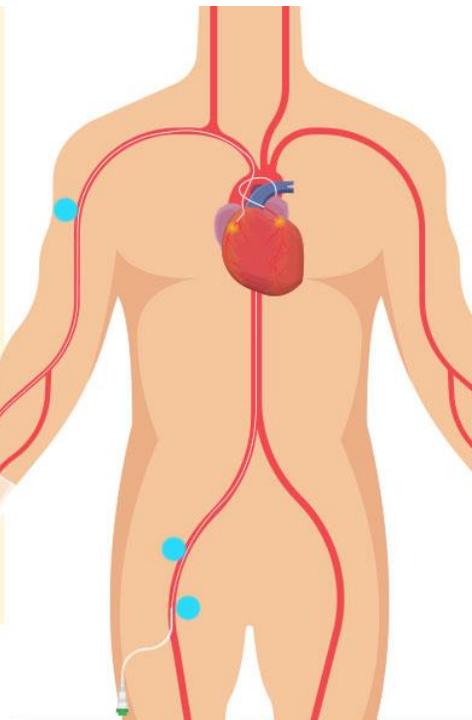
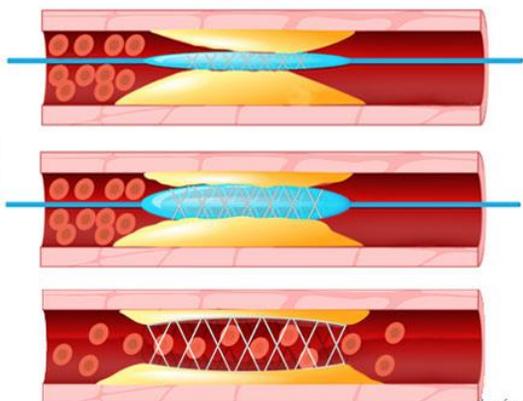


10/10/2010
10/10/2010
10/10/2010
10/10/2010
10/10/2010

IAMCEST

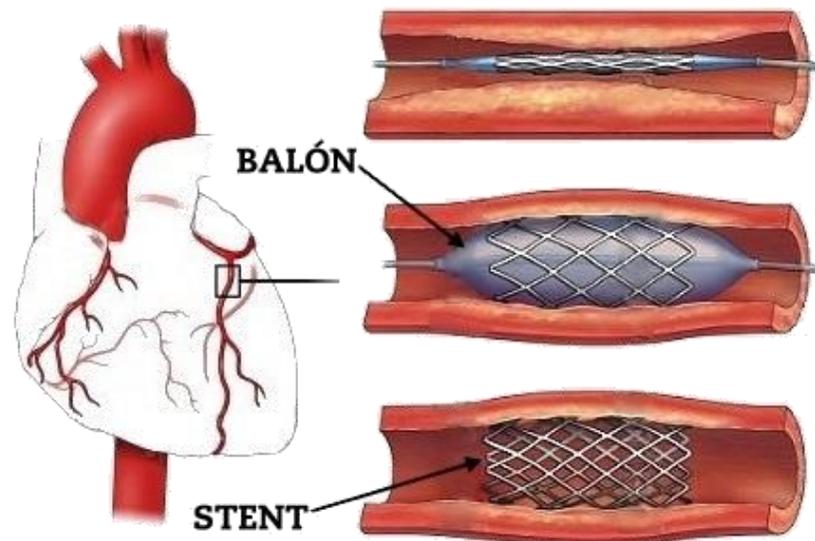
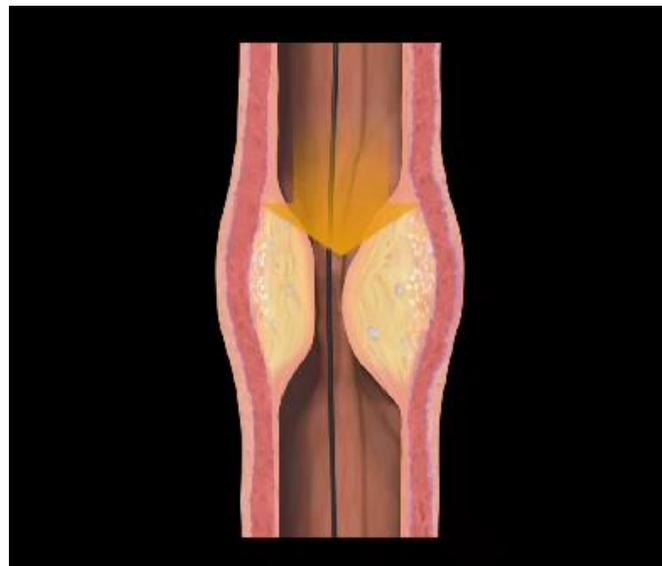


Tratamiento angioplastia primaria



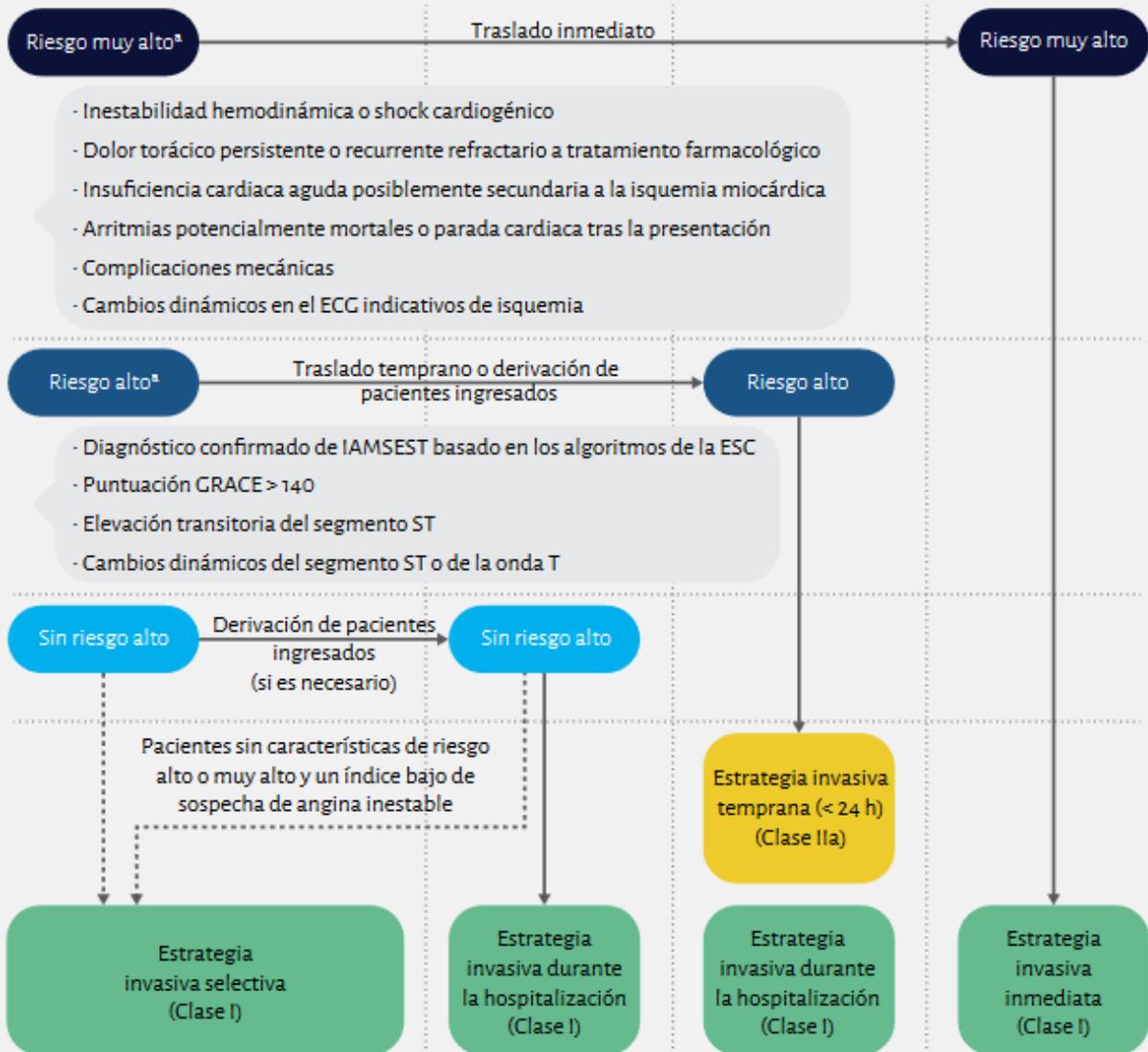
Consiste en realizar un cateterismo, es decir, la introducción de un tubo delgado y largo conocido como catéter en una arteria de la pierna, el cuello o la ingle, el cual tiene la función de llegar hasta la arteria que se tapó y destaparla.

Imágenes: Shutterstock; diseño: Bárbara Castrejón, DGDC-UNAM



Scsest

Estratifique el riesgo y determine la estrategia terapéutica



Información que puede aportar el cateterismo en el *Infarto Agudo de Miocardio:*

Arteria responsable del evento

- oclusión total
- estenosis residual
- características del flujo
- presencia de trombo

Lesiones en otras arterias.

Extensión del infarto.

Función ventricular.

Anatomía de alto riesgo:

- lesión de tronco de C. Izq.,
- obstrucción severa de 3 vasos
- FEVI disminuída <30 %).

Complicaciones mecánicas:

- Pseudoaneurisma, CIV,
- Infarto de Miocardio ,
- Rotura de músculo papilar.

Recopilación de datos de valoración integral

- **3. Antecedentes personales de salud:** enfermedades, lesiones, procedimientos quirúrgicos previos.
 - Antecedentes específicos de enfermedad cardiovascular
 - Factores de riesgo cardiovascular
- **4. Antecedentes familiares:** constitución del núcleo familiar, roles familiares, red de apoyos
- **5. Antecedentes sociales:** rol laboral, actividades laborales previas y actuales, exposición a sustancias de riesgo, stress laboral
- **6. Antecedentes farmacológicos:** medicamentos prescritos y grado de cumplimiento, automedicación, motivos por los cuales toma medicamentos o los abandona.
- **7. Alergias:** medicamentos, alimentos, sustancias ambientales

Valoración continua en el plan de cuidados enfermeros

- Seguimiento de parámetros y signos vitales básicos:
 - Monitoreo hemodinámico
 - Monitoreo del Ritmo Cardíaco
 - Monitoreo de la función respiratoria
 - Monitoreo del disconfort torácico
 - Monitoreo de síntomas acompañantes
- **Pulsos:** frecuencia, características, ritmo, intensidad, sincronía con pulso central.
 - **Presión arterial**
 - **Temperatura**
 - **Respiración**
 - **Diuresis**

Intervenciones interdependientes

- Asegurar vía venosa de buen calibre
- Aliviar el dolor según indicación: Administración de vasodilatadores (NTG) ó dilución de Morfina.
- Administrar Oxigenoterapia indicada y valorar saturimetría
- Realización de ECG seriados según indicación
- Extracción de muestras para estudios en sangre
- Administrar otra medicación indicada: Antiagregantes plaquetarios (AAS, Clopidogrel, otros), Betabloqueantes, IECAS, anticoagulantes

Seguimiento de Enfermería

- Administrar la medicación y los ajustes de los fármacos en función de las respuestas del paciente (signos vitales, alivio del dolor)
- Registrar las valoraciones e intervenciones en la hoja de seguimiento y controles de enfermería.
 - Valorar y registrar la calidad, duración, intensidad, frecuencia del dolor
 - Valorar la eficacia de los fármacos y actividades realizadas
- Realizar otras intervenciones para comodidad del paciente según requiera (ej. masaje dorsal, almohadas, cambios de posición, luces)
- Alertar al médico las variaciones significativas de riesgo para implementar conductas adicionales.
- Considerar la posibilidad de preparación para Cateterismo Cardíaco (traslado a Sala de Hemodinamia)
 - o para la administración de fibrinolíticos si estuviera indicado



Los pacientes con SCA esperan...



...que se reconozcan los síntomas de SCA



...una asistencia sanitaria de calidad, efectiva y segura proporcionada por profesionales



...una atención adecuada en el momento adecuado



...que se considere su bienestar físico, mental y emocional



...recibir información comprensible y clara



...compartir las decisiones clínicas y el respeto por sus preferencias



...que se considere y apoye a sus familias y cuidadores



...la atención a sus necesidades físicas y ambientales



...un entorno hospitalario limpio y seguro

Figura 20. Expectativas de los pacientes con síndrome coronario agudo. SCA: síndrome coronario agudo.

Gracias

Bibliografía

- *Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. Sociedad Europea de Cardiología. 2023*
- *Ministerio de Salud Pública. Principales causas de mortalidad. Uruguay 2022*
- *Lic William Figueroa, Cuidados enfermeros en cardiopatía isquémica. 2018*
- *Vélez, Pautas de electrocardiografía, 2010*

