

**Protocolo de recepción del paciente con síndrome coronario agudo
en el Servicio de Urgencia Adulto**
**Reception protocol for patients with acute coronary syndrome
in the Adult Emergency Service**
**Protocolo de recepção de pacientes com síndrome coronariana aguda
no Pronto Socorro de Adultos**

Autor
Nora Elisa Otero Garro¹



Resumen

El Síndrome coronario agudo (SCA) se define como la obstrucción brusca de una arteria que puede dar lugar a una isquemia miocárdica aguda que se acompaña de un síndrome clínico característico que puede ir desde una isquemia con elevación o sin elevación en el segmento ST, angina estable o inestable y muerte súbita. Dado que el SCA es considerado un problema mundial por su alta incidencia y una de las principales causas de muerte es que resulta indispensable la creación y aplicación de un protocolo de recepción del paciente con SCA donde el enfermero que recibe al paciente con dolor torácico en un servicio de urgencia pueda realizar la valoración de forma oportuna y rápida teniendo en cuenta una secuencia de intervenciones y cuidados que se encuentren plasmados en una planilla el cual garantice la implementación de las medidas terapéuticas a tiempo, aumentando la eficacia de las mismas, reduciendo la morbimortalidad y disminuyendo los costos hospitalarios.

El objetivo del protocolo es estandarizar las intervenciones y cuidados de enfermería en la atención inicial del paciente con SCA.

Palabras clave: síndrome coronario agudo, urgencia, dolor torácico, angina inestable, enfermería, infarto agudo miocardio.

Abstract

Acute coronary syndrome (ACS) is defined as a sudden obstruction of an artery that can lead to acute myocardial ischemia that is accompanied by a characteristic clinical syndrome that can range from elevation or without elevation ischemia in the ST segment, angina stable or unstable and sudden death. Ince ACS is considered a worldwide problem due to its high incidence and one of the main causes of death, it is essential to create and apply a protocol for receiving the patient with ACS, where the nurse who receives the patient with chest pain in a The emergency service can carry out the assessment in a timely and fast way, taking into account a sequence of interventions and care that are reflected in a schedule that guarantees the implementation of therapeutic measures in time, increasing their effectiveness, reducing morbidity and mortality. and lowering hospital costs. The objective of the protocol is to standardize nursing interventions and care in the initial care of the patient with ACS.

Key words: acute coronary syndrome, urgency, chest pain, unstable angina, nursing, acute myocardial infarction.

¹Licenciada en Enfermería; Especialista en Enfermería en el Cuidado del Paciente Crítico. Hospital Central Dr. Ramón Carrillo. Departamento de Enfermería. lisioterog@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-1941-9624>

Resumo

Asíndrome coronariana aguda (SCA) é definida como uma obstrução repentina de uma artéria que pode levar a isquemia miocárdica aguda, acompanhada por uma síndrome clínica característica que pode variar de elevação ou sem elevação no segmento ST, angina morte estável ou instável e repentina. Como a SCA é considerada um problema mundial devido à sua alta incidência e uma das principais causas de morte, é essencial criar e aplicar um protocolo para receber o paciente com SCA, onde a enfermeira que recebe o paciente com dor no peito. O serviço de emergência pode realizar a avaliação de maneira oportuna e rápida, levando em consideração uma sequência de intervenções e cuidados que se refletem em um cronograma que garante a implementação de medidas terapêuticas no tempo, aumentando sua efetividade, reduzindo a morbimortalidade e redução de custos hospitalares. O objetivo do protocolo é padronizar intervenções e cuidados de enfermagem nos cuidados iniciais do paciente com SCA.

Palavras-chave: síndrome coronariana aguda, urgência, dor no peito, angina instável, enfermagem, infarto agudo do miocárdio.

Introducción

El síndrome coronario agudo (SCA) se define como la obstrucción brusca de una arteria, sea de forma crítica o completa, dando lugar a una isquemia miocárdica aguda que se acompaña de un síndrome clínico característico.¹ El 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 y muerte súbita.^{2 3 4}

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ 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. Por su parte Ramos Hogo, et al⁶ menciona que en Argentina las enfermedades cardiovasculares encabezan la primera causa de muerte, casi el 60% de pacientes con SCA tienen el dolor anginoso clásico pero, el 40% puede tener un discomfort,⁷ es decir la percepción de la falta de tranquilidad, alivio y trascendencia de las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social, o manifestaciones atípicas. El mismo autor Ramos expresa que el análisis de la mortalidad cardiovascular muestra que la enfermedad coronaria (EC) es, juntamente con la insuficiencia cardíaca (IC), la causa más frecuente de pérdida de vidas en nuestro país.

En la provincia de San Luis estas referencias también se ven reflejadas; tras una observación de los registros (*libro report*) de ingresos de pacientes en el Servicio de Urgencias Adultos del Hospital San Luis en el periodo enero-marzo del 2020, se obtuvo como información que existen alrededor de 600 consultas

con manifestaciones de dolor torácico, que luego un 20% aproximadamente de ellas son diagnosticadas como SCA.

Según la *Sociedad Argentina de Cardiología*,⁸ el dolor torácico es la forma más habitual de presentación de los pacientes con EC y de su evaluación adecuada depende el diagnóstico de un síndrome coronario agudo (SCA), que sin hospitalización y tratamiento apropiado se asocia con una mortalidad elevada. Por otro lado, la internación innecesaria de un paciente con un dolor torácico que no la amerite genera riesgos para el paciente y costos elevados al sistema de salud.

Por su parte Solla Ruiz; et al,⁹ describe que en el SCA se produce una isquemia aguda que suele ser debida a la disminución en el aporte miocárdico de oxígeno, por la formación de un trombo en la luz coronaria tras rotura de una placa aterosclerótica vulnerable o bien por la presencia de vaso espasmo coronario. En otras ocasiones el SCA se origina por un incremento de la demanda miocárdica de oxígeno (por ej. taquicardia o hipertensión). Los síndromes coronarios agudos se los puede clasificar en función del trazado electrocardiográfico, sintomatología y marcadores de daño miocardio. Valcarce,¹⁰ por su parte refiere que además se pueden clasificar según el tipo de placa (estable o inestable) y la obstrucción arterial que provoquen (total o parcial).

En el estudio realizado por Rubio Sevilla,¹¹ se encuentran tres subtipos clínicos: el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) o Infarto agudo de miocardio con elevación ST (IAMCEST); Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCACEST); Este último, en función del daño miocárdico, se clasifica en angina inestable o en infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMCEST). Sumado a lo expresado anteriormente por Rubio Sevilla, se encuentra que Diván¹² menciona en su estudio un cuarto subtipo clínico dentro del SCA, la muerte súbita, cabe destacar que la autora siembra la incógnita que las personas que han sufrido una muerte súbita previo al hecho cursaron algún subtipo antes mencionado.

En el protocolo de manejo de síndrome coronario agudo en urgencias del hospital San Eloy¹³ se encuentra que en el síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) o IAMCEST se requiere de un manejo agresivo, puesto que las consecuencias de acuerdo a la zona de la coronaria obstruida (al porcentaje de músculo cardíaco comprometido) pueden llevar a la muerte. El paciente presenta dolor de tipo isquémico superior a 20 minutos, que habitualmente no se alivia totalmente con nitroglicerina y que con frecuencia se acompaña de síntomas vegetativos (náuseas, sudoración profusa, etc.). Este dolor puede ser más o menos típico en su localización e irradiación. La aparición brusca de colapso, síncope o disnea de comienzo brusco, acompañados con dolor, deben hacer pensar en SCA y se consideran equivalentes anginosos. Así mismo expresa que el ECG se muestra con elevación persistente del segmento ST >1 mm de modo localizado en al menos dos derivaciones contiguas, para precordiales V2-V4 una elevación de al menos 2 mm o Bloqueo de Rama Izquierda del haz de His (BRI).

Siguiendo con el protocolo del hospital San Eloy,¹⁴ este expresa que infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) se caracteriza por lesión y muerte celular en una zona que posteriormente es revascularizada mediante mecanismos fisiológicos fibrinolíticos o antitrombóticos. La clave en la diferencia con el otro síndrome coronario (el infarto con elevación del ST) es que la lesión inicia del endocardio al epicardio, y el electrocardiograma es un registro de la superficie cardíaca, por lo tanto si la lesión no llega hasta el epicardio (no es transmural) no va a verse reflejado en el trazado del ECG. El paciente presenta dolor de tipo isquémico cuya duración puede ser de pocos minutos a varias horas. Este dolor puede ser más o menos típico en su localización e irradiación. La aparición brusca de colapso, síncope o disnea de comienzo brusco, acompañados o no de dolor, deben hacer pensar en SCA y se consideran equivalentes anginosos, con frecuencia se presenta en reposo o con mínimos esfuerzos. En el ECG no presenta elevación persistente del segmento ST > 1 mm de modo localizado en al menos dos derivaciones contiguas ni BRI. Es decir descenso del ST, inversión dinámica de la onda T (*con/sin dolor*).

Como se menciona anteriormente en relación a los subtipos de SCA y según Warnica¹⁵ la angina inestable es el resultado de la obstrucción aguda de una arteria coronaria sin infarto de miocardio. La inestabilidad se presenta porque el paciente aun en reposo continúa con el dolor torácico, o porque las manifestaciones de la angina han venido siendo cada vez más frecuentes y de mayor intensidad (*In crescendo*). Es un tipo de síndrome coronario agudo que se define como uno o más de los siguientes en pacientes cuyos biomarcadores cardíacos no cumplen los criterios para infarto agudo de miocardio (IM) Angina en reposo prolongada (en general > 20 minutos). La angina inestable puede manifestarse con inestabilidad hemodinámica y a menudo precede a un infarto de miocardio o al desarrollo de arritmias y, con menor frecuencia, a una muerte súbita. Los pacientes tienen síntomas de angina de pecho (en forma típica dolor o molestias torácicas), aunque la intensidad y la duración del dolor o la molestia en la angina inestable son mayores, se desencadena ante ejercicios más leves, puede aparecer espontáneamente en reposo (como angina del decúbito) y es de naturaleza progresiva, o involucra cualquier combinación de estas características.

Siguiendo con la clasificación de los subtipos clínicos del SCA y dando continuidad a lo expresado por Diván anteriormente, Rodríguez Morales¹⁶ define a la muerte súbita como, la muerte que ocurre dentro de un síndrome coronario (y a causa de él) en la primera hora de iniciados los síntomas cardíacos (angina de pecho). Se caracteriza por la pérdida brusca de la conciencia, y se produce en el plazo de una hora, tras el comienzo de los síntomas agudos, en un individuo que se sabe que presenta una cardiopatía preexistente, conocida o no por el paciente, pero el tiempo y modo de la muerte son inesperados. Este manifiesta que existen factores de riesgo de muerte súbita, predominantemente: la edad, el sexo masculino, la raza, la genética, los antecedentes

familiares de enfermedad coronaria, la hipertensión arterial, el hipercolesterolemia, el tabaquismo, la diabetes, la obesidad, etc. El consenso de la Sociedad Argentina de Cardiología¹⁷, expresa la importancia de evaluar al paciente, ver sus características y síntomas pudiendo determinar y/o sospechar que nos encontramos ante un SCA con el dolor torácico de características anginosas. Estas características a tener en cuenta son: tipo de dolor, localización, irradiación y duración; se describe como opresivo, quemazón o pesadez y que no se modifica con la presión, respiración o los movimientos. Puede acompañarse de cortejo vegetativo (náuseas, vómitos, fatiga, debilidad o sudoración). Es de localización precordial o retroesternal, irradiándose al borde cubital de los brazos (más frecuentemente a brazo izquierdo), cuello, mandíbula o región interescapular. La duración es en general breve (menos de 10 minutos en la angina estable) y más prolongado en el SCA. Por su parte Ostabal,¹⁸ también refiere la importancia de detectar la sintomatología descrita como también aquellas manifestaciones atípicas como la disnea.

Con relación a lo detallado Mendoza,¹⁹ en su estudio reseña las categorías haciendo hincapié a lograr que los profesionales médicos y enfermeros sean expertos en la detección temprana e interpretación para determinar los grupos de alto riesgo y de bajo riesgo. Así mismo la sociedad argentina de cardiología además hace referencia la importancia del manejo rápido de éstos pacientes para llevar a cabo el tratamiento de invasión inmediata en caso de que la institución cuente con centro de hemodinamia o la derivación en carácter urgente al centro de hemodinamia más cercano.^{20 21}

Con lo expresado hasta aquí, se puede decir que cuando un paciente acude al *Servicio de Urgencias* con dolor torácico, el enfermero que lo recepciona debe trabajar de forma oportuna y rápida para lograr detectar si está frente a un posible caso SCA. Por ello independientemente desde donde ingrese el paciente (ambulatorio, pre-hospitalario o derivación de otras instituciones de salud), la valoración que lleva a cabo el enfermero es de suma importancia, el cual debe tener una planilla que le permita seguir una secuencia de intervenciones y cuidados que garanticen la implementación de las medidas terapéuticas a tiempo, brindando de esta manera cuidados de calidad y seguridad. Por ello se piensa que detectar las manifestaciones que presentan los pacientes es de vital importancia para determinar en el menor tiempo posible las medidas terapéuticas que este requiera, aumentando la eficacia de las mismas, reduciendo la morbi-mortalidad y disminuyendo los costos hospitalarios.^{22 23 24 25 26 27}

Objetivo General

Estandarizar las intervenciones y cuidados de enfermería en la atención inicial del paciente con Síndrome Coronario Agudo.

EQUIPAMIENTO	INSUMOS
<ul style="list-style-type: none"> • Electrocardiógrafo. • Monitor multiparamétricos • Cardiodesfibrilador. • Tubo de oxígeno portátil. • Panel de oxígeno central. • Sistema de aspiración central y portátil. • Bombas de infusión continuas. • Ventilador mecánico. • Laringoscopio adulto con 3 valvas de diferentes tamaño. • Estetoscopio. • Tensiómetro anerode. • Oximetría de pulso portátil. • Termómetro. • Glucómetro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Guantes látex S – M – L_ 3 Pares c/u • Papel electrocardiograma: 1 • Electrodo: 5 • Sensor descartable de oxígeno: 1 • Dispositivo con agua para limpieza piel: 1 • Gel traductor: 1 • Tela adhesiva: 1 • Tela adhesiva hipo alergénica: 1. • Dispositivos de oxígeno: Mascara reservorio, mascara venturi, cánula nasal. 1 c/u • Jeringa 10cc: 2 • Jeringa 5cc: 2 • Aguja 25/8: 4 • Gasas; Apósitos medianos y grandes: según necesidad

Materiales

Set de oxigenación con dispositivos para administrar concentraciones de alto y bajo flujo. Set para intubación endotraqueal.

Fármacos

Administración de dosis inicial según indicación médica tales como: AAS 300 mg VO; Atorvastatina 40 mg / 80 mg VO según indicación médica; Clopidogrel 300 mg / 600 mg VO según indicación médica; HBPM 0,4 ml / 0,6 ml SC según indicación médica.

Instancia de recepción

Consultorio triage

- Lavado de manos. 1A
- Identificación del paciente correcto. 1A
- Valoración según ficha Triage.
- Control signos vitales y registros.

Realizar electrocardiograma de 12 derivaciones dependiendo de la valoración de la clínica que presenta el paciente, antecedentes cardiológicos y dolor según escala.

- Determinar prioridad de gravedad para la atención y dar aviso a médico de guardia.

Shock room

- Lavado de manos. 1 A
- Identificación del paciente correcto. 1A
- Realizar lavado de manos y reunir el material a utilizar. 1 A
- Verificar el estado y correcto funcionamiento del equipamiento y materiales a utilizar, iniciado el turno.
- Verificar funcionamiento del sistema de oxígeno y aspiración central iniciado el turno.
- Colocar monitoreo multiparamétricos.
- Control de constantes vitales. 1A
- Administrar oxigenoterapia según necesidad e indicación. I b
- Realizar Electrocardiograma o Cooperar en la realización ECG. 1A
- Verificar permeabilidad de catéter venoso de instauración pre-hospitalaria. Ib
- Instauración de catéter venoso de ser necesario según protocolo. Ib

- Cubrir al paciente. II a
- Recepción del paciente utilizando la guía de valoración inicial

PLANILLA RECEPCIÓN DE PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SERVICIO URGENCIA ADULTO - HOSPITAL SAN LUIS									
Nombre y Apellido:						Edad	Fecha	Hora	
Medio de ingreso		Particular <input type="checkbox"/>		Derivado		SI <input type="checkbox"/>	Hospital <input type="checkbox"/>		
		Ambulancia <input type="checkbox"/>				NO <input type="checkbox"/>	CAPS <input type="checkbox"/>		
Nombre de la institución derivante:									
Dispositivos de ingreso		vcl <input type="checkbox"/>	Estudios anexos		ECG <input type="checkbox"/>	LAB <input type="checkbox"/>			
		O2 <input type="checkbox"/>			RX <input type="checkbox"/>				
Constantes vitales		PA	FC	FR	SAT O2	T°	HGT		
Antecedentes Personales:									
CARACTERISTICAS									
INICIO	Subito	<input type="checkbox"/>	LOCALIZACION		difuso	<input type="checkbox"/>	Intercostal		<input type="checkbox"/>
	Incidioso	<input type="checkbox"/>	Precordial	<input type="checkbox"/>	Retroesternal	<input type="checkbox"/>	Otros		<input type="checkbox"/>
CARACTER	Opresivo	<input type="checkbox"/>	Punzante		<input type="checkbox"/>	Urente		<input type="checkbox"/>	
			Desgarrante		<input type="checkbox"/>	Otros		<input type="checkbox"/>	
IRRADIACION	No irradiado		<input type="checkbox"/>	Mnadibula		<input type="checkbox"/>	Epigastrio		<input type="checkbox"/>
	MSD		<input type="checkbox"/>	Espalda		<input type="checkbox"/>	Dolor migratorio		<input type="checkbox"/>
	MSI		<input type="checkbox"/>	Cuello		<input type="checkbox"/>	Otros		<input type="checkbox"/>
FACTORES DESENCADENANTES	Activ. Fisica		<input type="checkbox"/>	Movimientos musc.		<input type="checkbox"/>	Trauma		<input type="checkbox"/>
	Estrés		<input type="checkbox"/>	Movimientos resp.		<input type="checkbox"/>	Tabaco		<input type="checkbox"/>
	Consumo Alcohol		<input type="checkbox"/>	Deglución		<input type="checkbox"/>	Otros		<input type="checkbox"/>
SITUACIONES EN LA QUE MEJORA	Consumo antiinflamatorios		<input type="checkbox"/>	Reposo		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Mejoría espontánea		<input type="checkbox"/>	Consumo antiácidos		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Consumo nitratos		<input type="checkbox"/>	Otros		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
SITUACIONES EN LA QUE EMPEORA	Respiración		<input type="checkbox"/>	Palpación		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Movimiento		<input type="checkbox"/>	Actividad Fisica		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Tos		<input type="checkbox"/>	Otros		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
SIGNOS Y SINTOMAS ASOCIADOS	Disnea		<input type="checkbox"/>	Bradicardia		<input type="checkbox"/>	Alt. Conciencia		<input type="checkbox"/>
	Nauseas		<input type="checkbox"/>	Taquicardia		<input type="checkbox"/>	Sincope		<input type="checkbox"/>
	Vomitos		<input type="checkbox"/>	Síntomas gripales		<input type="checkbox"/>	Hemoptisis		<input type="checkbox"/>
	Tos		<input type="checkbox"/>	Fiebre		<input type="checkbox"/>	Otros		<input type="checkbox"/>
INTERVENCIONES			Monitoreo		<input type="checkbox"/>	ECG		<input type="checkbox"/>	
			Oxigenoterapia		<input type="checkbox"/>	Trat. VO		<input type="checkbox"/>	
			VCL		<input type="checkbox"/>	Trat. EV		<input type="checkbox"/>	
Valoración ECG			Segmento ST c/ elevación		<input type="checkbox"/>	Segmento ST s/ elevación		<input type="checkbox"/>	

- Preparación de paciente para estudios complementarios.
- Lavado de manos. 1 A
- Registros de Enfermería. 1 A

El monitoreo de calidad será efectuado por el Enfermero que realiza la recepción del paciente.

NOMBRE	CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO
TIPO DE INDICADOR	Proceso
FORMATO	$\frac{N^{\circ} \text{ total de profesionales que cumplen con el protocolo}}{N^{\circ} \text{ total de profesionales evaluados en el mismo periodo}} * 100$
FUENTE DE DATOS	Pauta de cotejo. Aleatorio en distintos turnos.
PERIODICIDAD	Quincenal
UMBRAL	80%
RESPONSABLE	Supervisora de Enfermería; Jefatura de Enfermería

NOMBRE	CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO.
TIPO DE INDICADOR	Proceso
FORMATO	$\frac{N^{\circ} \text{ total de pacientes con síndrome coronario agudo ingresados que cumplen con el protocolo}}{N^{\circ} \text{ total de pacientes con síndrome coronario agudo recepcionados en el mismo periodo}} * 100$
FUENTE DE DATOS	Pauta de cotejo. Aleatorio en distintos turnos.
PERIODICIDAD	Mensual
UMBRAL	80%
RESPONSABLE	Supervisora de Enfermería; Jefatura de Enfermería

Recomendaciones

Se recomienda la aplicación de la totalidad del protocolo de SCA en los Servicios Urgencias Adultos, tanto la instancia de recepción del paciente en el consultorio de *Triage* como la recepción del paciente en el *shock room*. Todas las instancias propuestas en dicho protocolo van a permitir sistematizar las intervenciones y cuidados de enfermería en pacientes con síndrome coronario agudo, que permitan un inicio de cuidado rápido, oportuno y eficaz a fin de lograr el objetivo del mismo y brindar un cuidado terapéutico con seguridad y calidad.

Bibliografía

1. SEGURA DE LA CALS, A.; CARBONELL, R.; ZAMORANO J. "SÍNDROME CORONARIO AGUDO" [Internet] *Medicine. Programa de formación médica*. Volumen 11, Número 37, Junio 2013. [consultado marzo 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541213706085>
2. ÁLVAREZ, A.; RUFÍAN MARTÍNEZ, B. "SÍNDROME CORONARIO AGUDO. CUIDADOS DE ENFERMERÍA". [Internet] *Revista electrónica de portales médicos.com*. ISSN 1886-8924. Volumen XV, número 6. 5 marzo 2018. [consultado en abril 2020]. Disponible en <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sindrome-coronario-agudo-cuidados-enfermeria/>
3. VALCARSE, L. "CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ANGINA DE PECHO INESTABLE" [Internet] Trabajo fin de grado de enfermería, Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Soria. Mayo 2017. [consultado marzo 2020] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/28398/TFGO%201109.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. BLANCO MORA, A. "SCASEST" [Internet] Curso Experto Universitario en Medicina de Urgencias y Emergencias. Universidad Internacional de Andalucía. 2015 [consultado marzo 2020] Disponible en: https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/3533/0679_Blanco.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. MARTINEZ MERLO, J.; LASTRE AMELL, G.; CASSIANI, C. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA). [Internet] *Revista ENE de Enfermería*, volumen 13, número 2. 2019. [consultado en Marzo 2020]. Disponible en <http://www.eneenfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/828>
6. RAMOS H.; QUINTEROS L.; PACHECO J. "GUIAS DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO AGUDO SOSPECHOSO DE ISQUEMIA MIOCARDICA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS Y/O TERAPIA INTENSIVA" [internet] Sociedad Argentina de terapia intensiva, "Comité de patología crítica cardiovascular de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. s/f. [consultado en marzo 2020]. Disponible en <https://www.sati.org.ar/files/pcc>
7. DIAGNOSTICOS NANDA NIC NOC. "DISCONFORT". [Internet] *Diagnostico nanda*. [consultado junio 2020] Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com>
8. CONSENSO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA. "CONSENSO PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON DOLOR PRECORDIAL". [Internet] *Revista argentina de cardiología*. VOL 84 N° 4. agosto 2016 [consultado Abril 2020]. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2017/10/consenso-para-el-manejo-de-pacientes-con-dolor-precordial.pdf>
9. SOLLÀ RUIZ, I.; BEMBRINE VAZQUEZ, S.; FREIRE CORZO, J. "MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA" [Internet] *Revista Cadernos de atención primaria*. Volumen 18. Pag 49/55. 2011. [consultado abril 2020]. Disponible en https://www.agemfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18_1_actua_1.pdf
10. Op. Cit. VALCARSE, L. "CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ANGINA DE PECHO INESTABLE"
11. SEVILLA J. "PAPEL ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS. SÍNDROME CORONARIO AGUDO". [Internet] *Revista Enfermería en Cardiología*. Septiembre 2018. Año XXV (75) volumen 3. [consultado marzo 2020] Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/cardiologia/articulo/507/papel-de-enfermeria-en-el-tratamiento-de-las-principales-alteraciones-electrocardiograficas-sindrome-coronario-agudo/>
12. VIDÁN ASTIZMARÍA, T. "SITUACIONES CLÍNICAS MÁS RELEVANTES. SÍNDROME CORONARIO AGUDO". [Internet] *sociedad española de geriatría y gerontología*. Capítulo 31. s/f. [consultado abril 2020] Disponible en https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2031_III.pdf
13. HOSPITAL SAN ELOY. "PROTOCOLO DE MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN URGENCIAS" [internet] Mayo 2013. [consultado marzo 2020]. Disponible en: <https://urgenciasaneloy.files.wordpress.com/2014/06/pt-urg-13-protocolo-de-manejo-del-sindrome-coronario-agudo-en-urgencias-normalizado.pdf>
14. Op. Cit. HOSPITAL SAN ELOY. "PROTOCOLO DE MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN URGENCIAS"
15. WARNICA, J. "ANGINA INESTABLE" [Internet] MANUAL MSD, versión para profesionales. Septiembre 2016 [consultado en abril 2020] Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedad-coronaria/angina-inestable>
16. RODRÍGUEZ MORALES, M.; CABRERIZO SANZ, M.; MATAS AVELLÀ, M. "MUERTE SUBITA" [Internet]. Madrid, Asociación Española de Enfermería en Cardiología, 2013. [consultado marzo 2020]. Disponible en: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/manual-de>

17. CONCENSO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA. "CONCENSO PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON DOLOR PRECORDIAL" [Internet]. *Revista argentina de cardiología*. vol 84 n° 4. agosto 2016. [consultado marzo 2020] disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/10/Consenso-para-el-manejo-de-pacientes-con-Sindrome-Coronario-Agudo-sin-Supradesnivel-del-Segmento-ST-Angina-Inestable-e-Infarto-de-Miocardio-sin-elevacion-del-ST.pdf>
18. OSTABAL, M. "DOLOR TORACICO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA" [Internet] *Revista de medicina integral*. Volumen 40. Número 2. Junio 2012. [consultado marzo 2020] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-dolor-toracico-los-servicios-urgencias-13034627>
19. MENDOZA, F. "DOLOR TORACICO EN E SERVICIO DE URGENCIAS: UN RETO POR ENFRENTAR" [Internet] *Revista Colombiana de cardiología*. Volumen 10. Septiembre/ octubre 2003. Bogotá DC. Colombia [consultado marzo 2020] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v10n8/10n8a4.pdf>
20. TRIVI, M., SPENNATO, M. "ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO DE SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST". [internet] *Áreas de consenso y normas. Sociedad Argentina de cardiología*. 2019 [consultado en marzo 2020] Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2019/11/consenso-scasest-2019.pdf>
21. TAJER, C.; CHARASK, A.; ABREU, M; ROJAS, P. "ACTUALIZACION DEL CONSENSO DE SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST". [internet] *Áreas de consenso y normas. Sociedad Argentina de Cardiología*. 2019 [consultado en marzo 2020] Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2019/11/consenso-scacest-2019.pdf>
22. BAYÓN, J.; FERNÁNDEZ, E.; EZQUERRA, X.; GENOVER, A.; O'CALLAGHAN, I.; GÁRRIZ, J.; JIMÉNEZ, J.; NÁCHER, F.; DETORRES, M. "UNIDADES DE DOLOR TORACICO. ORGANIZACIÓN Y PROTOCOLO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS SINDROMES CORONARIOS AGUDOS" [Internet] *Revista Española de Cardiología*. Volumen 55. Número 2. 2002 [consultado marzo 2020] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300893202765743>
23. Op. Cit. SEVILLA J. "PAPEL ENFERMERIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES ALTERACIONES ELCTROCARDIOGRÁFICAS. SINDROME CORONARIO AGUDO"
24. Op. Cit. CONCENSO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA "CONCENSO PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON DOLOR PRECORDIAL"
25. FAJARDO PÉREZ M., PÉREZ PÉREZ R., SAMPER NOA J., PÉREZ LEMUS M., LÓPEZ SÁNCHEZ I. "DOLOR TORACICO AGUDO" [Internet] *Policlínico Universitario. Medicina General Integral. Hospital Militar Carlos J. Finlay. La Habana (Cuba) s/f*. [Consultado abril 2020] Disponible en: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40587622/dolor_toracico.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDolor_toracico.pdf&X-Amz-
26. ALCARAZ, E.; DEVESA, E, CALVILLO, Á.; PUEYO, Y.; VILLAMOR, A. "ACTUALIZACIÓN EN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN URGENCIAS" [Internet] *Metas de enfermería*. Noviembre 2016; 19(9): 6-13. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80985/>
27. TENIZA NOGUEZ, D. "VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE ADULTO CON AFECCIÓN CARDIOVASCULAR" [Internet] *Revista mexicana de enfermería cardiológica*. Volumen 19 N°1. 2011 [consultado abril 2020] disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en111f.pdf#27>.