



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN**  
**UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Crítico**

**Título:**

**PLAN DE ALTA EDUCATIVO TRAS EL EGRESO HOSPITALARIO EN EL  
PACIENTE POST INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO**

**PRESENTA:**

Licenciada en Enfermería  
Sandra Araceli Ricario Santillán

**Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada  
con Énfasis en Cuidado Crítico**

**DIRECTORA DE TESINA:**

---

Dra. Josefina Gallegos Martínez

San Luis Potosí, S.L.P., Marzo de 2021.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN**  
**UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**Título**

Plan de alta educativo tras el egreso hospitalario en el paciente post infarto agudo al miocardio

**Tesina**

Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Crítico

**Presenta**

L.E. Sandra Araceli Ricario Santillán

**Directora de Tesina:**

---

Dra. Josefina Gallegos Martínez



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN**  
**UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**Título**

Plan de alta educativo tras el egreso hospitalario en el paciente post infarto agudo al miocardio

**Tesina**

Para obtener el nivel de Especialista en Cuidado Crítico

**Presenta:**

L.E. Sandra Araceli Ricario Santillán

**Sinodales**

**MAAE Felipa Loreda Torres**  
Presidente

\_\_\_\_\_  
Firma

**MCE Olivia Alejandra García Medina**  
Secretario

\_\_\_\_\_  
Firma

**Dra. Josefina Gallegos Martínez**  
Vocal

\_\_\_\_\_  
Firma

San Luis Potosí, S.L.P.

Marzo de 2021.

## **AGRADECIMIENTOS:**

A Dios por darme la fortaleza y la tranquilidad de todos mis días.

A mi familia, pareja y a mi bebé que viene en camino, que son lo más importante en mi vida.

A mis amigos, compañeros y maestros, quienes me inspiraron a ser mejor persona cada día.

A el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de San Luís Potosí y al Hospital del Niño y La Mujer Dr. Alberto López Hermosa, por enseñarme el verdadero valor de mi profesión.

A mi directora de tesina JOSEFINA GALLEGOS MARTÍNEZ por el tiempo, espacio y conocimientos.



Plan de alta educativo tras el egreso hospitalario en el paciente post infarto agudo al miocardio by Ricario Santillán Sandra Araceli is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

## ÍNDICE:

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	3
2.1.	General	3
2.2.	Específicos	3
<b>III.</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	4
<b>IV.</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	7
<b>V.</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	9
5.1.	Anatomía y fisiología del corazón	9
5.2.	Estructuras que conforman el corazón	10
5.3.	Arterias y ramas del corazón	12
5.4.	Infarto Agudo al Miocardio (IAM)	13
5.4.1.	Definición del IAM	13
5.4.2.	Clasificación del IAM	14
5.4.3.	Localización del IAM	15
5.4.4.	Fisiopatología	16
5.4.5.	Formación del trombo	17
5.5.	Enfermería	18
5.5.1.	Cuidado de enfermería	18
5.6.	Generalidades del Proceso Cuidado Enfermero (PCE)	19
5.6.1.	Descripción de las Etapas del PCE	20
5.6.2.	Interrelación de la NANDA, NIC y NOC	22
5.7.	Cuidados Cardíacos: Rehabilitación	23

<b>5.8. Plan de alta</b>	24
<b>5.9. Plan educativo</b>	24
<b>5.10. Educación a la salud en post infarto Agudo al Miocardio</b>	24
<b>5.11. Modelo Transteórico del Cambio de Comportamiento</b>	27
5.11.1. Antecedentes	27
5.11.2. Etapas del Cambio de Comportamiento	30
<b>VI. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES</b>	32
<b>VII. METODOLOGÍA</b>	33
<b>VIII. RESULTADOS</b>	36
<b>8.1. Principales diagnósticos de enfermería de acuerdo a la revisión sistémica</b>	54
<b>8.2. Plan de cuidados de enfermería</b>	56
<b>8.3. Propuesta de plan de alta educativo</b>	62
8.3.1. Tratamiento farmacológico a largo plazo	62
8.3.2. Programa inicial de ejercicios	64
8.3.3. Datos de alarma	68
8.3.4. Tabaquismo	70
8.3.5. Pirámide de dieta mediterránea	74
8.3.6. Cuidados post cateterismo y angioplastia cardíaca	75
8.3.7. Sexualidad	76
<b>IX. CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA</b>	78

<b>X.</b>	<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>80</b>
<b>XI.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>81</b>
<b>XII.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>97</b>

## **RESUMEN**

El infarto agudo al miocardio es la necrosis de una porción del miocardio ocasionada por obstrucción del flujo sanguíneo. La estancia hospitalaria puede ir de 3 a 15 días lo cual genera gran costo para el sector salud, sin mencionar que al mes reingresan por otro evento isquémico o alguna complicación. Enfermería mediante la implementación de un plan de alta educativo tras el egreso hospitalario en el paciente post infartado y a través del Modelo Transteórico de Cambio de Comportamiento de Prochaska busca aumentar la autonomía en relación con la enfermedad, y adquisición de hábitos de vida saludables. Para su desarrollo se dividió en dos fases: la primera en una revisión sistemática de artículos científicos nacionales e internacionales, en bases de datos: Medigraphic, Scielo, Redalyc y Elsevier, mediante descriptores; inglés, portugués y español, Proceso cuidado enfermero e Infarto agudo al miocardio, y uso de los operadores booleanos AND y OR. La segunda etapa consistió en la elaboración de un plan de alta educativo a partir del diagnóstico “Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162)” que incluye sus NIC y NOC. Como resultados se obtuvo en la Fase 1. Información pertinente de la revisión sistemática y en la Fase 2. El desarrollo del plan de alta educativo derivado de los cuidados de enfermería. Se concluye la importancia de enfermería al intervenir en los cuidados cardíacos agudos en el restablecimiento de la vida del paciente y, además, con mayor impacto en el ámbito educativo, tras generar autonomía en los cuidados.

**Palabras clave:** Alta del Paciente; Educación; Infarto

## **ABSTRACT**

Acute myocardial infarction is the necrosis of a part of the myocardium caused by blockage of blood flow. The hospital stay can range from 3 to 15 days which generates great cost to the health sector, not to mention that a month they re-entry for another ischemic event or some complication. Nursing through the implementation of a high educational plan after hospital egress in the post-infarctive patient and through the Transteoric Model of Behavior Change of Prochaska seeks to increase autonomy in relation to the disease, and acquisition of healthy lifestyle habits. For its development it was divided into two phases: the first in a systematic review of national and international scientific articles, in databases: Medigraphic, Scielo, Redalyc and Elsevier, through descriptors; English, Portuguese and Spanish, Process nurse care and acute myocardial infarction, and use of Boolean operators AND and OR. The second stage consisted of the development of a high-education plan based on the diagnosis "Willingness to Improve Health Management (00162)" which includes its NICs and NOCs. As a result it was obtained in Phase 1. Relevant information from the systematic review and in Phase 2. The development of the high education plan derived from nursing care. The importance of nursing is concluded by intervening in acute cardiac care in the restoration of the patient's life and, in addition, with greater impact on the educational field, after generating autonomy in care.

**Keywords:** Patient Discharge; Education; Infarction

## I INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos que representan un problema de salud pública por su alta prevalencia, se consideran dentro de las principales causas de muerte en países desarrollados.<sup>1</sup> En la peor presentación de las cardiopatías coronarias se encuentra el infarto agudo al miocardio cuyo predominio radica en varones y su mayor incidencia se presenta entre los 55-65 años de edad, su índice de mortalidad es altamente letal durante la fase aguda, de 20 - 50 %.<sup>2</sup> Esta patología se ha descrito como la muerte celular por isquemia prolongada que tiene entre los primeros 10 – 15 minutos cambios microestructurales en disminución del glucógeno celular, relajación de miofibrillas y desorganización del sarcolema.<sup>3</sup>

A nivel internacional los días de estancia que ocupan en el servicio de hospitalización llegan a ser de 3 a 15 días lo cual genera gran costo para el sector salud, tanto en el tratamiento farmacológico, insumos, dispositivos de oxigenoterapia, tratamiento de reperfusión coronaria o alguna intervención quirúrgica que llegara a necesitar el paciente,<sup>4</sup> sin contar que pueden re ingresar al mes por padecer otro evento isquémico o bien por alguna complicación derivada de él, hoy en día se conoce que el nivel de mortalidad puede ocurrir dentro de los primeros 30 días, a los seis meses o bien al año.<sup>5</sup>

En México en el año 2016 se encontró que el porcentaje de hospitalización por infarto agudo al miocardio fue de un 56 % seguido de angina de pecho, con una media de estancia hospitalaria de 8.1 días, sin mencionar la tendencia a presentarse un nuevo evento coronario agudo, vinculándose algunas ocasiones a los factores de riesgo que no han sido modificados por la persona, esta probabilidad puede ir desde un 1.8%, acorde con lo reportado en el estudio Framingham. Asimismo, la mortandad asociada a padecer otro evento isquémico es de un 55%.<sup>6</sup>

Hoy en día se conocen algunos factores de riesgo que son asociados al infarto agudo al miocardio; no modificables y modificables. En el primer grupo se encuentran; la herencia o historia familiar, la edad y el sexo, en el segundo grupo están los que sí podemos intervenir; el hábito de fumar, la ingesta de alcohol, la dieta incorrecta y la falta de actividad física. <sup>7</sup>

De esta manera existen modelos y teorías que sustentan el cambio de comportamiento en las personas, para este trabajo se utilizó el “Modelo Transteórico del Cambio de Comportamiento en Salud” que fue creado en los años 70’s por Prochaska en Estados Unidos de América, su inicio contribuyó en el abandono del tabaquismo en fumadores, fue adquiriendo consistencia y hasta la fecha ha sido aplicado en un amplio espectro de cambios de conducta: disminución de prácticas de riesgo para la infección por el VIH, ejercicio físico y dieta saludable. <sup>8</sup> Lo cual hace comprender que las personas que hayan vivido un evento isquémico podrían tomar conciencia acerca de estado de salud y así modificar sus estilos de vida.

Así mismo, para el desarrollo de esta tesina se propone un plan de alta educativo tras el egreso hospitalario en el paciente post infarto agudo al miocardio que contienen los elementos necesarios en educación para la salud, para ello se tomó en consideración el diagnóstico de enfermería: “Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162)” y el uso de sus intervenciones NIC y resultados NOC. Sin olvidar la aplicación del Modelo Transteórico del Cambio de Comportamiento en Salud de Prochaska (1982) que sirve como estrategia de solución para modificar hábitos saludables y evitar los re ingresos hospitalarios. Además, contribuye al desarrollo de más investigaciones a partir de esta línea.

## **II OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo General**

Desarrollar un plan de alta educativo tras el egreso hospitalario sobre dieta, ejercicio, medicación y conocimientos de su enfermedad en pacientes post infarto agudo al miocardio.

### **2.2 Objetivos específicos**

2.2.1 Elaborar un marco teórico sobre infarto agudo al miocardio, proceso cuidado enfermero, cuidados cardiacos: rehabilitación, prevención secundaria, plan de alta, plan educativo y Modelo Transteórico del Cambio de Comportamiento en salud sustentado en una revisión bibliográfica actual.

2.2.2 Realizar una revisión sistemática sobre proceso cuidado enfermero e infarto agudo al miocardio para contar con fundamentos relevantes que permitan sustentar el plan de alta educativo.

2.2.3 Discutir los resultados de la revisión sistemática a la luz del análisis de su pertinencia, semejanzas y diferencias entre las publicaciones sobre el infarto agudo al miocardio y la necesidad educativa para cambio de estilo de vida.

2.2.4 Elaborar una propuesta de plan de cuidados estructurado con base en intervenciones y resultados de enfermería y posteriormente un plan de alta educativo.

2.2.5 Difundir los resultados del trabajo en reunión académica.

### III JUSTIFICACIÓN

El infarto agudo al miocardio es a nivel nacional e internacional un problema de salud pública que puede ser prevenido ante la educación hacia el paciente y modificación de los estilos de vida, esta patología ha aumentado en cifras de mortalidad en estos los últimos años, además deja repercusiones a nivel social. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en el año 2012 se registró 17,5 millones de muertes donde las enfermedades cardiovasculares representaron un 30% de ese total. Derivando 7,4 millones a las cardiopatías coronarias.<sup>1</sup> Así mismo, en el año 2013 en México el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó 77 284 muertes por enfermedades isquémicas del corazón, comparado con el año 2015 que dejó 116 002 defunciones y de estas un 70% fue atribuible a infarto agudo al miocardio.<sup>9</sup>

Para el año 2016 en la República Mexicana se registró 87.614 fallecimientos por infarto agudo al miocardio, convirtiéndose en el segundo país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con mayor número de muertes.<sup>10</sup> Esto va de la mano con el Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad por Infarto Agudo al Miocardio IAM-MX (PREMIA) en relación con las enfermedades isquémicas del corazón que son ya la primera causa de mortalidad a partir del año 2018, al tener un elevado porcentaje por infarto agudo al miocardio.<sup>11</sup>

Mientras que en el año 2017 según datos de INEGI fallecieron 703,047 mexicanos; 17,281 más que en el año 2016 (685,766 fallecidos registrados) a causa de Enfermedades No Transmisibles (ETN) entre las que se encuentran las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y los tumores malignos que constituyen las tres primeras causas de muerte en el país, así mismo se destaca el infarto agudo al miocardio, cuya tasa de mortalidad es tres veces más alta que el promedio de los países de la OCDE (28.1 vs.7.5 muertes por

cada 100 egresos) en pacientes de 45 años de edad y más. <sup>12</sup> Esto se traduce que uno de cada dos pacientes con infarto agudo al miocardio no recibe ningún tipo de terapia de reperfusión coronaria, y uno de cada cuatro fallece.<sup>11</sup>

Actualmente la población de México es de un total de 126, 661, 703 millones de habitantes lo que se interpreta en la pirámide poblacional más ancha en el centro y se reduce en la base, lo que significa que la proporción de niños ha disminuido y se ha incrementado la proporción de adultos, tan sólo la población menor de 15 años representa el 24.37 % del total comparado con la población de entre los 15 y 64 años que constituye hasta un 75.62 % y a su vez representa un 59.85 % de la población económicamente activa. <sup>13</sup> Este grupo etario (adultos y adultos jóvenes) está expuesto a factores que alteran su estado de salud, entre lo cual se encuentra el estilo de vida en cuanto a alimentación, actividad física que conlleva morbilidad y mortalidad elevadas.

Mientras que, la educación en el paciente post infartado es considerado un tema de gran relevancia al abordar temas de prevención y promoción a la salud, disminuye los factores de riesgo y evitar el reingreso hospitalario, además, interviene al crear conciencia sobre cómo puede modificar sus estilos de vida en el paciente. Una vertiente que hoy en día está presente y no se ha podido cambiar es que en México hay muy poca información de educación al paciente post infartado, mientras que en otros países como: Chile, España y Costa Rica hay una gran variedad de artículos sin embargo no son de años recientes, pero con contenido muy significativo.

Así mismo, se retoma la idea de brindar información relevante para los cuidados post infarto agudo al miocardio dentro de un plan de alta educativo hacia el paciente, que será de gran apoyo en los servicios de terapia intermedia y piso del Hospital General ISSSTE “Dr. Carlos Diez Gutiérrez”, al ser una herramienta esencial en educación y enseñanza dentro de la fase de

recuperación. Por su enfoque educativo será un giro de cambio para la realización de más líneas de investigación a través del conocimiento del Modelo Transteórico del Cambio de Comportamiento en Salud y los contenidos de interés del plan de alta educativo.

#### IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El infarto agudo al miocardio se considera el fin de muchas enfermedades metabólicas y cardíacas que tienen repercusiones a nivel económico, social y psicológico sin contar que generan un gran costo a nivel institucional en el tratamiento, hospitalización y recuperación, por lo que se considera un problema de salud pública a nivel mundial. <sup>12</sup>

Existen diversas publicaciones donde se mencionan algunos factores de riesgo que se asocian al infarto agudo al miocardio, entre ellos; una dieta incorrecta, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol, sin contar aquellas enfermedades, tales como: hipertensión arterial, hiperglucemia, hiperlipidemia, sobrepeso y obesidad que aumentan el riesgo de padecerlo, donde los estilos de vida pueden modificarse y a su vez mejorar la calidad de salud del paciente. <sup>14</sup>

Sin embargo, en pleno siglo XXI la dieta del mexicano radica en ser alta en carbohidratos, grasas, azúcares, y embutidos donde se agrega otro factor de riesgo que es el sedentarismo, de forma contradictoria actualmente ya se cuenta con cierto número de gimnasios, centros recreativos y parques donde algunas personas argumentan que no tienen el tiempo libre por el mayor número de exigencias y responsabilidades que les ocasiona sus centros de trabajo, aumentando el nivel de estrés y a su vez son otro factor predictivo de padecer un evento isquémico. <sup>15</sup>

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico, no apoderarse de la capacidad de decidir sobre mejorar su dieta, actividad física y dejar sus inadecuados estilos de vida (tabaquismo y alcoholismo), asume un mayor reto en salud pública. <sup>16</sup> Existen programas diseñados para corregir los estilos de

vida del paciente cardiópata, cuyo principal objetivo se centra en evitar la nueva aparición de un IAM. <sup>17</sup> La atención temprana al IAM hace una diferencia significativa en su pronóstico de vida, sin embargo, el mayor peso radica en la prevención secundaria. Se ha descrito en varias investigaciones la importancia de la rehabilitación para la fisiología del corazón, y la nueva adaptación en su entorno de vida del paciente. <sup>18</sup>

Lamentablemente esta enfermedad tiene un gran impacto económico, en el año 2010 a nivel mundial de 863 miles de millones de dólares, y se prevé que aumentará a 1.04 billones de dólares para el año 2030. Por su parte, se estima que los costos del sistema de salud en México destinados hacia la atención de infarto agudo al miocardio anuales corresponden a 7 114 millones de pesos. Así mismo genera grandes repercusiones a nivel de incapacidad, descenso económico dentro del núcleo familiar y sobre todo la pérdida de un ser querido.

19

Por lo consiguiente enfermería es quien debe dar respuesta a las necesidades preventivas del paciente post infarto agudo al miocardio, mediante un plan de alta educativo que englobe temas de su interés, en cuanto; al tipo de dieta, actividad física, sexualidad, tabaquismo, entre otros. Siendo importante el abordaje del Modelo Transteórico de cambio de Comportamiento en Salud de Prochaska que genera gran impacto al tomar conciencia sobre el estado de salud que se encuentre la persona y este suma el compromiso de modificar sus estilos de vida.

## **V. MARCO TEÓRICO**

En esta sección se abordan aspectos relacionados con las bases anatómicas y fisiológicas del corazón, la fisiopatología del infarto agudo al miocardio, el cuidado de enfermería, definición de plan de alta y plan educativo, antecedentes sobre educación en paciente post infarto agudo al corazón así mismo sobre los referentes históricos del Modelo Transteórico de Cambio de Comportamiento en Salud de Prochaska, que se sustentaron las propuestas de cambio hacia comportamientos más saludables en el paciente post infarto agudo al miocardio.

### **5.1. Anatomía y fisiología del corazón**

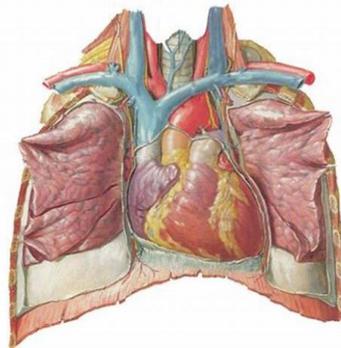
La función del corazón es ser una bomba muscular que al ejercer dentro de él una presión desplaza un adecuado volumen de líquido sanguíneo hacia las demás partes del cuerpo, cuyo objetivo principal es abastecer en oxígeno y nutrientes a los tejidos y regresar la sangre insaturada de nuevo hacia los pulmones y estos poder cargar su hemoglobina de oxígeno, y por ende preservar la vida. <sup>20</sup>

El corazón es un órgano relativamente pequeño casi del mismo tamaño (peso no de la misma forma) que un puño cerrado. Mide alrededor de 12 cm de largo, 9 cm en su punto más ancho y 6 cm de espesor, con un peso promedio de 250 g en mujeres adultas y de 300 g en hombres adultos. <sup>21</sup>

Se encuentra ubicado en el mediastino medio, dentro de la cavidad torácica. En este mismo compartimiento se encuentra el pericardio (elemento que proporciona recubrimiento y sujeción al corazón), el nacimiento de los llamados grandes vasos (arterias y venas pulmonares, arteria aorta y venas cavas superior e inferior), nervios del sistema nervioso encargados de la

estimulación neuronal, así como pequeñas arterias (arterias coronarias) encargadas del aporte de nutrientes al tejido cardíaco y venas que forman un “drenaje” para recoger la sangre utilizada por el vital órgano. <sup>22</sup>

De manera esquemática, el corazón se asemeja a una pirámide recostada en uno de sus lados, se encuentra orientada con la punta hacia abajo, hacia adelante y ligeramente rotada hacia la izquierda, mientras que la base se encuentra posterior y con ligera rotación hacia la derecha. <sup>22</sup>



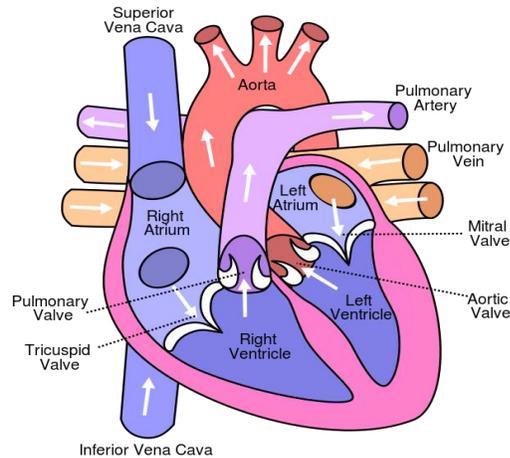
Fuente: Tortora GJ, Derrickson B, 2013.

## 5.2. Estructuras que conforman el corazón

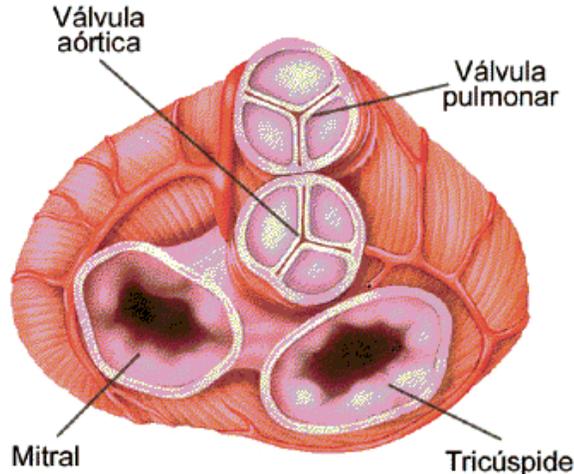
El corazón tiene cuatro cavidades. Las cavidades superiores se denominan; aurícula izquierda y aurícula derecha y las cavidades inferiores; ventrículo izquierdo y ventrículo derecho. Una pared muscular denominada tabique separa las aurículas y los ventrículos; izquierdos y derechos. El ventrículo izquierdo es la cavidad más grande y fuerte del corazón; tienen un grosor de sólo media pulgada, con la fuerza suficiente para enviar la sangre (a través de la válvula aórtica) hacia el resto del cuerpo. <sup>23</sup>

Las válvulas que controlan el flujo de la sangre por el corazón son cuatro. La válvula tricúspide; controla el flujo sanguíneo entre la aurícula derecha y el ventrículo derecho, La válvula pulmonar; ubicada entre el ventrículo derecho y las arterias pulmonares, las cuales transportan la sangre a los pulmones para

oxigenarla, La válvula mitral; permite que la sangre rica en oxígeno proveniente de los pulmones pase de la aurícula izquierda al ventrículo izquierdo y La válvula aórtica; permite que la sangre rica en oxígeno pase del ventrículo izquierdo a la aorta, la arteria más grande del cuerpo, la cual transporta la sangre al resto del organismo.<sup>24</sup>



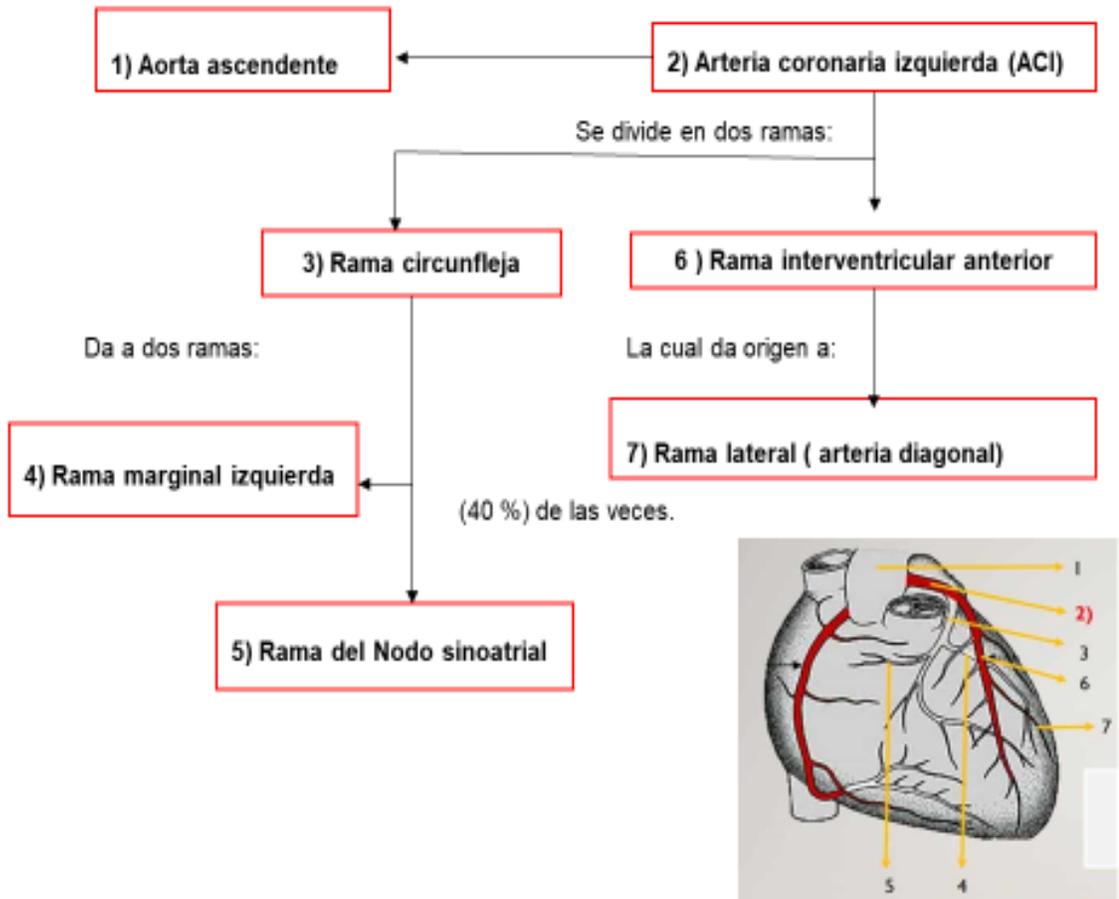
**Fuente:** Cruz Ortega HA, Calderón Monter FX, 2016.



**Fuente:** Palacios Gómez J, 2017.

### 5.3. Arterias y ramas del corazón <sup>25</sup>

Primera rama de la:



**Fuente:** Laboratorio de Anatomía Cardíaca, Instituto de Morfología J.J Naón, UBA, 2019.

## **5.4. Infarto Agudo al Miocardio (IAM)**

### **5.4.1. Definición de IAM**

Es descrito como la necrosis de las células del corazón por una isquemia prolongada derivada de una la disminución repentina en el flujo sanguíneo, ya sea por obstrucción o taponamiento en la continuidad de la irrigación sanguínea coronaria, que compromete una o más zonas del miocardio. Su patogenia radica en la ruptura de una placa asociada a inflamación, trombosis aguda, (aterotrombosis) vasoconstricción y micro embolización. <sup>26</sup>

La Organización Mundial de la Salud lo definió como la presencia de por lo menos dos de los siguientes criterios: 1) dolor torácico sugestivo de isquemia típico o atípico, 2) elevación de marcadores de macro necrosis, 3) cambios ECG característicos con presencia de ondas Q patológicas. <sup>27</sup>

### 5.4.2. Clasificación del IAM <sup>26</sup>

**Tipo 1:** IAM espontáneo relacionado a isquemia debida a un evento coronario primario (erosión de la placa y/o ruptura, fisura o disección).

**Tipo 2:** IAM secundario a isquemia debida al aumento de la demanda de O<sub>2</sub> o disminución de su aporte por: espasmo coronario, embolia coronaria, anemia, arritmias, hipertensión e hipotensión.

**Tipo 3:** Muerte súbita inesperada, incluida parada cardiaca, frecuentemente con síntomas sugestivos de isquemia miocárdica, acompañado presumiblemente de nueva elevación del ST, o bloqueo de rama izquierda (BRI) nuevo, o evidencia de trombo fresco en una arteria coronaria por angiografía y/o autopsia, pero que la muerte haya ocurrido antes de la toma de muestras de sangre, o que las muestras hayan sido tomadas antes para que existan biomarcadores en sangre.

**Tipo 4a:** IAM asociado con intervencionismo coronario percutáneo.

**Tipo 4b:** IAM asociado con trombosis de endoprótesis vascular (*stent*), demostrado por angiografía o autopsia.

**Tipo 5:** IAM asociado a cirugía de derivación aortocoronaria.

### **5.4.3. Localización del IAM** <sup>28</sup>

#### **IAM Septal**

- Ramas perforantes septales de la descendente anterior izquierda

#### **IAM Anterior localizado**

- Ramas diagonales de la descendente anterior izquierda

#### **IAM antero septal**

- Perforante septal y ramas diagonales de la desencadenante anterior izquierda.

#### **IAM Lateral**

- Ramas diagonales de la desencadenante izquierda. Rama marginal anterolateral de la circunfleja izquierda.

#### **IAM Anterolateral**

- Ramas diagonales de la desencadenante anterior izquierda. Rama marginal anterolateral de la circunfleja izquierda.

#### **IAM Anterior extenso**

- Desencadenante anterior izquierda. Rama marginal anterolateral de la circunfleja izquierda.

#### **IAM Inferior (diafragmático)**

- Coronaria derecha (o circunfleja izquierda). Ramas ventriculares posteriores izquierdas.

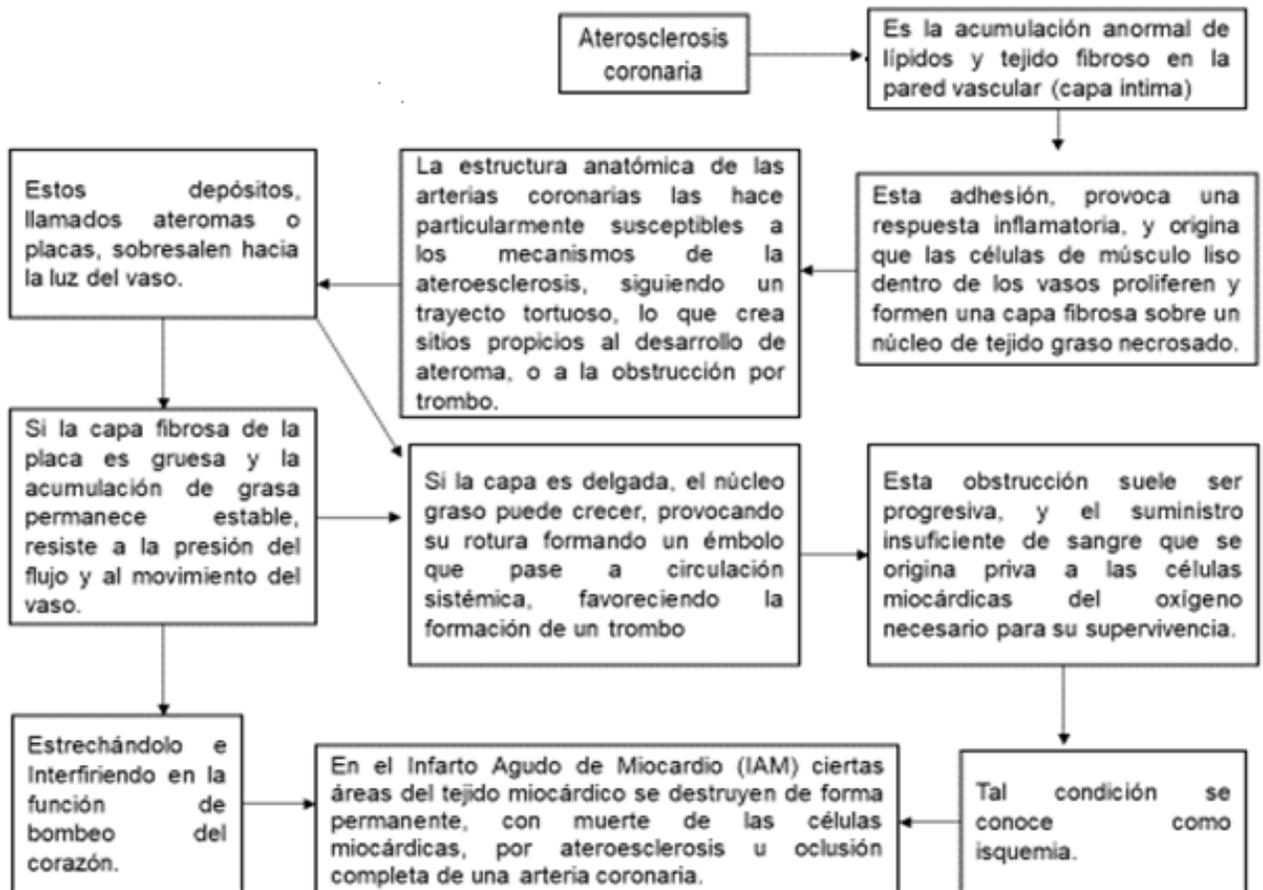
#### **IAM Posterior**

- Circunfleja izquierda distal y / o rama marginal posterolateral.

#### **IAM Ventricular derecho**

- Coronaria derecha

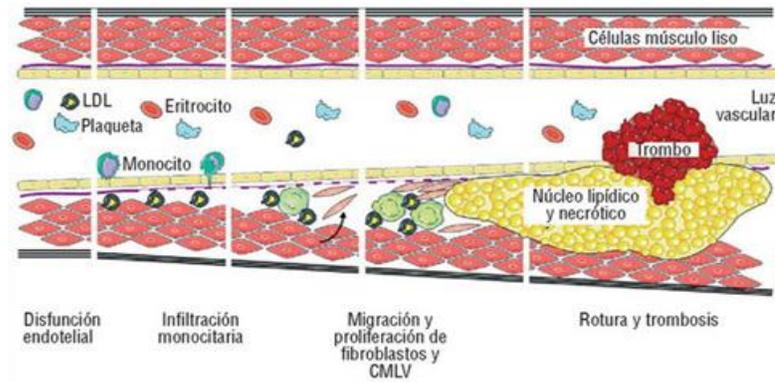
#### 5.4.4. Fisiopatología <sup>29</sup>



**Fuente:** Sarre Álvarez D, Cabrera Jardines R, Rodríguez Weber F, Díaz Greene E, 2018.

### 5.4.5. Formación del trombo

La formación de un trombo está influenciada por tres fases a continuación se mencionarán.



**Fuente:** Montero Granados C, Monge Jiménez T, 2010.

1. La lesión endotelial: la pérdida física del endotelio produce la exposición de la matriz extracelular subendotelial, la adhesión de plaquetas, la liberación de factor tisular y la depleción local de PGI<sub>2</sub> (prostaglandina tipo dos) y de PA (plasminógeno).<sup>30</sup>
2. Alteración en el flujo sanguíneo normal: la turbulencia y la estasis alteran el flujo laminar y acercan las plaquetas al contacto con el endotelio, evitan la dilución de los factores de coagulación activados por la sangre, retrasan el flujo de inhibidores de factores de coagulación y permite la formación de trombos y favorecen la activación celular endotelial, predisponen a trombosis local, adhesión leucocitaria y efectos celulares del endotelio.<sup>30</sup>
3. Hipercoagulabilidad: Es la alteración en las vías de la coagulación que predisponen a la trombosis. Sus causas primarias son: mutaciones del Factor II, V, mutación del gen de Metiltetrahidrofolato, deficiencia de la proteína C, y las causas secundarias se puede deber a la inmovilización prolongada, infarto de miocardio, fibrilación auricular, y daño tisular, entre otras.<sup>30</sup>

## **5.5 Enfermería**

Es una disciplina que abarca cuidados autónomos y en colaboración, brinda servicios en salud a personas, familias y grupos poblacionales; industrias, escuelas, centros de trabajo (enfermos o sanos); abarcando la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de las personas en condición de discapacidad e incluso en cuidados paliativos. <sup>31</sup>

En tanto a las funciones que ejerce esta profesión, son; investigación, administración, asistencial y docencia. Su marco teórico se sustenta en distintas teorías y modelos propios de la disciplina que se han generado para impactar de manera positiva sobre la vida de los pacientes y de sus cuidadores directos e indirectos, primarios y/o secundarios. <sup>32</sup>

### **5.5.1 Cuidado de enfermería**

Es la esencia de la Enfermería, constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para; proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y a su vez a que adquiriera una autonomía en; control, conocimiento y curación. <sup>33</sup>

Otras bibliografías lo describen como un rasgo humano, un término natural del ser humano; como un imperativo de ética; como virtud o valor; como afecto; hacia un paciente o hacia un trabajo; como atención interpersonal; como algo que existe entre un binomio; como intervención terapéutica, una acción deliberada y planteada con una meta en mente. <sup>34</sup>

En general, el cuidado tiene cuatro elementos que no se olvidan, el ser; holístico, comprensivo, integral y humanístico. Añadiendo que es una

actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a; la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se sustenta en la comunicación entre la enfermera y el paciente. <sup>35</sup>

## **5.6. Generalidades del Proceso Cuidado Enfermero (PCE)**

Herramienta metodológica que otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada, llevando un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales. Consta de cinco etapas; valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, que se sustenta con la mejor evidencia científica. <sup>36, 37</sup>

Actualmente se apoya del uso de las taxonomías de enfermería; la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC), las cuales se han convertido en lenguajes estandarizados, propios de la disciplina y por ende reconocidos a nivel internacional. <sup>37</sup>

Además, se coconsidera una herramienta pedagógica durante nuestra formación al desarrollar el aprendizaje y adquirir nuevas habilidades, se articula e integra los conocimientos conceptuales, filosóficos, técnico-científicos y bioéticos de las diferentes asignaturas que hacen parte del núcleo fundamental y flexible del currículo, tomando en consideración a la persona durante todo su ciclo de vida.

### 5.6.1. Descripción de las Etapas del PCE

La valoración es la primera etapa del PCE, se distingue por ser un proceso organizado y metodológico de análisis y de comunicación, con el objetivo de identificar el estado integral de salud de la persona o grupo y recoger información exacta y completa para las siguientes etapas. Se sub divide en; recolección de datos, validación de datos, organización de datos y documentación / comunicación. <sup>38</sup>

Existen tres tipos de valoración:

A) Valoración de urgencia o rápida. Reúne información en el menor tiempo posible en relación a personas en estado crítico, con la finalidad de obtener datos que permitan intervenir de manera oportuna. <sup>39</sup>

B) Valoración continuada o focalizada. Reúne información detallada sobre las respuestas a problemas de salud o a procesos vitales de un solo aspecto o patrón. Utiliza preguntas cortas y relevantes para cada patrón. <sup>39</sup>

C) Valoración Inicial. Reúne información general sobre los problemas de salud del paciente y analizar qué factores influyen sobre estos, facilita posteriormente la ejecución de sus intervenciones. Se realiza de preferencia en su primera cita, donde se establecen prioridades de actuación y se adoptan medidas necesarias en cada caso. <sup>39</sup>

La segunda etapa corresponde al Diagnóstico cuya importancia radica en la identificación del problema que atenderá el personal de enfermería, el que servirá de base para elegir las intervenciones que permitan conseguir los resultados esperados; es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad a problemas de salud o de procesos vitales reales o

potenciales. Se subdivide en cuatro etapas; clasificación de los datos, agrupación de la información, nominación del diagnóstico y verificación del diagnóstico. <sup>38</sup>

La Planeación es considerada la tercera etapa, engloba las intervenciones de enfermería. Una vez que se han analizado los datos de la valoración y se ha llegado al diagnóstico de enfermería, trata de establecer intervenciones que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. <sup>38</sup>

La Ejecución es la penúltima etapa, en ella se pone en marcha el plan de cuidados y al inicio de aquellas intervenciones que ayudan a la persona a lograr los objetivos deseados. Tomando en cuenta que las acciones deben ser éticas y seguras. <sup>38</sup>

Por último, se encuentra la etapa de Evaluación, donde se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Es el instrumento que poseen las enfermeras para medir la calidad de los cuidados que realizan, y de esta forma determinar si los planes han sido eficaces, si necesitan introducir cambios o, por lo contrario, se dan por finalizados. <sup>38</sup>

### 5.6.2 Interrelación de la NANDA, NIC y NOC

El uso de las taxonomías NANDA, NIC y NOC mejora la comunicación entre el personal de enfermería, favorece la relación entre los enlaces de los pacientes, contribuye a la planeación y continuidad de sus cuidados, y permite tomar adecuadamente decisiones. <sup>40</sup>

La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica. Esta puede ser dividida en; reales, potenciales y de bienestar. Cada diagnóstico de enfermería contiene una etiqueta del problema y una definición, donde las características definitorias son; los signos y síntomas, los factores relacionados; es la etiología y los factores de riesgo; son los que predisponen a sufrir un daño a la salud. <sup>40</sup>

La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición. <sup>40</sup>

La taxonomía NIC es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado. Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales; las intervenciones y actividades. Donde las primeras son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, de manera genéricas y a su vez cada una de ellas incluye varias actividades. <sup>40</sup>

Las intervenciones de enfermería pueden ser: Interdependientes; Actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud e Independientes; Actividades que ejecuta el personal de enfermería

dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizada a realizar gracias a su formación académica y experiencia profesional. <sup>41</sup>

### 5.7. Cuidados Cardiacos: Rehabilitación

Contribución de mejora para un nivel óptimo en la funcionabilidad dentro de un paciente que ha sufrido un episodio de disminución del gasto cardiaco derivado de un desequilibrio entre la ganancia y demanda de consumo de oxígeno en las células del corazón. <sup>42</sup>

**Tabla 1. Cuidados cardiacos: rehabilitación (4046)**

Monitorizar la tolerancia del paciente a la actividad.
Instruir al paciente y a la familia sobre los fármacos adecuados, tanto prescritos como sin receta.
Instruir al paciente y a la familia sobre la modificación de los factores de riesgo cardiacos (dejar de fumar, dieta y ejercicio).
Instruir al paciente y a la familia sobre todas las consideraciones especiales correspondientes a las actividades de la vida diaria (individualizar las actividades y permitir períodos de reposo).
Instruir al paciente y a la familia sobre el cuidado de las heridas y las debidas precauciones (p. ej., sitio de incisión esternal o de cateterismo).
Instruir al paciente y a la familia acerca de los cuidados de seguimiento.
Coordinar la derivación del paciente a especialistas (dietista, servicios sociales y fisioterapia).
Instruir al paciente y a la familia acerca del acceso a los servicios de urgencia disponibles en su comunidad.
Instruir al paciente sobre el autocuidado del dolor torácico.
Instruir al paciente y a la familia sobre el régimen de ejercicios, incluidos el calentamiento, la resistencia y la relajación.

**Fuente:** Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner HK, Wagner GM, 2014.

## **5.8. Plan de alta**

Es considerado un proceso esencial para el intercambio de informaciones entre paciente, cuidadores y personas responsables por la atención. Se apoya de una investigación realizada de datos que se recolectan durante el internamiento para conocer sus limitaciones, recursos humanos y económicos con los que se cuenta, permite la implementación y la coordinación del seguimiento de los cuidados. Tiene gran relevancia social, ya que se considera un documento legal que se incluye en los registros clínicos de enfermería y, por ende, forma parte del expediente clínico. <sup>43</sup>

Para Carpenito es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de los cuidados para la salud y asistencia social antes y después del alta del paciente. <sup>44</sup>

## **5.9. Plan educativo**

Es un método de enseñanza por medio del cual se transmite información que responde a las necesidades individuales para generar un cambio de comportamiento que permita alcanzar objetivos terapéuticos, mejorar y mantener la calidad de vida, impedir las complicaciones y muertes conservando la autonomía y el empoderamiento del paciente. <sup>45</sup>

## **5.10. Educación a la salud en post infarto agudo al miocardio**

En un estudio realizado por Roselló y Guzmán en el año 2003 en Costa Rica se demostró que la prevención secundaria juega un papel importante dentro de la rehabilitación cardíaca, donde se implementó un programa dirigido a 15 pacientes con edad promedio de 59 años que habían sufrido un evento cardíaco, de enero a diciembre de 1999, el cual consistió en la implementación

de dos sesiones educativas en forma grupal, tres horas una vez por semana durante tres meses. Al inicio y final se evaluaron el perfil lipídico, la antropometría, la dieta y la calidad de vida. Como resultados se encontró una gran mejoría en el perfil lipídico principalmente los valores del colesterol y las LDL, la dieta fue nutricionalmente más balanceada, y la frecuencia en el consumo de frutas, vegetales y lácteos aumentó. Por el contrario, la frecuencia de consumo de carnes, dulces, grasas y cereales disminuyó. <sup>46</sup>

En el año 2004 en España se realizó un estudio trasversal, descriptivo aplicado en 200 pacientes que pertenecieran al servicio de cardiología por cardiopatía isquémica, donde se les brindó educación sanitaria a través de charlas impartidas por enfermeras y acompañada de guía educativa, como resultado se obtuvieron cambios estadísticamente significativos en la dieta (antes la realizaban 46,6% y después del evento 91,5%;  $p < 0,0001$ ), ejercicio (antes 66,1% y después 87,8%;  $p < 0,0001$ ), toma de la presión arterial como parte de las actividades asistenciales del personal de enfermería (antes 83,6% y después 95,8%;  $p < 0,0001$ ); y hábito tabáquico (antes 34,5% y después 8,0%;  $p < 0,0001$ ). Así mismo, se comprobó que la ampliación del núcleo de convivencia cercano (familia y amigos) tanto en cuidado como en control, tanto de su enfermedad como de los factores de riesgo cardiovasculares, favorece el grado de cumplimiento de las recomendaciones establecidas para ello. <sup>47</sup>

En Chile se realizó un estudio de tipo cuasi-experimental de enero a septiembre del 2012, en la Unidad Cardioquirúrgica del Hospital Clínico Regional de Concepción con el propósito de modificar los factores de riesgo coronario de un grupo de pacientes que padecieron un infarto agudo al miocardio, realizándoles una intervención educativa de enfermería orientada a la Rehabilitación Cardiovascular, cuyo objetivo fue: evaluar la efectividad de la intervención educativa a este grupo que presentaban múltiples factores de riesgo coronarios, los cuales fueron sometidos a un régimen de ejercicios

físicos, así como sesiones educativas. La muestra fue de 63 pacientes, el grupo control quedó constituido por 32 pacientes y el grupo experimental por 31, a ambos grupos se les aplicó una encuesta biosociodemográfica. Después de la aplicación de la intervención se obtuvo que los factores de riesgo coronario: obesidad, sedentarismo, hábito de fumar, e hipertensión arterial disminuyeron significativamente. <sup>48</sup>

En un artículo publicado por González, Capote, Ramírez y Verdasco en el año 2016 en España se describe la Educación Sanitaria como herramienta más eficaz en la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Esta labor educativa contribuye a la modificación de los hábitos de vida que se comportan como factores de riesgo cardiovascular, y lo que supone una reincorporación cardiosaludable a la vida cotidiana tras sufrir un infarto de miocardio, recae en Atención Primaria y en las Unidades de Rehabilitación Cardíaca. Cuya importancia radica tras el momento del alta y el regreso del paciente a su vida cotidiana en la prevención secundaria y el devenir de su enfermedad. <sup>49</sup>

En México se cuenta con Guías de práctica clínica que rigen las acciones de enfermería en relación a una determinada población en este caso, en aquellas personas que han sufrido un evento isquémico, las recomendaciones que se describen son en modificar los estilos de vida del paciente donde se incluye; manejo dietético, consumo de alcohol, actividad física, abandono del hábito del tabaquismo, manejo de sobrepeso y obesidad, manejo farmacológico, manejo del estrés y actividad sexual, que contribuyen a brindar una atención holística al paciente y en ser participó en la educación y promoción de estilos de vida saludables. <sup>17</sup>

## 5.11. Modelo Transteórico del Cambio de Comportamiento

### 5.11.1. Antecedentes

Cabrera, en el año 2000 menciona en una de sus publicaciones como surge el Modelo Transteórico del cambio de comportamiento de Prochaska a partir de un estudio analítico en los Estados Unidos de América en el año de 1979, cuya meta fue sistematizar el campo de la psicoterapia de las dependencias, fragmentado en más de 300 propuestas teóricas, en base a sus cinco variables: etapas y procesos del cambio, balance decisorio, autoeficacia y tentación, que permiten explicar los cambios en el comportamiento de dependientes de drogas y consumidores de cigarrillo. Que sirve de sustento para el desarrollo de la promoción y educación para la salud, en prevención de la enfermedad. <sup>50</sup>

En España en el año 2001 se realizó una investigación por Torrecilla, entre otros colaboradores donde especifica el abordaje terapéutico para dejar de fumar según el Modelo de Prochaska partiendo desde el consultorio médico al brindarle información al paciente sobre los beneficios de dejar de fumar y los riesgos de continuar. Donde cada fumador presenta una actitud diferente ante el problema de tabaquismo, por lo que se recomienda condicionar el consejo a la fase en la que se encuentre. Siendo en la fase de precontemplación más informativo que impositivo, entregándole información escrita. En la fase de contemplación además de informar debemos aumentar la autoconfianza, intentando identificar y solucionar los temores y las causas, que seguramente existirán, de intentos previos fallidos para dejar de fumar. Mientras que en la fase de preparación el consejo debe ir orientado a elegir la fecha para dejar de fumar y pautar el control y seguimiento del tratamiento que se considere oportuno. <sup>51</sup>

Para el año 2005 en Colombia Florez Alarcón en su investigación resalta los procesos de cambio como estrategias de afrontamiento de las que se puede valer una persona para darle dinámica y sostenimiento a la modificación de un comportamiento. Esos procesos se ajustan diferencialmente al manejo de diversas variables psicosociales de las cuales depende el cambio, tales como las percepciones de susceptibilidad y severidad, las percepciones de costo y de beneficio, las percepciones de autoeficacia, las percepciones de presión y de apoyo social, la toma de decisiones, la planificación y la ejecución de la acción. Siendo el Modelo Transteórico del cambio de comportamiento una línea explicativa de gran relevancia acerca de la modificación de las conductas saludables en función de la progresión de las etapas motivacionales de cambio que se establecen en distintos abordajes.<sup>52</sup>

Un estudio de corte analítico transversal realizado en el año 2008 en la Universidad de Chile relacionada con el consumo de frutas y verduras, control de peso y ejercicio físico en adultos jóvenes siguiendo el Modelo Transteórico de Prochaska aplicado en 184 estudiantes de ambos sexos entre 18 a 28 años. Se encontró que las mujeres con estado nutricional normal se asociaron significativamente con la etapa de “preparación a la acción” (13,59%) y “acción” (10,87%) respecto al control de peso; los hombres con buen estado nutritivo se asociaron con el “mantenimiento” del ejercicio físico (15,22% de los 184 estudiantes). El 59,6% de las mujeres y el 46,3% de los varones están en preparación para la acción en cuanto al consumo de frutas y verduras. Que representa una de las propuestas más innovadoras en el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.<sup>53</sup>

De acuerdo al artículo de “Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria” por Quillas, Vásquez y Cuba publicada en el año 2017 en Perú, se mencionó el cambio de comportamiento como un proceso difícil de conseguir sobre todo si no se tiene

un método adecuado para hacerlo. Destacando la atención médica donde se puede influir en el cambio de comportamiento a nivel individual, al detectar personas que practican hábitos nocivos para su salud a quienes se debe reconocer en qué etapa de cambio se encuentran y así aplicar las estrategias adecuadas, con uso de las herramientas eficaces como la Motivación para el Cambio de Comportamiento de Prochaska y la Entrevista Motivacional de Miller las cuales hasta ahora en la práctica médica tienen resultados satisfactorios.<sup>54</sup>

Según el artículo publicado en el año 2018 en México por Berra y Muñoz en el año 2018 sobre: “El Modelo Transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal” cuyo objetivo fue; Analizar y ejemplificar los elementos del Modelo Transteórico en conductas relacionadas con la reducción de peso, como es la adherencia a una dieta sana y el incremento de actividad física. Lo anterior con la finalidad de ser un apoyo para la implementación de intervenciones basadas en la reducción de factores de riesgo asociados a la obesidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes. Donde se encontró que, para efectuar una intervención con personas que requieren una modificación en su alimentación y nivel de actividad física, en primer lugar es necesario identificar la etapa de cambio en que se ubican, porque cada estadio precisa una intervención para cada proceso de cambio; asimismo se sitúa el nivel al cual se hará la transformación comportamental, ya sea en síntomas, cogniciones, aspectos interpersonales, intrapersonales o sistémicos, para obtener una mejor adherencia a la alimentación saludable y a la actividad física constante y repetida.<sup>55</sup>

Así mismo, en un estudio publicado en el año 2019 por Zamarripa, Ruiz y Risueño sobre: “El balance decisional, etapas de cambio y nivel de actividad física en estudiantes de bachillerato” menciona que el Modelo Transteórico de cambio de comportamiento postula la modificación de conductas al implicar la

progresión de los sujetos a través de cinco etapas, en las que el balance decisional es uno de los procesos responsables de dicho cambio. Cuyo objetivo de dicho estudio fue: evaluar la validez concurrente del cuestionario de etapas de cambio para el ejercicio y examinar el balance decisional a través de las etapas de cambio y su relación con el nivel de actividad físico-deportiva en 285 estudiantes de una preparatoria pública de Monterrey, México. Donde se encontró que la importancia del balance decisional contribuye en cambiar comportamientos sedentarios y adoptar un estilo de vida activo en la población joven.<sup>56</sup>

### **5.11.2. Etapas del cambio de comportamiento**

**La Pre contemplación.** Etapa donde las personas no tienen intención, ni acciones específicas de cambio de comportamiento de riesgo para la salud. De duración de 6 meses, se cree que algunos condicionantes son la falta de información sobre las consecuencias a corto, mediano o largo plazo de su comportamiento. O bien tenidos intentos previos, fracasados, de cambiar y ahora están desmoralizados en cuanto a su capacidad de hacerlo.<sup>50</sup>

**La contemplación.** En ella la persona tiene una intención de cambio y, potencialmente, hará un intento formal de modificar su comportamiento en los próximos meses. Comienzan a considerar el cambio, pero aún no asumen el compromiso específico para actuar en ese sentido, razón por la cual pueden permanecer por largos períodos de tiempo en esta etapa en particular, contemplando la opción de cambiar hasta por dos años, diciéndose a sí mismos que van a cambiar algún día.<sup>50</sup>

**La preparación.** Aquí las personas ya toman una decisión de cambio y tienen un compromiso propio para hacerlo; realizan pequeños cambios e intentan efectivamente cambiar en el futuro inmediato, regularmente los próximos 30

días. Tienen experiencias concretas con relación al cambio, principalmente en el último año calendario y, además, tienen una conciencia muy definida sobre los pros de cambiar su comportamiento. <sup>50</sup>

**La acción.** En esta etapa las personas ya realizan cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento, regularmente en un período de tiempo que varía de uno a seis meses. En general, las personas ya tienen una valoración muy grande de los pros de cambiar y demuestran un nivel mayor de autoeficacia. Es ella existe mayor aplicación sistemática de los diversos procesos de cambio, siendo también ideal para las intervenciones tradicionales dirigidas al público en general. La acción es una etapa reconocida como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento. <sup>50</sup>

**El mantenimiento.** se caracteriza por las tentativas de estabilización del cambio comportamental ya manifestado. Es un período de por lo menos seis meses después del cambio observable, en el que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída o el relapso, usando una variada y específica serie de procesos de cambio. <sup>50</sup>

**La terminación.** Es la última etapa, en la que las personas no tienen tentaciones de ninguna naturaleza con relación al comportamiento específico que se cambió y tienen un 100% de confianza, de autoeficacia frente a situaciones que previamente eran tentadoras. <sup>50</sup>

## VI. ASPECTOS ÉTICO Y LEGALES

El presente trabajo retomó aspectos éticos al asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud al enfocarse en los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño dentro del desarrollo de un plan de alta educativo en paciente post infarto agudo al miocardio derivado de un plan de cuidados de enfermería, con aplicación de los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a la competencia profesional<sup>58</sup>, mientras que en lo legal se consideró importante la Ley General de Salud en su título 5to del capítulo único, que hace mención de la investigación como putas de desarrollo de acciones para la prevención y control de los problemas en salud, para nuevos campos de la ciencia médica, sin riesgos ni daños a terceros.<sup>58</sup>

## **VII METODOLOGÍA**

Se eligió un tema de investigación que fuera del área de enfermería en relación al énfasis de Cuidado Crítico, basado en la búsqueda de información relacionada al tema de interés, y del cual se derivó un plan de alta tras el egreso hospitalario en el paciente post infarto agudo al miocardio, el trabajo se dividió en dos momentos para su abordaje.

### **Fase 1 Revisión sistemática**

**Diseño.** Consistió en la búsqueda sistemática de artículos científicos la cual se orienta hacia la respuesta de la pregunta de investigación, mediante publicaciones de alta fiabilidad y nivel de evidencia científica.

### **Tiempo**

Las publicaciones consultadas tuvieron un periodo de recolección de agosto a noviembre de 2020.

### **Población**

Publicaciones como artículos, tesis, libros, manuales, programas, entre otras publicaciones que tratan el tema de interés.

### **Muestra**

Se seleccionaron 20 publicaciones, de nivel nacional e internacional, en idiomas de español, inglés y portugués, entre los años 2010 a 2020, obtenidas de Scielo, Redalyc, Google Académico, entre otros. En bases de datos de: Scielo, Medigraphic y Elsevier y revistas: Brasileña de Cirugía e Investigación Clínica, Científica de Enfermería (RECIEN), Internacional de Terminologías y Clasificaciones de Enfermería, de Enfermería de la Universidad Federal de Santa María, de Atención de Enfermería Especializada, de Revisión UNINGÁ,

de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (MedUNAB) y de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Con base en los descriptores: Proceso cuidado enfermero, infarto agudo al miocardio y se hizo uso de los operadores booleanos *AND* y *OR*.

### **Variables**

Infarto agudo al miocardio, proceso de cuidado enfermero en IAM.

### **Criterios de Selección**

#### **Inclusión**

Publicaciones entre los años 2010 a 2020 en español e inglés relevantes para el tema de interés.

Publicaciones anteriores a 2010 de relevancia para el tema.

#### **Exclusión**

Publicaciones previas a 2010

#### **Eliminación**

Publicaciones repetidas

#### **Análisis de la información**

Se clasificó la información basada en categorías de análisis:

Infarto agudo al miocardio

Proceso de cuidado enfermero en IAM

### **Fase 2 Plan de alta educativo en paciente post infarto agudo al miocardio**

Se elaboró un plan de alta educativo tras el egreso hospitalario con base en el diagnóstico de enfermería “Disposición para mejorar la gestión de la salud

(00162)” mediante el uso de las intervenciones NIC y resultados NOC, en paciente post infarto agudo al miocardio, que se apoya en el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska. 42, 50, 59, 60

## VIII. RESULTADOS

### Fase 1 Revisión sistemática

Se encontraron 20 artículos; 3 de origen nacional y 17 internacional, de los cuales se presentan los resultados principales en la tabla 4.

**Tabla 2. Revisión sistemática de los 20 artículos consultados para la investigación** <sup>61-80</sup>

Referencias	Título/Lugar/ Año	Diseño y objetivo	Resultados relevantes	Observaciones
Diagnósticos de enfermería según la teoría del autocuidado en pacientes con infarto de miocardio. Aquichan [Internet]; 18 (2): 222-233. Disponible en: <a href="http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n2/1657-5997-aqui-18-02-00222.pdf">http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n2/1657-5997-aqui-18-02-00222.pdf</a>	Diagnósticos de enfermería según la teoría del autocuidado en pacientes con infarto de miocardio. Colombia, 2018	Estudio transversal. Identificar diagnósticos de enfermería en personas con infarto agudo al miocardio en La teoría del cuidado personal de Orem.	La falta de información dificulta la continuidad de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con comorbilidades, como: obesidad, diabetes, hipertensión arterial, cardiópatas, entre otras. Los pacientes post infartados necesitan atención acerca de los cambios de comportamiento y el estilo de vida, para eliminar algunos factores de riesgo como son: el tabaquismo, alcoholismo y niveles altos de colesterol sérico.	En este estudio transversal se hace hincapié de realizar actividad física como medida preventiva de un re infarto, así mismo mejorar su comportamiento y estilos de vida. Menciona los requisitos universales que tiene un paciente con IAM sin embargo, considero importante agregar un PCE con la información pertinente

			Algunos diagnósticos de enfermería encontrados fueron: Disminución del gasto cardiaco, patrón respiratorio ineficaz, dolor agudo y ansiedad ante la muerte.	para su autocuidado, para que el paciente se empodere del conocimiento y de su proceso salud- enfermedad.
Atención de enfermería para pacientes con infarto de miocardio agudo: una revisión integrativa, Revista Brasileña de Cirugía e Investigación Clínica [Internet]; 28 (3): 77- 79. Disponible en: <a href="https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191006_204913.pdf">https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191006_204913.pdf</a>	Atención de enfermería para pacientes con infarto de miocardio agudo: una revisión integrativa. Brasil, 2019.	Revisión de literatura.  Determinar el papel de las enfermeras frente a la atención a pacientes con Infarto Agudo de la Miocardio.	Algunos signos y síntomas que enfermería debe identificar ante sospecha de un infarto es dolor torácico persistente, de aparición repentina y fuerte intensidad, situado en el región esternal con irradiación al brazo izquierdo y mandíbula. Este dolor puede ir acompañado de sudoración, náuseas, vómitos, palidez o síncope.  Hay varios factores responsables que pueden causar IAM, que son: edad mayor de 50 años, el colesterol alto, diabetes, hipertensión e inactividad física.  El pronóstico depende de la gravedad de la obstrucción de la arteria coronaria y la extensión de la lesión	Depende del equipo de enfermería el intervenir y proporcionar una asistencia rápida y de calidad, para minimizar el posible daño al paciente, reduciendo el riesgo de secuelas o muertes causadas por infartos.  Lo que se traduce que si la enfermera está dispuesta a intervenir de una manera apropiada para la asistencia prestada se convierte en esencial en el atención al paciente.

			<p>miocárdica.</p> <p>Las enfermeras deben observar, anotar y registrar cada acción llevada a cabo, siendo responsable de la evaluación y toma de decisiones que mejore las condiciones para salud de los pacientes.</p> <p>El paciente infarto debe ser observado continuamente debido a posibles complicaciones, antes de llevarlo a la terapia intensiva.</p>	
<p>La importancia de las intervenciones de enfermería a los pacientes con infarto agudo de miocardio, Revista Recien. [Internet]; 3 (8): 5-10. Disponible desde: <a href="#">51-250-1-PB (3).pdf</a></p>	<p>La importancia de las intervenciones de enfermería para pacientes con infarto agudo de miocardio. Brasil, 2013.</p>	<p>Estudio de análisis cualitativo, descriptivo y bibliográfico, Describir la importancia de las intervenciones y diagnósticos de enfermería según NANDA.</p>	<p>Es importante que haya comunicación entre el equipo multidisciplinar para que pueda saber lo que sucede con cada paciente, esta comunicación se puede hacer a través de notas escritas, o bien de manera verbal.</p> <p>La preparación de las intervenciones de enfermería hechas a partir de las declaraciones de</p>	<p>Los diagnósticos de enfermería corroboran análisis de las respuestas directas e indirectas al IAM, con un enfoque específico de cuestiones sociodemográficas, manifestaciones clínicas, anamnesis y datos históricos, donde se incluyen aquellos que</p>

			diagnóstico validado, se toma en cuenta en la determinación de la atención para el ser humano.	comprometen el estado de salud y vida, en este caso algunos de los principales se encuentran: disminución del gasto cardiaco y deterioro del intercambio de los gases.
Práctica de enfermería basada en la evidencia sobre la recuperación posquirúrgica cardíaca en la UCI - Revisión sistemática, Revista de atención de enfermería especializada Especializada [Internet]; 12(1): 1-11. Disponible desde: <a href="http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/3302/830">http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/3302/830</a>	Práctica de enfermería basada en la evidencia sobre la recuperación después de un procedimiento quirúrgico cardíaco en la UCI- Revisión de la literatura sistematizada. Brasil, 2020.	Revisar las pautas de enfermería basadas en evidencia que ayudará a la enfermera de cuidados intensivos en la identificación de diagnósticos e intervenciones para lograr el resultado en la recuperación después de la cirugía cardíaca, dentro de los 7 días. estudio exploratorio y descriptivo, basado en una Revisión de literatura Sistematizada.	La enfermera del servicio de terapia intensiva al momento de recibir el paciente post quirúrgico necesita conocer sus antecedentes patológicos propios, alergias, que intervenciones quirúrgicas se le realizó, sus complicaciones que tuvo durante la cirugía, cantidad de sangrado cuantificado, transfusiones o infusiones parenterales administradas, tipo de anestesia, así mismo corroborar la identificación correcta del paciente.	Enfermería al valorar al paciente post quirúrgico debe verlo como un ser holístico, desde todas sus posibles necesidades, donde se incluye pensar en la seguridad, comodidad, nutrición, comunicación, relación, intercambios y eliminaciones, y de esta manera poder llegar al diagnóstico real o bien potencial que está presentando en ese preciso momento.
			Durante la estancia del paciente en la terapia intensiva, las enfermeras deben valorar al paciente para posteriormente identificar sus posibles diagnósticos reales y de riesgo que	

			podieran presentar, y posterior a ello abordar en sus intervenciones y dar continuidad en sus cuidados.	
Disminución del gasto cardíaco: mapa transversal de las intervenciones de enfermería y su contribución a la práctica clínica. Enfermera Global [Internet]; 18 (56): 324-364. Disponible en: <a href="http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1695-61412019000400012">http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1695-61412019000400012</a>	Disminución del gasto cardíaco: mapa transversal de las intervenciones de enfermería a su contribución a la práctica clínica. Brasil, 2019.	Analizar el uso de las intervenciones propuestas por la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería indicadas para el Diagnóstico de Enfermería disminución del gasto cardíaco en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica. Estudio descriptivo y exploratorio	Existe evidencia de casos de éxito dentro de las instituciones de atención de la salud donde las enfermeras trabajan con las taxonomías NANDA- NIC – NOC, donde el nivel académico que tienen les implica algunas inquietudes, y tener algunas sugerencias para ampliar sus conocimientos de su educación continua del desarrollo de la formación teórica y práctica del PCE.	El PCE junto con las taxonomías NANDA- NIC- NOC son importantes durante nuestra formación académica para la aplicación dentro de nuestra área laboral, el hecho de que lo conozca todo el personal de enfermería contribuye a tener un lenguaje estandarizado y basado en evidencia científica para mejorar la comunicación entre profesionales, así mismo la difusión de las investigaciones sobre el tema contribuye al avance de la profesión. Donde es necesario el desarrollo de nuevos estudios utilizando la validación clínica o la precisión de las intervenciones, con el fin de

				mostrar el impacto del uso de la sistematización de los cuidados de enfermería.
Diagnóstico de enfermería al paciente hospitalizado para la reparación del aneurisma aórtico [Internet]; 7 (2): 222- 235. Disponible desde: <a href="https://periodicos.ufsm.br/ufsm/article/view/25703">https://periodicos.ufsm.br/ufsm/article/view/25703</a>	Diagnósticos de enfermería al paciente hospitalizado para corrección del aneurisma aórtico. Brasil, 2017.	Estudio exploratorio, descriptivo, retrospectivo y cuantitativo. Identificar los Diagnósticos de Enfermería (ED) más frecuentes para los pacientes hospitalizados para la corrección del aneurisma aórtico.	la mayoría de los individuos fueron hombres (69,2%), sedentarios (83,1%) y pacientes hipertensos (56,9%). Los diagnósticos de enfermería más frecuentes fueron: riesgo de infección, riesgo de estreñimiento, riesgo de privación del sueño, riesgo de disminución del gasto cardiaco, rotura del vínculo familiar y riesgo de caída.	Las enfermeras deben utilizar su competencia, habilidades y conocimientos técnico-científicos para establecer prioridades coherentes con el estado de salud actual del paciente y así instituir intervenciones asertivas y resolutivas.
Cateterismo cardíaco y enfermería: la importancia de los diagnósticos de enfermería para una atención de calidad. Revista Recien [Internet]; 8 (23): 21-27. Disponible desde: <a href="https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/257">https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/257</a>	Cateterismo cardíaco y enfermera: la importancia del diagnóstico de enfermería para la asistencia de calidad. Brasil, 2018.	Estudio de revisión integrativa y de la Literatura. Evidenciar los diagnósticos de enfermería de pacientes que son sometidos a cateterismo cardíaco.	Los hombres y las mujeres son susceptibles a desarrollar enfermedad de las arterias coronarias debido a factores de riesgo como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, tener alto el nivel de colesterol LDL, fumar, mientras que en las mujeres el riesgo aumenta a partir de la menopausia. Todos estos factores aumentan el riesgo de IAM.	El estilo de vida saludable esta directamente relacionado con riesgo mínimo de sufrir cardiopatías isquémicas, donde se incluye: la dieta correcta, la práctica de actividad física, por lo contrario el consume de tabaco y alcohol tienen alto riesgo de padecer una enfermedad coronaria.

<p>Diagnósticos de enfermería para pacientes hospitalizados con enfermedades cardiovasculares . Escala Anna Nery [Internet]; 15( 4 ): 737-745. Disponible desde: <a href="https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452011000400012&amp;script=sci_abstract&amp;tlng=es">https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452011000400012&amp;script=sci_abstract&amp;tlng=es</a></p>	<p>Diagnósticos de enfermería hospitalizados por enfermedades cardiovasculares. Brasil, 2011.</p>	<p>Estudio descriptivo, de transversal. Identificar la frecuencia de los diagnósticos de enfermería y las características principales de los pacientes con enfermedades cardiovasculares y darles características cuanto a las variables sociodemográficas y clínicas.</p>	<p>Es importante que las enfermeras sean conscientes de la identificación de las respuestas del paciente a la enfermedad y tratamiento, ya que determinan más allá de la tríada de los síntomas de IAM, algunos de los principales diagnósticos de enfermería encontrados fueron: Disminución del gasto cardiaco, Ansiedad y Dolor agudo.</p>	<p>Es importante la adecuada valoración de enfermería para determinar los diagnósticos prioritarios en un paciente que transcurre con un IAM, para poder tomar decisiones adecuadas al ejecutar sus intervenciones y conseguir sus resultados esperados.</p>
<p>Seguimiento de enfermería a un paciente con infarto agudo al miocardio: un reto de vida. Rev Cuid [Internet]; 2( 1 ): 188-194. Disponible desde: <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S2216-">http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S2216-</a></p>	<p>Seguimiento de enfermería a un paciente con infarto agudo de miocardio: un reto de vida. Colombia, 2011.</p>	<p>Reporte de caso clínico. Promover la salud como un pilar preciso en el camino a conseguir una calidad de vida en las personas.</p>	<p>La valoración de enfermería debe ser de manera holística en el paciente, para abordarlo en todas sus dimensiones y contexto, y sus cuidados deben ir encaminados a que contribuya en la pronta recuperación y minimice los riesgos. El PCE se considera un método</p>	<p>El IAM es el fin de muchas enfermedades metabólicas y cardíacas, con origen de múltiples causas, se han identificado factores precursores que desencadenan esta patología los cuales son: malos hábitos alimenticios, falta de actividad</p>

<a href="http://www.jsncare.uff.br/in">09732011000100014&amp;lng=en.</a>			<p>sistemático, que permite brindar cuidados individualizados y eficientes para lograr los resultados esperados, al ser un modelo científico y bien sustentado. Se apoya del pensamiento crítico al priorizar y dar continuidad a los cuidados, llevado una relación de profesional enfermero- paciente, sin dejar atrás la parte de promoción a la salud y prevención de la enfermedad. De esta manera se podría aumentar los factores protectores y por lo contrario disminuir los factores de riesgo para IAM.</p>	<p>física, el fumar y consumir alcohol, nos hace reflexionar en el sentido de potencializar el pilar de la educación para la salud, al conseguir la implementación de PCE enfocados a la prevención, rehabilitación y promoción a la salud, para evitar un Segundo infarto y de esta manera mejorar su calidad de vida del paciente.</p>
<p>Las implicaciones del diagnóstico de enfermería: dolor agudo relacionado con el síndrome coronario agudo - Revisión de la literatura sistematizada, Revista de atención de enfermería especializada [Internet]; 7 (1) 1983-4152. Disponible desde: <a href="http://www.jsncare.uff.br/in">http://www.jsncare.uff.br/in</a></p>	<p>Las implicaciones del diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con el síndrome coronario agudo - Revisión de la literatura sistematizada. Brasil, 2015.</p>	<p>Revisión sistemática de la literatura. Desarrollar un plan de cuidados que pueda orientar la conducta de su equipo ante la evolución. Mejorar el pronóstico y reducir las tasas de complicaciones de síndrome, alivio del dolor y</p>	<p>La atención hospitalizada retardada influye en el tiempo del pronóstico, mediante la elección del tratamiento después de la admisión del paciente. En aquellos pacientes que fueron lentos para recibir su atención especializada tuvieron un peor pronóstico, al ser un obstáculo para la terapia de reperfusión que afecta su supervivencia.</p>	<p>El electrocardiograma es la primera prueba diagnóstica que se realiza, seguida de marcadores enzimáticos específicos para la identificación del IAM. Por lo que, enfermería debe monitorizar las constantes vitales, vigilar el estado general del paciente y validar los diagnósticos de</p>

<p><a href="http://dex.php/jsncare/article/view/2741">dex.php/jsncare/article/view/2741</a></p>		<p>clínicas, desarrollar un plan de cuidados que pueda orientar la conducta de su equipo ante la evolución.</p>	<p>Por lo contrario en aquellos pacientes que acceden a cuidados intensivos en una terapia intensiva de manera oportuna, reciben tratamientos como la reperfusión de angioplastia y la terapia antitrombótica y esto les reduce la tasa de morbilidad y mortalidad, por la restauración del flujo de la arteria afectada.</p>	<p>enfermería reales y potenciales que están presentando en ese momento, para contribuir en la resolución de las necesidades en salud y actuar de manera certera.</p>
<p>Diagnóstico de enfermería en el postoperatorio de cirugías cardíacas, Revista <i>salusvita</i> [Internet]; 29(3):85-104. Disponible desde: <a href="#">ost operatorio.pdf</a></p>	<p>Diagnóstico de enfermería en el postoperatorio de cirugías cardíacas. Brasil, 2010.</p>	<p>Estudio de una investigación bibliográfica computarizada para identificar los principales diagnósticos de enfermería en el postoperatorio en una unidad de cuidados intensivos de un hospital público en el municipio de Bauru.</p>	<p>Los resultados identificaron que el perfil de los pacientes tratados esa época del estudio eran hombres de 70 años de edad, y jubilados. Las condiciones asociadas, fueron la prevalencia de hipertensión y diabetes mellitus. El PCE tiene objetivos alcanzados que permiten la construcción y validación de instrumentos para la recopilación de</p>	<p>La elaboración de diagnósticos de enfermería atribuye un mayor significado a las prácticas de los enfermeros, que analiza e interpreta los hallazgos de críticamente frente a la planificación de la atención.</p>

			datos e identificar diagnósticos de enfermería de pacientes adultos en el perioperatorio	
Atención de enfermería para pacientes con infarto agudo miocardio, <i>Anuário Pesquisa E Extensão Unoesc Xanxerê</i> [Internet]; 2020. 5. Disponible desde: <a href="#">Cuidados de enfermagem ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio   Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê (emnuvens.com.br)</a>	Atención de enfermería de pacientes con infarto agudo al miocardio, Brasil, 2020.	Investigación bibliográfica con abordaje del tipo cualitativo. Demostrar cual relevancia de la actuación de la enfermería ante el paciente acometido por la IAM, así como, procura describir el concepto de la patología e identificar los factores de riesgo para el desarrollo de la misma.	El IAM es un patología que afecta al tejido cardíaco (miocardio), al no recibir algún flujo sanguíneo debido a una obstrucción en los grandes vasos sanguíneos, o bien por una ruptura de estos. El infarto en términos generales se refiere a la muerte de Cardiomiocitos por una isquemia prolongada. En la mayoría de los casos la isquemia es causada por la aparición de trombosis y/o vasospasmo debido a la placa aterosclerótica formada o bien desplazada de lugar.	El IAM es una enfermedad que comúnmente se asocia con varios factores preexistentes, muchos de ellos están vinculados a morbilidades que ya están presente en el individuo (diabetes e hipertensión), mientras que otros están básicamente más conectados con hábitos de vida poco saludables (estilo de vida sedentario, tabaquismo, obesidad, perfil de lípidos elevado). Es así como el papel de enfermería radica en prevenir a través de la orientación, hasta la asistencia

				pre e intrahospitalaria, con un sustento en conocimientos técnico y científico para actuar, de una manera de competencia, necesaria para reducir el número de casos de infarto, o bien evitar complicaciones que puedan suceder a través de pacientes hospitalizados debido a esta patología.
Atención de enfermería en pacientes en el período postoperatorio inmediato de intercambio de válvulas mitrales: preparación de un protocolo de asistencia, UNINGÁ Review [Internet]; 8(1): 61-71. Disponible desde: <a href="#">valvula mitral (1).pdf</a>	Atención de enfermería en pacientes en el período postoperatorio inmediato de intercambio de válvulas mitrales: preparación de un protocolo de asistencia, Brasil, 2011.	Revisión de literatura.  Esta investigación tuvo como objetivo elaborar un protocolo de atención de enfermería al paciente en POI de reemplazo de válvula mitral.	La cirugía cardíaca es un procedimiento de gran repercusión orgánica promover una condición postoperatoria crítica inmediata que requiere cuidados intensivos, para asegurar la recuperación del paciente. Ante la aparición de complicaciones es frecuente durante la cirugía cardíaca el personal de salud debe estar preparado para afrontar este tipo de situaciones, individualizando el tratamiento y	Las enfermeras en el postoperatorio inmediato son las encargadas de identificar posibles complicaciones que pueden ocurrir, como sensación de malestar, dificultad para respirar, dolor, vómitos y retención urinaria, que si no se atienden pueden evolucionar provocando graves daños al organismo. En este sentido, la observación debe ser constante e intensa hasta que

			siendo más activos en casos que necesitan más atención.	las funciones vitales se estabilicen.
Diagnósticos de enfermería al alta hospitalaria en personas con Síndrome Coronario Agudo. MedUNAB [Internet]; 20(1):19-2. Disponible desde: <a href="https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/articulo/view/2826/2338">https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/articulo/view/2826/2338</a>	Diagnósticos de enfermería al alta hospitalaria en personas con Síndrome Coronario Agudo. Colombia, 2017.	Estudio de corte transversal, Determinar la prevalencia de diagnósticos de Enfermería de las personas con síndrome coronario agudo al momento del alta hospitalaria.	Los diagnósticos de enfermería más prevalentes fueron; Disposición para mejorar los conocimientos y conocimientos deficientes, seguido de Afrontamiento Ineficaz y Ansiedad, Disposición para mejorar la religiosidad y finalmente Intolerancia a la actividad.  Apartir de estos resultados enfermería podrá establecer sus planes de cuidado adecuados y específicos a las necesidades de esta población, y aplicando intervenciones y resultados propios de la profesión.	Con respecto al diagnóstico de Disposición para mejorar el conocimiento se basa en el déficit de conocimientos que tiene el paciente con IAM y desea saber más de la enfermedad y su manejo. La presencia de este diagnóstico puede estar relacionada con un adecuado afrontamiento de la situación vivida, aspecto que favorece la recuperación y rehabilitación de este tipo de población y, por eso, debe ser tenido en cuenta por el profesional de enfermería no solo durante el alta hospitalaria sino durante todo el proceso de cuidado.
Un estudio retrospectivo de diagnósticos, resultados	Un estudio retrospectivo de	Estudio retrospectivo de diagnósticos, resultados	Los diagnósticos más frecuentes fueron los siguientes: disminución del	Las enfermeras que trabajan en el área de cardiología de

<p>intervenciones de enfermería para pacientes ingresados en una unidad de rehabilitación de cardiología, Int J Nurs Terminol Classif [Internet]; 22 (4): 148- 56. Disponible desde: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22017735/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22017735/</a></p>	<p>diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería para pacientes ingresados en una unidad de rehabilitación de cardiología , Italia, 2011.</p>	<p>intervenciones de enfermería Describir el uso de terminologías de enfermería en los planes de atención realizados para pacientes en una unidad de rehabilitación de cardiología.</p>	<p>gasto cardíaco, intolerancia a la actividad y riesgo de una nutrición superior a la necesidad. Los resultados prevalentes se relacionaron con la salud fisiológica cardiopulmonar y el conocimiento del manejo y la dieta de las enfermedades cardíacas. Las intervenciones de enfermería más frecuentes fueron las siguientes: promoción de la actividad física, manejo de la energía, manejo del peso, manejo de la medicación, precauciones cardíacas, cuidados cardíacos: rehabilitación, docencia: actividades / ejercicios prescritos y seguimiento de la dieta y los signos vitales.</p>	<p>rehabilitación son conscientes de los problemas de los pacientes, pero el PCE pueden mejorarse en términos de coherencia entre conceptos y garantizar una mayor atención a los problemas psicológicos y del autocuidado.</p>
<p>Eficacia de la telemedicina de práctica avanzada dirigida por enfermeras en los reingresos y los resultados relacionados con la salud en pacientes con infarto agudo de miocardio:</p>	<p>Eficacia de la telemedicina de práctica avanzada dirigida por enfermeras en los reingresos y los resultados</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio con medidas repetidas. Desarrollar y examinar la eficacia de una práctica avanzada dirigida por enfermeras.</p>	<p>La enfermera especialista en cuidado crítico conoce y atiende las necesidades del paciente con IAM tras su alta hospitalaria, ALTRA tiene como objetivo involucrar y apoyar a este tipo de pacientes, debido que proporciona una transición más suave de</p>	<p>Una limitante en la atención fisiológica del paciente post infartado es derivada de los problemas psicológicos agregados y el descuido personal, siendo esencial el apoyo de la familia y</p>

<p>Protocolo del estudio ALTRA, Journal of Advanced Nursing [Internet]; 72(5): 1357-1367. Disponible desde: <a href="https://doi.org/10.1111/jan.12933">Effectiveness of advanced practice nurse-led telehealth on readmissions and health-related outcomes among patients with post-acute myocardial infarction: ALTRA Study Protocol, Journal of Advanced Nursing   10.1111/jan.12933   DeepDyve</a></p>	<p>relacionados con la salud en pacientes con infarto agudo de miocardio: Protocolo del estudio ALTRA, Colombia, 2016.</p>		<p>enfermedad a la salud y, en última instancia reduce los reingresos costosos que son prevenibles.</p>	<p>comunidad para los cuidados cardiacos agudos. Una buena intervención se sugiere de manera telefónica, tras un año, seguida de las visitas en su Centro de Rehabilitación. identificando con el/la paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta y así, fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables.</p>
<p>Cuidados de enfermería en paciente con Síndrome Coronario Agudo (SCA). Revista de Enfermería ENE, [Internet]; 13 (2):1-13. Disponible desde: <a href="http://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n2/1988-348X-ene-13-02-e1329.pdf">http://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n2/1988-348X-ene-13-02-e1329.pdf</a></p>	<p>Cuidados de enfermería en paciente con Síndrome Coronario Agudo (SCA), Colombia, 2019.</p>	<p>Es un método sistemático y organizado. Implementar un plan de cuidados de enfermería en paciente con síndrome coronario agudo (SCA) a través de la aplicación del</p>	<p>La aplicación de un PCE 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</p>	<p>Los pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) necesitan una gran cantidad de cuidados por parte de enfermería con una visión holística (Biospocialmente) e integrativa. Es decir, ver al paciente como un todo y no</p>

		modelo de los sistemas de Betty Neuman y basados en el uso de las taxonomías estandarizadas (Nanda, Nic y Noc).	la situación de salud del paciente. Los planes de cuidado estuvieron orientados en el manejo del dolor, nivel de la ansiedad, perfusión tisular cardiaca y, por último, el funcionamiento de la familia.	como la suma de sus partes.
Intervención de enfermería a paciente con síndrome coronario agudo y síndrome compartimental abdominal. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [Internet]; 24:17-23. Disponible desde: <a href="https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2016/en161d.pdf">https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2016/en161d.pdf</a>	Intervención de enfermería a paciente con síndrome coronario agudo y síndrome compartimental abdominal. México, 2016.	Estudio de caso clínico, descriptivo, transversal y prospectivo. Aplicar las intervenciones de enfermería a paciente con síndrome coronario agudo y síndrome compartimental abdominal (SCA).	El SICA es la expresión clínica de un espectro continuo y dinámico de isquemia miocárdica donde se pierde el equilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno. Si bien el SCA es un padecimiento poco frecuente que representa un alto impacto económico, físico y emocional a quien lo padece y a quien lo rodea, el brindar el cuidado a través de las intervenciones de enfermería con base en la evidencia científica, puede disminuir los factores de riesgo de mortalidad en la persona.	El PCE es la herramienta metodológica más eficaz, económica y accesible que permite al profesional de enfermería fundamentar las intervenciones de cuidado que brindará al paciente con la mayor calidad. Donde las intervenciones de enfermería se priorizan, y se pretenden alcanzar los objetivos esperados. .
Guía de Práctica Clínica para las intervenciones de enfermería en la atención del paciente con infarto	Guía de Práctica Clínica para las intervenciones de enfermería en la	Busqueda y revisión sistemática de la literatura. Estandarizar la intervención de	El programa de rehabilitación debe adecuarse al nivel de riesgo y capacidades del paciente.	El abordaje debe basarse en varias intervenciones de enfermería organizadas según un plan de cuidados

<p>agudo al miocardio. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]; 20 (1): 27-44. Disponible desde: <a href="https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35571">https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35571</a></p>	<p>atención de la enfermera en la atención del paciente con IM. infarto agudo al miocardio. México, 2012.</p>	<p>Dejar de fumar tiene importantes e inmediatos beneficios para la salud en todos los fumadores de cualquier edad, en pacientes con infarto reduce la posibilidad de presentar un nuevo evento en un 50%.</p> <p>Si las cifras de tensión arterial son iguales o superiores a 140/90 debe añadirse tratamiento antihipertensivo.</p> <p>Las intervenciones deben ir encaminadas a ayudar a las personas a adquirir las habilidades, motivación y apoyo necesario para mejorar su alimentación.</p>	<p>individualizado, investigar causas, déficit del conocimiento, incumplimiento en el tratamiento y seguimiento periódico. Los acercamientos motivacionales y conductuales para promover y mantener el cambio dietético deben incluir objetivos centrados en el paciente, contactos frecuentes con el profesional sanitario, apoyo a la familia y seguimiento.</p>
<p>Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo al miocardio en la unidad de cuidados intensivos. Rev Cuid [Internet]; 6( 1 ): 923-931. Disponible desde: <a href="http://www.scielo.org.co/pdf">http://www.scielo.org.co/pdf</a></p>	<p>Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo al miocardio en la unidad de cuidados</p>	<p>Estudio descriptivo de intervención familiar. Analizar la efectividad del modelo de cuidado de enfermería a la familia de paciente con IAM en la UCI a fin de mejorar la funcionalidad y adaptación de la familia</p>	<p>La familia a través del formato de valoración familiar utilizado expresó sus necesidades o inquietudes a la enfermera quedando claro que las familias de paciente con IAM en la UCI son especialmente vulnerables por lo que necesitan de un acercamiento constante por parte del profesional de enfermería. El 100% de las familias</p> <p>La enfermera tiene la responsabilidad de generar nuevo conocimiento en la investigación sobre el manejo de nuevas estrategias para su cuidado en la familia, además debe de tener la función de ser gestora para diseñar y planear la mejor</p>

<a href="#">f/cuid/v6n1/v6n1a07.pdf</a>	intensivos. México, 2015.	durante su estancia en el hospital por el ingreso de su familiar a la UCI, determinando las respuestas humanas mediante el instrumento de valoración familiar y proporcionando las intervenciones de enfermería necesarias en la familia.	presentaron ciertas necesidades como lo fue información, educación y apoyo psico-emocional, esto confirma el diagnostico de enfermería: Afrontamiento familiar ineficaz.	manera de dar respuesta a la situación de salud de la familia, coordinar los recursos materiales como los humanos, canalizar a las familias a otros profesionales cuando así lo requiera.
---	------------------------------	---	--	---

**Fuente:** Elaboración propia basada en la Revisión sistematizada, 2021.

Otro aspecto importante derivado de la revisión de la literatura fueron los diagnósticos de enfermería, los resultados de la intervención y las intervenciones mencionadas en las publicaciones. Se despliegan el total de diagnósticos, resultados e intervenciones por orden alfabético (Ver ANEXO 3.A, 3.B, 4.A, 4.B, 5.A y 5.B). Se observa en éstas que el diagnóstico referente a los aspectos educativos para el autocuidado y rehabilitación de los pacientes post infarto agudo al miocardio egresados de terapia intermedia son los menos frecuentes. Razón de más para darles visibilidad y relevancia a través del presente estudio.

## 8.1. Principales diagnósticos de enfermería de acuerdo a la revisión sistémica

Los diagnósticos de enfermería sobresalientes en la revisión de la literatura por la frecuencia de abordaje y en función del riesgo del paciente fueron tres: Disminución del gasto cardíaco, Ansiedad y Dolor agudo. Sin embargo, no es el propósito del trabajo abordar estos diagnósticos, antes bien, se abordaron aquellos que por su relevancia para evitar recaídas y/o reinternamientos, aunque no citados con frecuencia, son importantes en la prevención de nuevos eventos de infarto al miocardio y sus consecuencias.

**“Disminución del gasto cardíaco (00029)” Intervenciones** de enfermería: cuidados cardíacos agudos, precauciones cardíacas, oxigenoterapia, monitorización de signos vitales, manejo de la arritmia y manejo de líquidos/electrolitos. **Resultados:** mejora de ritmo cardíaco, de la precarga, poscarga, contractibilidad manifestada por arritmias (taquicardia, bradicardia), palpitaciones, cambios del ECG, alteraciones del volumen de eyección. **Indicadores:** Presión arterial (120/80±20/±10mmHg), FC (60- 100 lpm), gasto urinario (GU= ml de orina total/ 24h/peso del paciente) y estado cognitivo (escala de coma de Glasgow). **Posibles modificaciones:** Monitorizar ritmo y FC, obtener ECG (12 derivaciones), vigilar: función renal, control de electrolitos (riesgo de disritmias), tendencia de PA y parámetros hemodinámicos (con catéter Swan- Ganz) y comprobar la efectividad de la oxigenoterapia.  
61,63,65,66,68,71,73, 75,76,79

Segundo diagnóstico. **“Dolor agudo (00132)” Intervenciones** de enfermería: manejo del dolor, monitorización de los signos vitales y manejo ambiental: confort con el objetivo de controlar el dolor, los signos vitales y dar una respuesta a la medicación. **Indicadores:** reconoce el comienzo del dolor, reconoce factores causales (IAM), utiliza medidas de alivio no analgésicas

(cambio de posición, técnica de relajación y de distracción), utiliza los analgésicos de forma apropiada (AINES, opiáceos) y refiere dolor controlado [ Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor =0-10 puntos], **Frecuencia del pulso radial** (60- 100 lpm), **Frecuencia respiratoria** (12-16 rpm), profundidad de la inspiración, **Presión arterial sistólica y Presión arterial diastólica** (120/80±20/±10mmHg). **Posibles modificaciones:** Administración de analgésicos. <sup>63,65,67,68,69,70,71,79</sup>

**“Ansiedad (00147)”** es el tercer diagnóstico en el orden de frecuencia **Intervenciones** de enfermería: disminución de la ansiedad, enseñanza: individual y manejo ambiental: confort con el objetivo en disminuir agitación, inquietud, angustia, opresión y preocupación. **Indicadores:** impaciencia, tensión muscular y ansiedad verbalizada. **Posibles modificaciones:** Enfoque sereno de seguridad, explicar los procedimientos y sensaciones, comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante, escuchar con atención, identificar los cambios en el nivel de ansiedad, controlar los estímulos, si procede, y observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. <sup>61, 67,68, 69,71, 74,75</sup>

Mientras que en el séptimo lugar lo ocupa el diagnóstico de: **“Mejorar la gestión de la propia salud (00078)”**. **Intervenciones de enfermería:** Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito (5612), Enseñanza: medicamentos prescritos (5616), Enseñanza: proceso de enfermedad (5602) y Enseñanza: dieta prescrita (5614). Con el objetivo de mejorar los **“Conocimiento: proceso de la enfermedad” (1803) y “Conocimiento: régimen terapéutico (1813)”**, donde se incluyen los **indicadores**. Signos y síntomas de la enfermedad, Dieta prescrita, Régimen de medicación prescrita y Actividad física prescrita. **Posibles modificaciones:** Educación para la salud. <sup>60,74,75</sup>

## 8.2. Plan de cuidados de enfermería

Desarrollado con base en “Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162)” integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento **Intervención: Educación para la salud (5510). Enseñanza: medicamentos prescritos (5616). Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito (5612) Enseñanza: proceso de enfermedad (5602). Enseñanza: dieta prescrita (5614). Educación para la salud (5510).**<sup>42,59</sup>

<b>Dominio 1.</b> Promoción de la salud.	<b>Clase 2.</b> Gestión de la salud.	Plan de cuidados de enfermería: “ <b>Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162)</b> ” <sup>42, 59, 60</sup>								
<b>Diagnóstico de enfermería</b>		<b>Resultado (NOC)</b>		<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>					<b>Puntuación DIANA</b>
<b>“Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162)”</b>		<b>Dominio IV.</b> Conocimiento y conducta de salud.	<b>Clase S.</b> Conocimientos sobre salud.		Ningún conocimiento (1).	Conocimiento (2)	Conocimiento (3)	Conocimiento (4)	Conocimiento (5)	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.  El objetivo de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.  Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.
<b>Definición.</b> Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que puede ser reforzado.		<b>“Conocimiento: proceso de la enfermedad”. (1803)</b> <b>Definición.</b> Grado de conocimiento transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta y las complicaciones potenciales.		Signos y síntomas de la enfermedad (180306)						
<b>M/p:</b> Expresa deseos de mejorar el manejo de los factores de riesgo, expresa deseos de mejorar el manejo de su enfermedad y expresa deseos de mejorar el manejo del régimen terapéutico.		<b>Dominio IV.</b> Conocimiento y conducta de salud.	<b>Clase S.</b> Conocimientos sobre salud.		Ningún conocimiento (1).	Conocimiento escaso (2)	Conocimiento moderado (3)	Conocimiento sustancial (4)	Conocimiento extenso (5)	
		<b>“Conocimiento: régimen terapéutico.” (1813)</b> <b>Definición.</b> Grado de conocimiento transmitido sobre el régimen terapéutico específico.		Dieta prescrita Régimen de medicación prescrita Actividad física prescrita						

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)			
Intervención: Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)		Intervención: Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito (5612)	
Campo 3. Conductual.	Clase S. Educación de los pacientes.	Campo 3. Conductual.	Clase S. Educación de los pacientes.
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.</li> <li>• Instruir al paciente acerca de la administración.</li> <li>• Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento.</li> </ul>		<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.</li> <li>• Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad / ejercicio prescrito.</li> <li>• Enseñar al paciente a realizar la actividad / ejercicio prescrito.</li> <li>• Instruir al paciente acerca de los ejercicios de estiramientos correctos antes y después de la actividad / ejercicio.</li> <li>• Enseñar al paciente a realizar un precalentamiento y enfriamiento antes y después de la actividad / ejercicio.</li> </ul>	

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)			
Intervención: Enseñanza: proceso de enfermedad (5602).		Intervención: Enseñanza: dieta prescrita (5614)	
Campo 3. Conductual.	Clase S. Educación de los pacientes.	Campo 3. Conductual.	Clase S. Educación de los pacientes.
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad y la importancia de comunicar al cuidador.</li> <li>• Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.</li> </ul>		<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.</li> <li>• Enseñar al paciente el nombre correcto de la dieta prescrita.</li> <li>• Explicar el propósito de la dieta.</li> <li>• Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.</li> </ul>	

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

### Intervención: Educación para la salud (5510).

#### Actividades:

- Identificar los grupos de riesgo y rangos de edad que se beneficien más de la educación sanitaria.
- Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria.
- Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo diana.
- Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas.
- Implicar a los individuos, familias y grupos en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida o respecto de la salud.
- Determinar el apoyo de la familia, compañeros y comunidad a las conductas que induzcan la salud.

El Modelo propuesto por Prochaska sobre el cambio de comportamiento se ve implicado en esta investigación al ser una herramienta para la modificación de los estilos de vida del paciente post infartado, al dejar aquellas actividades nocivas a su salud, y evitar el re ingreso hospitalario, siendo así la importancia del desarrollo en la implementación de un plan de alta educativo que más adelante se explicara con detalle, este Modelo se desarrollará en dos etapas, la primera durante su estancia en el servicio de terapia intermedia cuando se esta recuperando del evento isquémico, debido que el paciente está decidido hacer cambios significativos en pro de su salud, abarcando las fases de contemplación y preparación, mientras que las de acción, mantenimiento y terminación las ejecutara en su hogar con apoyo del familiar. <sup>50</sup>

**Tabla 6. Etapas del Modelo de Cambio de Comportamiento de Prochaska aplicadas a una institución asistencial.**

	Pre contemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento	Terminación
Lugar	Urgencias (Personal de enfermería)	Terapia intermedia (Personal de enfermería)	Hogar (Familiar)			
Intervención	Cuidados Cardiacos Agudos	Plan de alta educativo				

**Fuente:** Cabrera G, 2000.

### 8.3. Propuesta de plan de alta educativo.

El plan de alta educativo está destinado a desarrollarse desde el ingreso al servicio de terapia intermedia una vez estabilizado el paciente, y posterior darle continuidad en los cuidados dentro de su hogar por parte del familiar capacitado. (Tabla 8)

A continuación, se describen algunos aspectos que incluye, siendo; tratamiento farmacológico, programa inicial de ejercicios, datos de alarma, tabaquismo, pirámide de dieta mediterránea, cuidados post cateterismo y angioplastia cardiaca y sexualidad, que sirven para fortalecer la educación al paciente post infarto agudo al miocardio.

#### 8.3.1. Tratamiento farmacológico a largo plazo <sup>26</sup>

**Tabla 7. Tratamiento farmacológico.**

Fármaco	Mecanismo de acción	Vía de administración	Efectos secundarios
Ácido acetilsalicílico (aspirina)	Analgésico y antipirético. Inhibe la síntesis de prostaglandinas, lo que impide la estimulación de los receptores del dolor por bradiquinina y otras sustancias. Efecto antiagregante plaquetario irreversible.	Vía oral	Hemorragias, hematomas, rinitis, congestión nasal, dolor abdominal, prurito y úlcera gástrica.
Clopidogrel	Antiagregante plaquetario. Es un inhibidor selectivo de la unión de la adenosina-difosfato (ADP) a su receptor plaquetario, subsiguiente del complejo GPIIb-IIIa mediada por ADP.	Vía oral	Hematoma, epistaxis, hemorragia gastrointestinal, diarrea, dolor abdominal, dispepsia.

Atenolol	Antihipertensivo, bloqueante beta-adrenérgico. Actúa con afinidad preferente sobre los receptores cardíacos $\beta_1$ , aunque también tiene afinidad para los receptores vasculares periféricos o bronquiales $\beta_2$ . En dosis elevadas pueden bloquear los receptores $\beta_2$ .	Vía oral, intravenosa.	Bradicardia, broncoespasmo, cefalea, insomnio, confusión, parestesias, diarrea, calambres abdominales.
Atorvastatina	Hipocolesterolemizante. Inhibe de forma competitiva la HMG-CoA reductasa, enzima que limita la velocidad de biosíntesis del colesterol, e inhibe la síntesis del colesterol en el hígado.	Vía oral	Epistaxis, estreñimiento, flatulencia, dispepsia, diarrea, hiperglucemia, cefalea, mialgias, artralgias, espasmos musculares.
Enalapril	Antihipertensivo. Inhibidor del ECA da lugar a concentraciones reducidas de angiotensina II, que conduce a disminución de la actividad vasopresora y secreción reducida de aldosterona.	Vía oral	Cefalea, depresión, visión borrosa, mareos, hipotensión, taquicardia, disnea, diarrea, dolor abdominal, astenia y fatiga.

**Fuente:** Coll Muñoz Y, Valladares Carvajal F, González Rodríguez C, 2016.

### 8.3.2. Programa inicial de ejercicios.

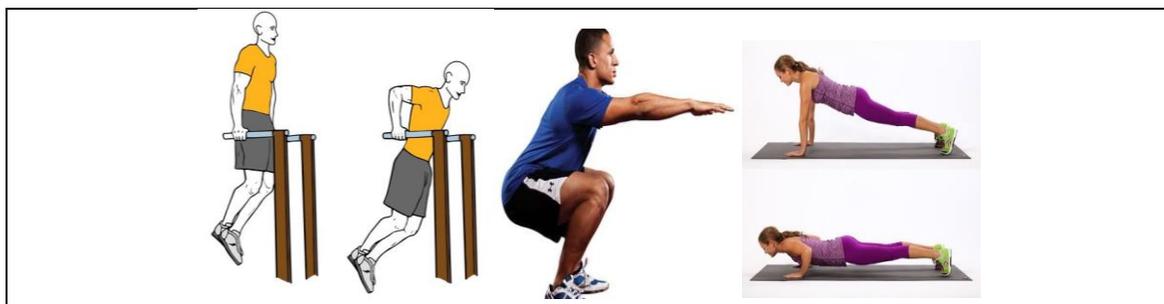
El entrenamiento físico comprende tres sesiones semanales de 60 a 80 minutos de duración. En cada sesión se realiza un entrenamiento aeróbico o bicicleta ergométrica más una actividad de calistenia o gimnasia, con ejercicios de calentamiento previo y enfriamiento posterior incluyendo los ejercicios de elongación. Inicialmente la actividad puede ser discontinua, con pausas según la tolerancia, para ir haciéndola continua y de progresión gradual. <sup>81</sup>

**Tabla 8. Programa de ejercicios.**

Calentamiento previo: lateralización del cuello, flexión y extensión de hombros, estiramiento de miembros superiores, lateralización de tronco, giros de cintura y estiramiento de miembros inferiores.

Actividad aeróbica: Correr, nadar o andar en bicicleta. / Bicicleta ergométrica.

Calistenia: fondos en paralelas, las flexiones de brazos y sentadillas



Enfriamiento: estiramiento de miembros superiores (tríceps, bíceps y pecho) e inferiores (pantorrillas).



Enlongación: pantorrillas, músculos isquiotibiales y músculos flexores de la cadera/cuadriceps.



Fuente: Burdiat G, 2014.

La intensidad del esfuerzo se aplicará según fórmulas. Una de ellas es la frecuencia cardíaca de entrenamiento (FCE). Se calcula de manera individual, basándose en los resultados de las pruebas de esfuerzo o del test de caminata de 6 minutos.<sup>81,82</sup>

Acorde a la evolución, entre las cuatro y siete semanas posevento es aconsejable realizar una prueba ergométrica submáxima o limitada por síntomas con lo que se podrán adaptar las cargas de trabajo y permitirá reestratificar al sujeto pudiendo ser asignado a un grupo de menor riesgo.<sup>81,82</sup>

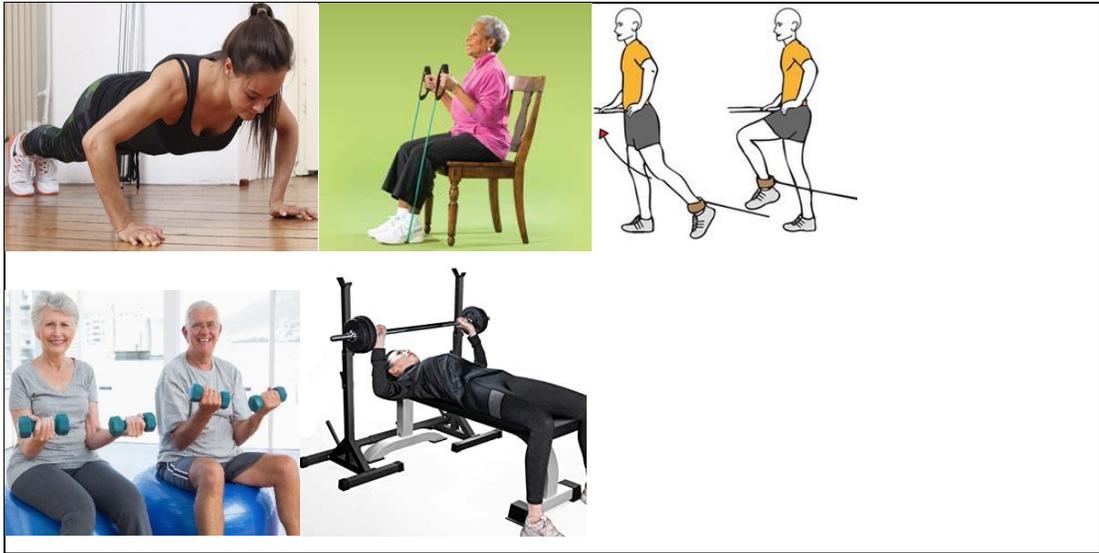
Los ejercicios de fuerza o resistencia después de un infarto agudo al miocardio han demostrado ser muy eficientes, con baja tasa de complicaciones cuando se siguen las normativas. En pacientes no quirúrgicos, de bajo o moderado riesgo, se inician entre la segunda y la tercera semana, con baja carga, varias repeticiones, dos a tres veces por semana. En los pacientes con cirugía de revascularización, una vez estabilizados, se puede comenzar con mancuernas y barra de pesas para miembros superiores luego de la sexta a octava semana, manteniendo cargas por debajo de 4-5 kilos, con aumentos lentos, progresivos, según tolerancia. <sup>81,82</sup>

El trabajo de miembros inferiores empieza tan pronto sea posible junto con los ejercicios aeróbicos. Estos ejercicios pueden ser efectuados con el propio peso del paciente, bandas elásticas, poleas, pesas livianas, barras, y, cuando se disponga, de máquinas o circuitos de pesas. Este tipo de ejercicio no está recomendado hasta después del tercer mes de la cirugía y no deben ser realizados cuando el paciente esté inestable clínicamente, con hipertensión arterial no controlada, falla cardíaca, arritmias complejas o valvulopatías severas. <sup>81,82</sup>

### Tabla 9. Ejercicios de resistencia y de fuerza.

Ejercicios de resistencia: lagartijas, sentadillas y abdominales.

Ejercicios de fuerza: propio peso del paciente, bandas elásticas, poleas, pesas livianas y barras.



**Fuente:** Fernández Luque F, Mora Robles J, Cantador Hornero M, Soto Sánchez MJ, 2014.

### 8.3.3. Datos de alarma <sup>27, 79</sup>

**Tabla 10. Síntomas y signos asociados a Infarto Agudo al Miocardio.**

<b>Dolor precordial</b>

<p>Dolor torácico en reposo o ejercicio, típico de isquemia o atípico &gt; 20 minutos de duración. El dolor típico es retroesternal opresivo e irradia al hombro y brazo izquierdo. El atípico se puede observar en epigastrio, espalda. La intensidad es variable, desde muy intenso hasta una molestia leve.</p>
<b>Disnea</b>

<p>La disnea o dificultad para respirar ocurre cuando el daño del corazón reduce el gasto cardíaco del ventrículo izquierdo, causando insuficiencia ventricular izquierda y como consecuencia, edema pulmonar.</p>
<b>Síncope</b>

<p>Los signos más graves incluyen la pérdida de conocimiento debido a una inadecuada perfusión cerebral y shock cardiogénico e incluso muerte súbita, por lo general por razón de una fibrilación ventricular.</p>

### Sudoración, palidez, náusea y vómito

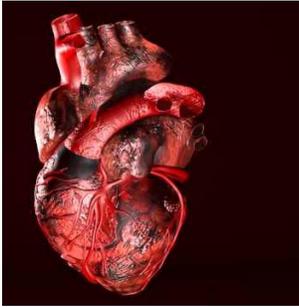


La activación del sistema simpático (sudoración, palidez, náusea y vómito) es un elemento clínico muy importante. Es probable que la activación del sistema nervioso simpático sea consecuencia de una liberación masiva de catecolaminas, respuesta natural al dolor.

**Fuente:** García Castillo A, Sánchez Díaz CJ, Martínez Sánchez C, Llamas Esperón G, Cardona E, 2006.

### 8.3.4. Tabaquismo <sup>83</sup>

**Tabla 11. Beneficios de dejar y riesgos de continuar con el tabaquismo**

Beneficios de dejar de fumar	Riesgos que existen al seguir fumando
<p data-bbox="300 409 751 709">En exfumadores la presión arterial desciende al igual que la frecuencia cardíaca, hay aumento del HDL y descenso de los niveles de tromboxano. En conjunto todos estos cambios reducen el riesgo de eventos cardiovasculares.</p> <p data-bbox="300 772 751 940">La mortalidad total entre los fumadores no fumadores 15 años después de haber dejado de fumar.</p> 	<p data-bbox="751 409 1393 982">La nicotina ejerce sus efectos directamente sobre el sistema nervioso central. El hipotálamo manda señales a la hipófisis para que libere la hormona de adrenocorticotropina (ACTH), la que provoca una estimulación de médula suprarrenal al liberar catecolaminas adrenérgicas que activan el sistema nervioso simpático y producen en el sistema cardiovascular aumentos en la frecuencia cardíaca, el gasto cardíaco, la contractilidad cardíaca y presión sanguínea, lo que en un período de tiempo prolongado genera un aumento del volumen del corazón y deterioro en la función de bombeo y produce insuficiencia cardíaca</p> 

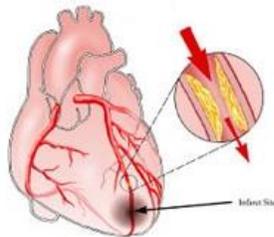
El inminente riesgo cardiovascular de muerte en los fumadores cae rápidamente luego de dejar de fumar, llega a la mitad luego de 1 año y continúa disminuyendo por los siguientes 10 a 15 años.



Además, provoca espasmos de las arterias coronarias, reduce la capacidad de la sangre para disolver sus propios coágulos, vasoconstricción a nivel de pequeños vasos periféricos, lo que implica un menor aporte sanguíneo a la parte irrigada, y disminución de la temperatura, sobre todo, de manos y pies.

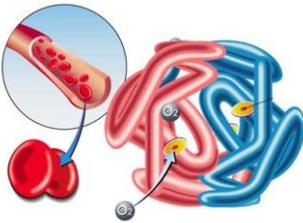


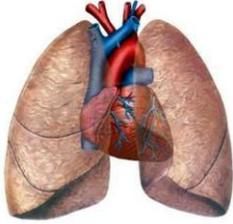
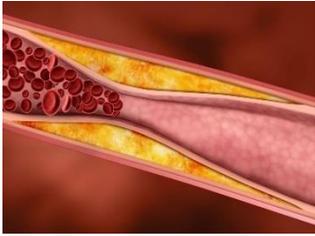
La cardiopatía isquémica en un año disminuye a la mitad el riesgo y en 5 años el riesgo de ataque es igual a los no fumadores.



La nicotina del humo del cigarro aumenta la presión arterial, debido a que esta estimula la producción de diversos neurotransmisores, como la epinefrina, la norepinefrina, la dopamina, la acetilcolina y la vasopresina, que actúan simultáneamente en los receptores centrales y periféricos (ganglios periféricos, glándulas suprarrenales y uniones neuromusculares), disminuye sensibilidad de los barorreceptores, aumenta la producción de la angiotensina II, y incrementa la producción de tromboxano A2 (TXA2) que es un potente vasoconstrictor, lo cual aumenta los niveles de presión y las alteraciones en el sistema de conducción ventricular.

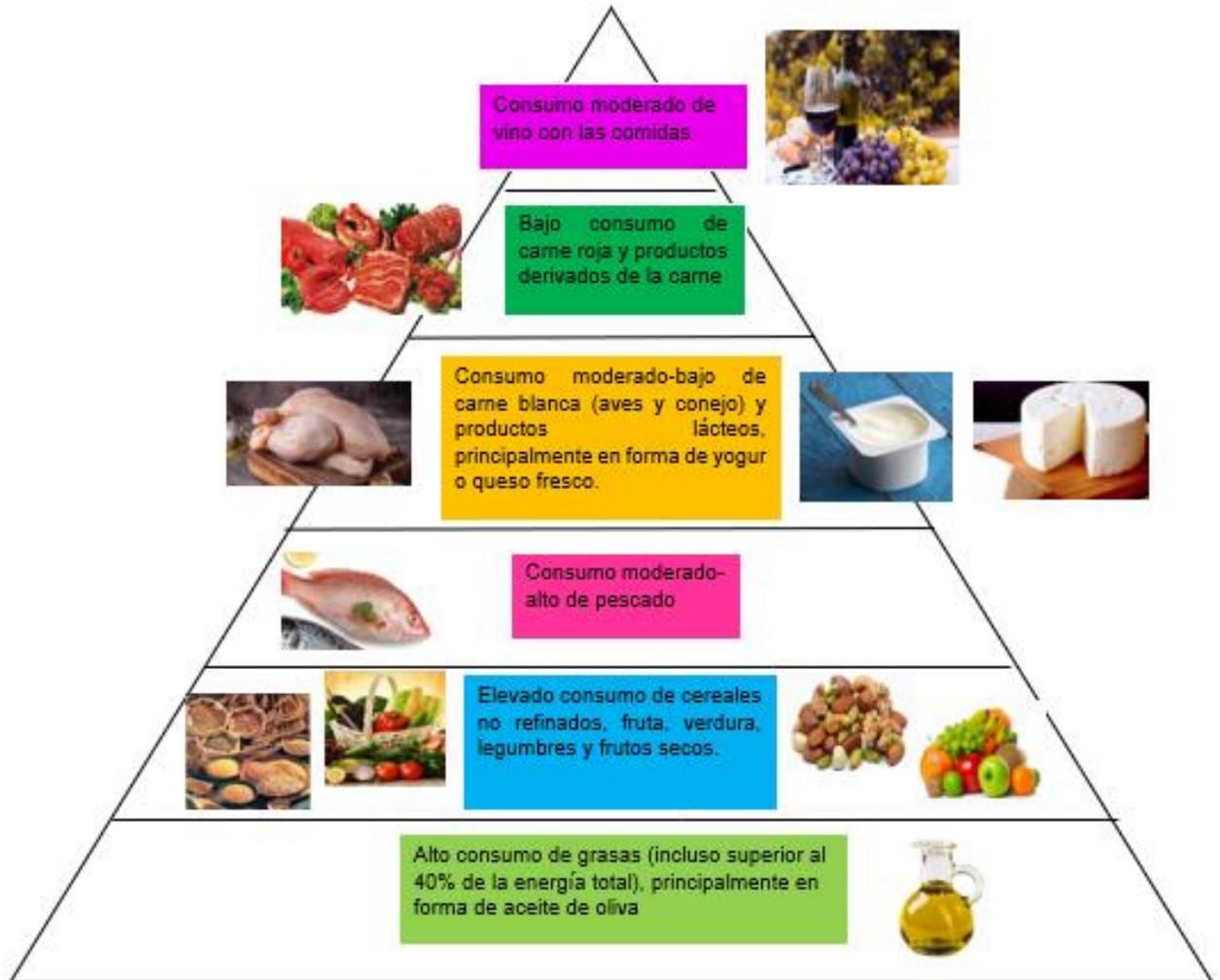


<p>La enfermedad cerebro vascular en un año tiene un riesgo igual al no fumador. La enfermedad vascular periférica desaparece.</p> 	<p>La nicotina estimula una mayor concentración de trombina y fibrinógenos, se convierte este en fibrina por acción de la trombina y esta constituye la red que forma el coágulo, lo que favorece la formación de trombos plaquetarios intravasculares y ayuda la incidencia de infarto del miocardio o formas severas de anginas de pecho.</p> 
<p>El riesgo de cáncer disminuye en 10 años a la mitad y este riesgo se iguala al no fumador entre 15 y 20 años.</p> 	<p>Fumar ocasiona una disminución de la capacidad de transporte de oxígeno en la sangre e induce un aumento de la demanda del consumo de oxígeno miocárdico. Esto se debe a la mayor afinidad del CO por la hemoglobina que es hasta 270 veces superior a la del oxígeno, forma la carboxihemoglobina (COHb), que al desplazarlo de su sitio de unión reduce el oxígeno transportado por la hemoglobina, lo cual provoca hipoxia.</p> 
<p>El daño funcional de la enfermedad pulmonar desaparece y el riesgo disminuye a 50% en 10 años.</p>	<p>El tabaquismo se encuentra asociado a niveles elevados de ácidos grasos libres, triglicéridos, colesterol total, lipoproteína de baja densidad (LDL) y lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), con reducción de lipoproteínas de alta densidad (HDL), reduce el efecto protector de este y aumenta por ello el riesgo de sufrir una enfermedad coronaria; constituye</p>

	<p>un perfil lipídico que favorece la formación de placas de ateroma.</p> 
	<p>Los componentes tóxicos del humo del cigarro ocasionan disfunción endotelial de las paredes de las arterias, originadas por el estrés hiperoxidativo y, por tanto, el aumento de la permeabilidad endotelial a las lipoproteínas y otros constituyentes plasmáticos, así como adhesión y migración de leucocitos y monocito-macrófagos mediados por LDL-oxidada al espacio subendotelial, lo que forma así una placa aterosclerótica y eleva el riesgo de ataques al corazón.</p> 

**Fuente:** Fernández González EM, Figueroa Oliva DA, 2018.

### 8.3.5. Pirámide de dieta mediterránea <sup>84</sup>



**Fuente:** Fernando Arós F , Estruch R, 2013.

### **8.3.6. Cuidados post cateterismo y angioplastia cardíaca**

Al retirar el dispositivo arterial (introdutor) se realiza compresión arterial de 10 minutos como mínimo y se coloca apósito compresivo. Cuando la vía de abordaje es la arteria femoral, se deja el introdutor que se retirará al cabo de 3-4 horas. Es preciso reposo absoluto en cama durante las 24 horas post-procedimiento. Es importante que el paciente no flexione ni movilice la extremidad. Si la vía de abordaje es la arteria radial, que es la tendencia actual, ya que se reduce el tiempo de inmovilización del paciente, el introdutor se retirará al acabar la exploración y se colocará un vendaje compresivo. No es preciso reposo en cama, solamente se debe evitar realizar esfuerzos durante 24 horas con la extremidad superior del abordaje arterial. Existen dispositivos de cierre percutáneo que evitan la compresión arterial después de la retirada del acceso vascular y reducen el tiempo de reposo. <sup>85</sup>

El apósito se revisa cada 30 minutos las dos primeras horas y posteriormente cada 6 hasta la retirada del mismo. El apósito compresivo se puede retirar a las 24 horas y dejar un apósito oclusivo. Coincidiendo con la revisión del apósito hay que observar sangrado o hematoma, así como el aspecto y temperatura del miembro. <sup>85</sup>

Se deben controlar las constantes vitales, los pulsos distales, la diuresis, la aparición de dolor agudo en el punto de punción y mantener una hidratación adecuada. La enfermera ha de controlar la aparición de dolor torácico o de dolor anginoso después de la técnica, aunque en condiciones normales si la angioplastia ha sido exitosa, no aparecen. <sup>85</sup>

### 8.3.7. Sexualidad

La disfunción sexual en los pacientes cardiopatas, puede mejorar de forma considerable, siguiendo una serie de pautas, independientemente de la edad y género. Es necesario el diálogo con la pareja, con el fin de eliminar el miedo a la muerte durante el coito. El frecuente contacto con la pareja puede facilitar el control de alteraciones psicológicas, tales como depresión y ansiedad, así mismo es necesario hablar de la baja incidencia de complicaciones, de los bajos gastos energéticos del coito, inferiores a los demostrados en una prueba de esfuerzo; otra faceta de gran interés es la de mejorar la capacidad funcional del paciente, un programa de ejercicios mejorando la flexibilidad articular, aumentando la capacidad física, facilitará la práctica de la actividad sexual. Se ha demostrado que los gastos energéticos son bajos y no tienen importantes riesgos si son capaces de subir dos pisos en escalera, sin datos de angina. <sup>86</sup>

**Tabla 12. Orientación para reanudar la actividad sexual.**

<ul style="list-style-type: none"><li>• El elegir una habitación confortable y habitual, evitando las temperaturas extremas.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• El elegir un momento donde el paciente se encuentre tranquilo y relajado, libre de estrés, quizás lo mejor sea por la mañana, después de una noche de haber dormido bien, o bien después de una siesta.</li></ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• No es aconsejable tener contacto sexual después de una comida copiosa, haber ingerido alcohol en cantidad, o bien de realizar un ejercicio agotador. Utilizar una posición habitual y no elegir otras que exigen ejercicios inusuales que puedan crear tensión muscular.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En casos de aparición de angina, taquicardia, disnea u otros síntomas, el paciente deberá pedir ayuda médica especializada, de forma similar a como lo haría si esta sintomatología apareciera de forma independiente a la actividad sexual.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otra recomendación es que los pacientes reinicien su actividad sexual cuando en conjunto con su pareja así lo decidan, también cuando ellos mismos se sientan “bien” sin angustia para esta actividad.</li> </ul>	

**Fuente:** Díaz Cortina E, 2002.

## IX . CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

En el presente trabajo se abordó de manera significativa dentro de su primera etapa de la metodología una revisión sistemática de los principales diagnósticos de enfermería en un paciente con infarto agudo al miocardio, sin embargo, se demuestra que estos diagnósticos van más enfocados en una etapa de cuidado agudo donde se da prioridad a la vida del paciente, a continuación, se describe cada uno de ellos.

Es importante mencionar la comunicación eficaz dentro del equipo multidisciplinario como el pilar para la realización óptima del cuidado, que tiene resultados favorables en la atención primaria del paciente, esta puede ser de manera verbal, a través del desarrollo de notas, en los registros de enfermería y médicos.

Otro diagnóstico de enfermería que a menudo se presenta en el estado crítico del paciente es la “**Intolerancia a la actividad (00092)**” se relaciona con un problema circulatorio y se asocia con una perfusión muscular baja, por la incapacidad del corazón para mantener una salida cardíaca suficiente para satisfacer las necesidades de oxígeno tisular, además de la reducción del flujo sanguíneo periférico.

La edad, la situación ocupacional de las personas, ya jubiladas, las comorbilidades y sus complicaciones causan signos y síntomas emocionales asociados con el miedo a la muerte y al dolor; debido a esto, algunos pacientes presentan “**Ansiedad (00146)**” por la incertidumbre y desconocimiento del escenario hospitalario. Sin embargo, enfermería puede intervenir al apoyar con una palabra de aliento, prestar con atención lo que dice el paciente, explicarle los procedimientos a realizar y al hablarle por su nombre.

Cuando el paciente ingresa al servicio de urgencias es muy común encontrar el diagnóstico de: **“Conocimientos deficientes (00126)”** sobre el manejo de sus comorbilidades que se ven asociadas a infarto agudo al miocardio, el inadecuado apego al tratamiento farmacológico, el desconocimiento al tipo de dieta recomendada, el no poder identificar los datos de alarma de un evento isquémico y el no saber cuáles factores de riesgo pueden ser prevenibles.

Se ha descrito en varios artículos que el conocimiento deficiente acerca de la enfermedad en los pacientes post infarto agudo al miocardio puede generar repercusiones en su estado de salud. Por lo tanto, para el apoyo de la comprensión del proceso de su enfermedad, el profesional de la salud debe proporcionar a los pacientes información completa, que promueven la mejora de su tratamiento y los empoderan en todo el proceso de enfermedad de la salud.

Enfermería puede hacer hincapié en la educación para la salud mediante un plan de alta educativo que surge de la necesidad del diagnóstico: **“Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162)”** que a su vez se apoya de sus intervenciones NIC y resultados NOC de enfermería, tocando temas de suma importancia como lo es la dieta, ejercicio, disminución de factores de riesgo como tabaquismo y alcoholismo, además de brindando información relevante de su tratamiento farmacológico.

Es así como, el **Modelo Transteórico del Cambio de Comportamiento en salud** tiene una intención de cambio y, potencialmente, hará un intento formal de modificar su comportamiento en este tipo de pacientes al verse reflejado la situación crítica en la que se encontraban y ahora pueden mejorar su calidad de vida al modificar sus hábitos nocivos donde ahora serán saludables. Partiendo desde la terapia intermedia y continuar con la educación asistencial en su hogar.

## X. CONCLUSIÓN

Con la **revisión sistemática de los 20 artículos en línea**: 17 Internacionales y 3 nacionales **en los idiomas inglés, portugués y español** se puede concluir que **el personal de enfermería** juega un papel importante en el sistema de salud donde, además de avocarse en intervenciones para restablecer la vida del paciente puede **intervenir de manera educativa** dentro de su plan de cuidados: **“Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162)”** al paciente post infarto agudo al miocardio dentro la unidad de terapia intermedia.

Debido que se considera que en esta etapa de recuperación el paciente se mantiene **más sensible y puede tomar conciencia** sobre su estado de salud en el que se encuentra, donde tiene la capacidad de decidir si continuar con los hábitos nocivos que afectan a su salud o bien modificarlos por unos más saludables, esto se traduce en el **Modelo de Cambio de Comportamiento de Prochaska**, que contribuye en la educación y promoción a la salud.

Así mismo, **enfermería** es quien acompaña al paciente post infartado a **reincorporarse a su vida diaria**, al gestionar sus autocuidados post- egreso del servicio. Al **impartirle conocimientos** sobre: dieta, medicaciones, ejercicio y eliminación de factores de riesgo consumo de alcohol y tabaco, a través de un **plan de alta educativo**.

## XI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enfermedades Cardiovasculares [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [consultado el 22 de octubre de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/about\\_cvd/es/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/)
2. Escobar Cruz PL, Mariño Serrano RY. Factores de riesgo de infarto agudo al miocardio en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, Medigraphic [Internet] 2016 [consultado el 22 de octubre de 2020]; 20(5): 129-143. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul165j.pdf>
3. Definición universal del infarto agudo de miocardio [Internet]. CONECTIMED. 2019 [consultado el 22 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://panel.conectimed.com/cuarta-definicion-universal-del-infarto-agudo-de-miocardio/>
4. Hospital San Rafael. Un nuevo concepto de salud cardiovascular [Internet]. España: Rehabilitación del corazón; 2021 [consultado el 22 de octubre de 2020]. Disponible en: [Rehabilitación del Corazón \(rehabilitaciondelcorazon.com\)](http://rehabilitaciondelcorazon.com)
5. Andrés Morist A, Protocolo de tratamiento del IAM con elevación del segmento ST - SCACEST en la Comunidad Autónoma del País Vasco [Internet]. 2nd ed. España: Osakidetza; 2019 [consultado el 23 de octubre de 2020] .36 p. Disponible en: [codigoInfarto2018.pdf \(euskadi.eus\)](http://codigoInfarto2018.pdf)
6. Pratz Andrade MT, Tejada Tayabas LM, Características de pacientes con enfermedad coronaria egresados de un hospital de tercer nivel de atención en México, Acta universitaria [Internet] 2016 [consultado el 23 de octubre de 2020]; 26( 2 ): 63-69. Disponible en: [Características de pacientes con enfermedad coronaria egresados de un hospital de tercer nivel de atención en México \(scielo.org.mx\)](http://scielo.org.mx)

7. Gualpa Lema MC, Sacoto Naspud NT, Guallpa González MJ, Cordero Cordero GR, Alvarez Ochoa RI. Factores de riesgo cardiovascular en profesionales de enfermería, Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2018 [consultado el 23 de octubre de 2020]; 34(2): 1-11. Disponible en: [Factores de riesgo cardiovascular en profesionales de enfermería \(sld.cu\)](#)
8. Tema 4. El Modelo Transteórico [Internet]. OpenCourseWare.2017 [consultado el 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://ocw.unican.es/mod/page/view.php?id=495>
9. Arriaga Dávila J, Pérez Rodríguez G, Borrayo Sánchez G. Dimensiones de calidad enfocadas en el protocolo de atención Código Infarto. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2017[consultado el 27 de octubre de 2020];55(3):382-387. Disponible en: [http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_medica/rt/printerFriendly/797/2099](http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/rt/printerFriendly/797/2099)
10. Ranking de los países de la OCDE con mayor número de muertes por infarto agudo de miocardio en 2016 [Internet]. Statista. 2020 [consultado el 28 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/589476/numero-de-muertes-por-infarto-de-miocardio-en-determinados-paises-de-la-ocde/>
11. Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad por Infarto Agudo al Miocardio IAM-MX (PREMIA) [Internet]. Gobierno de México. 2018 [consultado el 28 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://calidad.salud.gob.mx/site/iam/>
12. Pratz Andrade MT, Martínez DL, Salazar López TG, Tolentino Ferrel MDR, Herrera Paredes JM. Factores de riesgo cardiovasculares en escolares de 6 a 12 años en Guanajuato [Internet] 2019 [consultado el 01 de noviembre de 2020];(5):1-4. Disponible en: [3058-Texto del artículo-10384-1-10-20191119.pdf](#)

13. PROGRAMA Nacional de Juventud 2014- 2018 [Internet] Programa Nacional De Juventud 2014-2018. Diario Oficial de la Federación. 30 abr 2014 [consultado el 02 de noviembre de 2020]. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5343095&fecha=30/04/2014&print=true](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343095&fecha=30/04/2014&print=true)
14. Castellanos Rojas R, Ferrer Herrera I, Segura Pujal LA, Ojeda Matías MR, Fernández Romero D, Infarto agudo al miocardio en pacientes jóvenes. Rev. Arch Med Camagüey [Internet]. 2014 [consultado el 02 de noviembre de 2020]; 18(6): 667-679. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v18n6/amc090614.pdf>
15. Lorenzo Velázquez BM, Valdés Valdés A, Peinado Moreno M, Zubizarreta Peinado K. Evaluación de estilo de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. Cinco consultorios médicos. Septiembre 2002-2004. Pinar del Río, Revista Ciencias Médicas. [Internet]. 2005 [consultado el 03 de noviembre de 2020];9(2):1-15. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v9n2/rpr06205.pdf>
16. La dieta de los mexicanos: resultados de la ENSANUT 2012 [Internet]. Gobierno de México. 2018 [consultado el 03 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.insp.mx/suplemento-dieta.html>
17. Maidana G, Lugo G, Vera Z, Acosta P, Morinigo M, et al, Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. [Internet]. 2016 [consultado el 03 de noviembre de 2020];14(1):70-77. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a11.pdf>
18. Guía de práctica clínica. Prevención secundaria y rehabilitación cardiaca postinfarto del miocardio en el primer nivel de atención [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2008 [consultado el 05 de noviembre de 2020]. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/152\\_GPC\\_REHABILITACION\\_CARDIACA/Ssa\\_152ER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/152_GPC_REHABILITACION_CARDIACA/Ssa_152ER.pdf)

19. Grupo de Reperusión en el Infarto Agudo al Miocardio AC. Infarto agudo al miocardio [Internet]. 1.<sup>a</sup> ed. México: Roche; 2017 [consultado el 05 de noviembre de 2020]. Disponible en: [http://calidad.salud.gob.mx/site/iam/docs/iam\\_01.pdf](http://calidad.salud.gob.mx/site/iam/docs/iam_01.pdf)
20. Reynales Shigematsu LM, Rodríguez Bolaños RA, Jiménez JA, Juárez Márquez SA, Castro Ríos A, et al. Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud pública Méx [Internet]. 2006 [consultado el 07 de noviembre de 2020]; 48(1): 48-64. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342006000700007](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000700007)
21. Guadalajara Boo JF, Quiroz Martínez VA, Martínez Reding García JO. Definición, fisiopatología y clasificación. Arch. Cardiol. Méx. [Internet]. 2007 [consultado el 08 de noviembre de 2020]; 77(1): 18-21. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-99402007000500003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402007000500003)
22. Tortora GJ, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 13.<sup>a</sup> ed. México: Medica Panamericana; 2013.
23. Cruz Ortega HA, Calderón Monter FX. El corazón y sus ruidos cardíacos normales y agregados. Una somera revisión del tema. Rev. Fac. Med. (Méx.) [Internet]. 2016 [consultado el 09 de noviembre de 2020]; 59(2 ): 49-55. Disponible en: [www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v59n2/2448-4865-facmed-59-02-49.pdf](http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v59n2/2448-4865-facmed-59-02-49.pdf)
24. Palacios Gómez J. Sistema de monitoreo de pulso cardíaco, temperatura y saturación de oxígeno por conexión inalámbrica

- [Ingeniero Mecatrónico]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2017. Disponible en: [tesisRv3 Final.pdf \(unam.mx\)](#)
25. Laboratorio de Anatomía Cardíaca, Instituto de Morfología J.J Naón, UBA. Irrigación arterial y drenaje venoso del corazón [Internet]. 1.ª ed. Argentina: Heart Laboratory; 2019 [consultado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: [Corazón - Generalidades.pdf \(uba.ar\)](#)
26. Coll Muñoz Y, Valladares Carvajal F, González Rodríguez C. Infarto agudo al miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. Rev. Finlay [Internet]. 2016 [consultado el 12 de noviembre de 2020]; 6(2): 170-190. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342016000200010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200010)
27. García Castillo A, Sánchez Díaz CJ, Martínez Sánchez C, Llamas Esperón G, Cardona E, et al. Guías clínicas para el manejo del infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST, Medigraphic [Internet]. 2006 [consultado el 13 de noviembre de 2020]; 76 (3): 12-120. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v76s3/v76s3a1.pdf>
28. Localización de un infarto de miocardio en función de las arterias coronarias ocluidas [Internet]. Elsevier. 2020 [consultado el 14 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/localizacion-de-un-infarto-de-miocardio-en-funcion-de-las-arterias-coronarias-ocuidas>
29. Sarre Álvarez D, Cabrera Jardines R, Rodríguez Weber F, Díaz Greene E, Enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Revisión de las escalas de riesgo y edad cardiovascular, Med Int Méx. [Internet]. 2018 [consultado el 15 de noviembre de 2020]; 34 (6): 910- 923. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v34n6/0186-4866-mim-34-06-910.pdf>

30. Montero Granados C, Monge Jiménez T, Patología de la trombosis, Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXVII [Internet]. 2010[consultado el 16 de noviembre de 2020]: (591); 73-75. Disponible en: [rmc10591n.pdf \(medigraphic.com\)](http://rmc10591n.pdf)
31. De Arco-Canoles OdelC, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ. Salud. [Internet]. 2018 [consultado el 17 de noviembre de 2020]; 20(2): 171-182. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121>
32. Carreón Gutiérrez CA. La normatividad de las funciones del profesional de enfermería en México. ResearchGate. [Internet]. 2016 [consultado el 18 de noviembre de 2020]; 1(5): 42-47. Disponible en: [FuncionesEnfermeraMexicov2.pdf](http://FuncionesEnfermeraMexicov2.pdf)
33. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm [Internet] 2007 [consultado el 19 de noviembre de 2020];20(4)499-503. Disponible en: [art\\_18\\_1215\\_esp \(scielo.br\)](http://art_18_1215_esp_scielo.br)
34. Riquelme Hernández G. El cuidado de enfermería: Una reflexión sobre el cuidado humanístico, Horiz Enferm [Internet] 2012 [consultado el 19 de noviembre de 2020]; 23 (2): 9-12. Disponible en: <http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/23-2/editorial.pdf.pdf>
35. Juárez Rodríguez PA, García Campos ML. La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm IMSS Enferm [Internet] 2009 [consultado el 19 de noviembre de 2020]; 17(2):113-115. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
36. Reina NC. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado.



42. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner HK, Wagner GM, Editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª. Ed. Barcelona: ELSEVIER; 2014.
43. Andrietta MP, Lopes Moreira RS, Bottura Leite de Barros AL, Plan del alta hospitalaria para pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet] 2011 [consultado el 22 de noviembre de 2020];19(6): 1-9. Disponible en: [es\\_23.pdf \(scielo.br\)](#)
44. Aragón Alegría D, Muñoz Bravo SF, Prado Villegas YM, Ramírez Cuevas LA, Hurtado García DM, ET AL. Evaluación del Plan de Alta por enfermería en el hospital San José, Popayán 2017. Rev. Méd. Risaralda [Internet] 2020 [consultado el 23 de noviembre de 2020]; 26 (1): 61-67. Disponible en: [0122-0667-rmri-26-01-61.pdf \(scielo.org.co\)](#)
45. Achury Saldaña D, Rodríguez SM, Achury Beltrán LF, Padilla Velasco MP, et al. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel, Aquichan [Internet] 2013 [consultado el 25 de noviembre de 2020];13(3): 363-372. Disponible en: [363 - 372 Efecto de un plan educativo.indd \(scielo.org.co\)](#)
46. Roselló Araya M, Guzmán Padilla S. Implementación de un programa de rehabilitación cardíaca (Fase II) en el Hospital Max Peralta, Acta Médica Costarricense [Internet] 2003 [consultado el 25 de noviembre de 2020]; 45(1): 20-24. Disponible en: [Implementación de un programa de rehabilitación cardíaca \(Fase II\) en el Hospital Max Peralta \(scielo.sa.cr\)](#)
47. Del Río Moro O, Maldonado Vázquez A, Carmena Utrilla O, Davós Jiménez R, Garoz Martín B, et al, Educación sanitaria a pacientes con cardiopatía isquémica, Enfermería en Cardiología [Internet] 2005

[consultado el 25 de noviembre de 2020];2 (35): 24- 27. Disponible en: [Dialnet-EducacionSanitariaAPacientesConCardiopatiasquemico-2331720.pdf](#)

48. Brevis Urrutia I, Valenzuela Suazo S, Sáez Carrillo K, Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre la modificación de factores de riesgo coronarios, Ciencia y enfermería XX [Internet] 2014 [consultado el 26 de noviembre de 2020];3(43): 43-57. Disponible en: [revista cye xx3.pdf \(conicyt.cl\)](#)
49. González López JL, Capote Toledo ML, Ramírez Briones I, Verdasco Bravo P, Educación sanitaria. Recomendaciones al alta [Internet] 2016 [consultado el 28 de noviembre de 2020]: 357- 364. Disponible en: [maqueta tecnicas de enfermeria ok \(enfermeriaencardiologia.com\)](#)
50. Cabrera G. El modelo transteórico del comportamiento en salud, Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2000 [consultado el 29 de noviembre de 2020]; 18(2): 129-138. Disponible en: [Dialnet-ElModeloTransteoricoDelComportamientoEnSalud-5079608 \(1\).pdf](#)
51. Torrecilla García M, Barrueco Ferrero M, Jiménez Ruiz CA, Hernández Mezquita MA, Plaza Martín MD, et al, Ayudar al fumador: Tratar el tabaquismo. Medifam [Internet]. 2001 [consultado el 30 de noviembre de 2020] ; 11( 4 ): 34-60. Disponible en: [Ayudar al fumador: Tratar el tabaquismo \(isciii.es\)](#)
52. Florez Alarcon L, Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico, en estudiantes de secundaria y universitarios consumidores de alcohol, Acta Colombiana de Psicología [Internet] 2005 [consultado el 01 de diciembre de 2020]; 8(1); 47- 78. Disponible en: [EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE CAMBIO PROPUESTOS POR EL MODELO TRANSTEÓRICO, EN](#)

[ESTUDIANTES DE SECUNDARIA Y UNIVERSITARIOS CONSUMIDORES DE ALCOHOL \(scielo.org.co\)](#)

53. López MA. Etapas del cambio conductual ante la ingesta de frutas y verduras, control de peso y ejercicio físico de estudiantes de la universidad del desarrollo, sede concepción, chile. Revista chilena de nutrición [Internet]. 2008 [consultado el 01 de diciembre de 2020]; 35(3): 215-224. Disponible en: [ETAPAS DEL CAMBIO CONDUCTUAL ANTE LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS, CONTROL DE PESO Y EJERCICIO FÍSICO DE ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO, SEDE CONCEPCIÓN, CHILE \(conicyt.cl\)](#)
54. Quillas Benites RK, Vásquez Valencia C, Cuba Fuentes MS. Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria. Acta médica peruana [Internet]. 2017 [Consultado el 01 de diciembre de 2020]; 34( 2 ): 126-131. Disponible en: [Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria \(scielo.org.pe\)](#)
55. Berra Ruiz E, Muñoz Maldonado SI, El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal, Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social [Internet] 2018 [consultado el 01 de diciembre de 2020]; 4(2); 153-170. Disponible en: [165-Texto del artículo-946-1-10-20190117.pdf](#)
56. Zamarripa J, Ruiz Juan F, Ruiz Risueno Abad JR. El balance decisional, etapas de cambio y nivel de actividad física en estudiantes de bachillerato, Andamios [Internet] 2019 [consultado el 02 de diciembre de 2020]; 16(39); 379-401. Disponible en: [El balance decisional, etapas de cambio y nivel de actividad física en estudiantes de bachillerato \(scielo.org.mx\)](#)

57. Villafuentes Peña C, Los principios éticos del cuidado de enfermería ante el dilema de no realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar, Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2018 [consultado el 02 de diciembre de 2020],6(1):52-55. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/394-2968-1-PB.pdf>
58. Ley general de salud cámara de diputados del H. congreso de la unión [Internet] Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios Últimas Reformas. Diario Oficial de la Federación. 24 ene 2020 [consultado el 03 de diciembre de 2020]. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_240120.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf)
59. Hearther Herdman T, Shigeni Kamitsuru, editores. NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación. 11ª. ed. Barcelona: ELSEVIER; 2019.
60. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª Ed. Barcelona: ELSEVIER; 2014.
61. Holanda da Cunha G, Lima Ramalho AK, Maia Cruz AM, Correia Lima MA, Barbosa Franco K. Et. Al, Diagnósticos de enfermería según la teoría del autocuidado en pacientes con infarto de miocardio. Aquichan [Internet] 2018 [consultado el 03 de diciembre de 2020]; 18 (2): 222-233. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n2/1657-5997-aqui-18-02-00222.pdf>
62. Méndez Oliveira LA, Rocha Martins C, Campos Fontinele AV , Pacífico Oliveira C , Pinheiro De Araújo M. Et Al. Atención de enfermería para pacientes con infarto de miocardio agudo: una revisión integrativa, Revista Brasileña de Cirugía e Investigación Clínica [Internet] 2019 [consultado el 04 de diciembre de 2020]; 28 (3): 77- 79. Disponible en: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191006\\_204913.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191006_204913.pdf)

63. Carvalho DC, Tibúrcio Pareja DC, Dos Santos Maia LF, La importancia de las intervenciones de enfermería a los pacientes con infarto agudo de miocardio, Revista Recien. [Internet] 2013 [consultado el 05 de diciembre de 2020]; 3 (8): 5-10. Disponible en: [51-250-1-PB \(3\).pdf](#)
64. Almeida Acampora I, Práctica de enfermería basada en la evidencia sobre la recuperación posquirúrgica cardíaca en la UCI - Revisión sistemática, Revista de atención de enfermería especializada Especializada [Internet] 2020 [consultado el 06 de diciembre de 2020]; 12(1): 1-11. Disponible en: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/3302/830>
65. Mendes de Sousa AM , Santana Lima AB , Maia Pascoal L , Chaves Rouberte ES , Tavares Palmeira Rolim IL, Disminución del gasto cardíaco: mapa transversal de las intervenciones de enfermería y su contribución a la práctica clínica. Enfermera Glob. [Internet] 2017 [consultado el 10 de diciembre de 2020]; 18 (56): 324-364. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412019000400012](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000400012)
66. Ribeiro PV, Nogueira PC, De Brito Poveda V, Diagnóstico de enfermería al paciente hospitalizado para la reparación del aneurisma aórtico [Internet] 2019 [consultado el 10 de diciembre de 2020]; 7 (2): 222- 235. Disponible desde: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25703>
67. Avelino Oliveira A, Pereira Viana C, Braga da Silva EP, Silva Maia J, Basílio Pereira MJ. Et. Al, Cateterismo cardíaco y enfermería: la importancia de los diagnósticos de enfermería para una atención de calidad. Revista Recien [Internet] 2017 [consultado el 11 diciembre de 2020]; 8 (23): 21-27. Disponible en: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/257>

68. De Melo Vellozo PJ, Cavalcanti ACD, Santana Rosimere F, Cassiano KM, Queluci GC, Diagnósticos de enfermería para pacientes hospitalizados con enfermedades cardiovasculares . Escola Anna Nery [Internet] 2018 [consultado el 12 de diciembre de 2020]; 15( 4 ): 737-745. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000400012&script=sci\\_abstract&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000400012&script=sci_abstract&tlng=es)
69. Rodríguez Acelas AL, Cañón Montañez W, Seguimiento de enfermería a un paciente con infarto agudo al miocardio: un reto de vida. Rev Cuid [Internet] 2011 [consultado el 12 de diciembre de 2020]; 2( 1 ): 188-194. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732011000100014&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732011000100014&lng=en).
70. Martins KD, Cruz I, Las implicaciones del diagnóstico de enfermería: dolor agudo relacionado con el síndrome coronario agudo - Revisión de la literatura sistematizada, Revista de atención de enfermería especializada [Internet] 2015 [consultado el 13 de diciembre de 2020] ; 7 (1) 1983-4152. Disponible en: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2741>
71. Oliveira Cruz AP, Lopes R, Diagnóstico de enfermería en el postoperatorio de cirugías cardíacas, Revista saludvita [Internet] 2010 [consultado el 14 de diciembre de 2020]; 29(3): 85-104. Disponible en: [ost operatorio.pdf](#)
72. Bolzan EP, Pompermaier Ch, Atención de enfermería para pacientes con infarto agudo de miocardio, Anuário Pesquisa E Extensão Unoesc Xanxerê [Internet] 2020 [consultado el 15 de diciembre de 2020]; 5. Disponible en: [Cuidados de enfermagem ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio | Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê \(emnuvens.com.br\)](#)
73. Fernandes RA, Silva JA, Atención de enfermería en pacientes en el período postoperatorio inmediato (pdi) de intercambio de válvulas

- mitrales: preparación de un protocolo de asistencia, UNINGÁ Review [Internet] 2011 [consultado el 16 de diciembre de 2020]; 8(1): 61-71. Disponible en: [valvula mitral \(1\).pdf](#)
74. Padilla García CI, Romero Guevara SL, Camargo Figuera FA, Bonilla Marciales AP, Diagnósticos de enfermería al alta hospitalaria en personas con Síndrome Coronario Agudo, MedUNAB [Internet] 2017 [consultado el 17 de diciembre de 2020]; 20(1): 19-2. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2826/2338>
75. Zampieron A, Marilisa Corso SA, Un estudio retrospectivo de diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería para pacientes ingresados en una unidad de rehabilitación de cardiología, Int J Nurs Terminol Classif [Internet] 2011 [consultado el 20 de diciembre de 2020]; 22 (4): 148- 56. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22017735/>
76. Ling Koh KW, Wang W, Mark Richards A, Mark Y, Chan MBBS, Et Al, Eficacia de la telesalud de práctica avanzada dirigida por enfermeras en los reingresos y los resultados relacionados con la salud en pacientes con infarto agudo de miocardio: Protocolo del estudio ALTRA, Journal of Advanced Nursing [Internet] 2016 [consultado el 20 de diciembre de 2020]; 72(5): 1357-1367. Disponible en: [Effectiveness of advanced practice nurse-led telehealth on readmissions and health-related outcomes among patients with post-acute myocardial infarction: ALTRA Study Protocol, Journal of Advanced Nursing | 10.1111/jan.12933 | DeepDyve](#)
77. Martínez Merlo JA, Lastre Amell GE, Cassiani C, Cuidados de enfermería en paciente con Síndrome Coronario Agudo (SCA). Revista de Enfermería ENE, [Internet] 2019 [consultado el 21 de

- diciembre de 2020]; 13 (2):1- 13. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n2/1988-348X-ene-13-02-e1329.pdf>
78. Dimas Altamirano B, Gómez Ortega M, Sánchez Arias AG, González González G, Bobadilla Serrano E, Et. Al, Intervención de enfermería a paciente con síndrome coronario agudo y síndrome compartimental abdominal. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [Internet] 2016 [consultado el 22 de diciembre de 2020]; 24: 17-23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2016/en161d.pdf>
79. Ortiz García MC, Ramos Piña EE, Díaz Pérez MDC, Mancilla García ME, Guía de Práctica Clínica para las intervenciones de enfermería en la atención del paciente con infarto agudo al miocardio. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet] 2012 [consultado el 22 de diciembre de 2020]; 20 (1): 27-44. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35571>
80. García Avendaño DJ , Estrada Ochoa MC, Gallegos Alvarado M , Antuna Canales AB, Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo al miocardio en la unidad de cuidados intensivos. Rev Cuid [Internet] 2015 [consultado el 23 de diciembre de 2020]; 6( 1 ): 923-931. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n1/v6n1a07.pdf>
81. Burdiat G, Rehabilitación cardíaca después de un síndrome coronario agudo. Revista Uruguaya de Cardiología [Internet] 2014 [consultado el 22 de diciembre de 2020]; 29(1): 153-163. Disponible en: [Rehabilitación cardíaca después de un síndrome coronario agudo \(scielo.edu.uy\)](http://Rehabilitación%20cardíaca%20después%20de%20un%20síndrome%20coronario%20agudo%20(scielo.edu.uy))
82. Guía de ejercicios para pacientes con enfermedad cardiovascular. España; Fernández Luque F, Mora Robles J, Cantador Hornero M, Soto Sánchez MJ: 2014.

83. Fernández González EM, Figueroa Oliva DA. Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2018 [consultado el 25 de diciembre de 2020] ; 17( 2 ): 225-235. Disponible en: [Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares \(sld.cu\)](#)
84. Fernando Arós F , Estruch R, Dieta mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular, Revista Española de Cardiología, 2013 [Internet] 2012 [consultado el 25 de diciembre de 2020];66(10): 771-774. Disponible en: [Dieta mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular | Revista Española de Cardiología \(revespcardiol.org\)](#)
85. Galimany Masclans J, Díaz Rodríguez S, Pernas Canadell JC, Cuidados de enfermería al paciente sometido a cateterismo cardíaco y angioplastia coronaria, Enfermería en Cardiología [Internet] 2009 [consultado el 25 de diciembre de 2020]; 49 (1): 70-73. Disponible en: [49\\_11.pdf \(enfermeriaencardiologia.com\)](#)
86. Díaz Cortina E, Actividad sexual en pacientes cardiopatas, Revista mexicana de enfermería cardiologica [Internet] 2002 [consultado el 26 de diciembre de 2020];10(3): 106-108. Disponible en: [Actividad sexual en pacientes cardiopatas \(medigraphic.com\)](#)

## XII ANEXOS

**Tabla 3.A Lista total de diagnósticos de enfermería encontrados de acuerdo a la revisión sistemática de artículos en base a el PCE de IAM**

<b>Diagnostico de enfermería</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Afrontamiento familiar comprometido	1	.63
Afrontamiento ineficaz	4	2.54
Ansiedad	8	5.04
Baja autoestima crónica	2	1.26
Baja autoestima situacional	2	1.26
Conocimientos deficientes	3	1.89
Deterioro de la ambulación	2	1.26
Deterioro de la respiración espontánea	1	.63
Deterioro de la movilidad física	5	3.15
Diarrea	1	.63
Déficit de autocuidado	4	2.52
Descuido personal	1	.63
Disposición para mejorar la religiosidad	1	.63
Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico	1	.63
Desesperanza	1	.63
Deterioro de la movilidad en la cama	1	.63
Deterioro de la mucosa oral	2	1.26
Disponibilidad para mejorar el autoconcepto	1	.63
Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	1	.63
Deterioro de la comunicación verbal	1	.63
Deterioro de la memoria	1	.63
Disfunción sexual	1	.63
Dolor crónico	1	.63
Disposición para mejorar los conocimientos	2	1.26
Deterioro del intercambio de gases	1	.63
Disminución del gasto cardíaco	10	6.3
Dolor agudo	8	5.04
Deterioro de la integridad cutánea	7	4.41
Deprivación del sueño	1	.63
Disposición para mejorar los procesos familiares	1	.63
Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	1	.63
Deterioro de la movilidad en la cama	1	.63
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades	2	1.26
Desequilibrio nutricional por exceso	3	1.89
Estreñimiento	2	1.26
Estilo de vida sedentario	1	.63
Exceso de volumen de líquidos	2	1.26
Incontinencia urinaria de esfuerzo	2	1.26
Hipertermia	1	.63
Hipotermia	1	.63
Fatiga	2	1.26
Gestión ineficaz de la propia salud	1	.63

Insomnio	1	.63
Interrupción de la lactancia materna	1	.63
Intolerancia a la actividad	4	2.52
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	2	1.26
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	3	1.89
Mantenimiento ineficaz de la salud	2	1.26
Nauseas	2	1.26
Patrón respiratorio ineficaz	1	.63
Perfusión tisular periférica ineficaz	3	1.89
Riesgo de aspiración	4	2.52
Riesgo de baja autoestima situacional	1	.63
Riesgo de caída	2	1.26
Riesgo de confusión aguda	2	1.26
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	1	.63
Riesgo de déficit de volumen de líquido	1	.63
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	3	1.89
Riesgo de disminución del gasto cardíaco	4	2.52
Riesgo de intolerancia a la actividad	1	.63
Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano	1	.63
Riesgo de estreñimiento	2	1.26
Riesgo de infección	8	5.04
Riesgo de lesión	1	.63
Riesgo de nivel de glicemia inestable	2	1.26
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	2	1.26
Temor	2	1.26
Trastorno de la imagen corporal	2	1.26
Trastorno del patrón de sueño	3	1.89
Trastorno de la percepción sensorial	2	1.26
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia basada en la Revisión sistematizada, 2021

**Tabla 3.B Principales diagnósticos de enfermería encontrados en la revisión sistemática de artículos en base a el PCE de IAM.**

<b>Diagnóstico de enfermería</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Disminución del gasto cardíaco	10	6.3
Ansiedad	8	5.04
Dolor agudo	8	5.04
Riesgo de infección	8	5.04
Disposición para mejorar los conocimientos	2	1.26
Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico	1	.63
Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	1	.63
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaboración propia basada en la Revisión sistematizada, 2021.

**Tabla 4.A. Lista total de Intervenciones NIC de enfermería encontradas de acuerdo a la revisión sistemática de artículos en base a el PCE de IAM.**

<b>NIC</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Administración de medicación	1	1.14
Asesoramiento nutricional	1	1.14
Aspiración de las vías aéreas	1	1.14
Ayuda al autocuidado	1	1.14
Ayuda para dejar de fumar	1	1.14
Ayuda para disminuir el peso	1	1.14
Ayuda para ganar peso	1	1.14
Aumentar el afrontamiento	1	1.14
Cambio de posición	1	1.14
Cuidados cardiacos: agudos.	2	2.28
Cuidados cardíacos: rehabilitación.	1	1.14
Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial.	1	1.14
Control de hemorragias	1	1.14
Control de infecciones	1	1.14
Cuidados de la sonda gastrointestinal	1	1.14
Cuidados del sitio de inserción	1	1.14
Disminución de la ansiedad	2	2.28
Enseñanza: individual	8	9.12
Fomento del ejercicio	2	2.28
Fomento de la implicación familiar	1	1.14
Fomentar el sueño.	1	1.14
Manejo ambiental: confort	1	1.14
Manejo del dolor	3	3.42
Manejo de energía	1	1.14
Manejo de la arritmia.	1	1.14
Manejo de la hiperglucemia.	1	1.14
Manejo de la hipoglucemia	1	1.14
Manejo de la medicación	1	1.14
Manejo de la nutrición	4	4.56
Manejo de las vías aéreas	1	1.14
Manejo de líquidos	3	3.42
Manejo de líquidos / electrolitos	3	3.42
Manejo de los trastornos de la alimentación	1	1.14
Mejora de la imagen corporal	1	1.14
Mejora de la perfusión cerebral.	1	1.14
Mejorando de la tos	1	1.14
Monitorización de las extremidades inferiores	1	1.14
Monitorización de líquidos	4	4.56
Monitorización de signos vitales	3	3.42
Monitorización respiratoria	4	4.56
Oxigenoterapia	2	2.28
Precauciones cardiacas	3	3.42
Precauciones en el embolismo	1	1.14
Punción intravenosa	3	3.42
Restablecimiento de la salud bucal	2	2.28
Regulación de la temperatura.	1	1.14
Regulación hemodinámica	1	1.14

Sondaje vesical	1	1.14
Terapia de actividad	1	1.14
Terapia de ejercicios: deambulaci3n.	1	1.14
Terapia intravenosa (IV)	2	2.28
Vigilancia de la piel	2	2.28
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboraci3n propia basada en la Revisi3n sistematizada, 2021.

**Tabla 4.B. Principales intervenciones (NIC) de enfermería encontradas en la revisi3n sistemática de artículos en base a el PCE de IAM**

<b>NIC</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Enseñanza: individual	8	9.12
Cuidados cardiacos: agudos.	2	2.28
Disminuci3n de la ansiedad	2	2.28
Fomento del ejercicio	2	2.28
Asesoramiento nutricional	1	1.14
Ayuda para dejar de fumar	1	1.14
Cuidados cardíacos: rehabilitaci3n.	1	1.14
Manejo de la medicaci3n	1	1.14
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaboraci3n propia basada en la Revisi3n sistematizada, 2021.

**Tabla 5.A. Lista total de resultados NOC de enfermería encontrados de acuerdo a la revisión sistemática de artículos en base a el PCE de IAM**

<b>NOC</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Autocontrol de la ansiedad	2	3.76
Aceptación estado de salud	1	1.88
Afrontamiento de problemas	1	1.88
Autocontrol de la enfermedad cardiaca	1	1.88
Bienestar personal	1	1.88
Conocimiento: control de la diabetes	1	1.88
Control del dolor	1	1.88
Control de peso	1	1.88
Conducta de mantenimiento del peso	1	1.88
Creencias sobre la salud: amenaza percibida.	1	1.88
Conducta de fomento de la salud	3	5.64
Conocimiento: conservación de energía	2	3.76
Conocimiento: dieta prescrita	1	1.88
Conocimiento: proceso de enfermedad	1	1.88
Conocimiento: conducta sanitaria	1	1.88
Conocimiento: medicación	1	1.88
Conocimiento: actividad prescrita	1	1.88
Conocimiento: régimen terapéutico	2	3.76
Conocimiento: control de la diabetes	1	1.88
Conocimiento: control de la enfermedad cardíaca	2	3.76
Control del riesgo: consumo de tabaco	1	1.88
Control del riesgo: Salud cardiovascular	1	1.88
Detección del riesgo	1	1.88
Estado de comodidad: física	1	1.88
Estado respiratorio: ventilación	1	1.88
Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	1	1.88
Efectividad de la bomba cardíaca	3	5.64

Estado nutricional: ingestión de nutrientes	2	3.76
Estado de circulación	1	1.88
Hidratación	1	1.88
Imagen corporal	1	1.88
Nivel de ansiedad	1	1.88
Nivel de glucemia	1	1.88
Nivel de estrés	1	1.88
Orientación sobre la salud	1	1.88
Peso: masa corporal	1	1.88
Perfusión tisular pulmonar	1	1.88
Perfusión tisular: cardíaca	2	3.76
Respuesta a la medicación	1	1.88
Resistencia	1	1.88
Sueño	1	1.88
Signos vitales	1	1.88
Tolerancia de la actividad	1	1.88
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia basada en la Revisión sistematizada, 2021.

**Tabla 5.B Principales resultados (NOC) de enfermería encontrados en la revisión sistemática de artículos en base a el PCE de IAM**

<b>NOC</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Conducta de fomento de la salud	3	5.64
Efectividad de la bomba cardíaca	3	5.64
Autocontrol de la ansiedad	2	3.76
Conocimiento: régimen terapéutico	2	3.76
Conocimiento: dieta prescrita	1	1.88
Conocimiento: proceso de enfermedad	1	1.88
Conocimiento: medicación	1	1.88
Conocimiento: actividad prescrita	1	1.88
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaboración propia basada en la Revisión sistematizada, 2021.

