

corresponden al 83% de defunciones por enfermedad cardíaca isquémica. En Inglaterra la incidencia de IAM es de 53 por cada 100.000 para la población entre 65 y 74 años de edad, siendo esta cifra mucho más alta en la población mayor de 85 años de edad, en la cual asciende a 199 por cada 100.000 (Pemberthy-Lopez, 2016). En nuestro país Ecuador, en el 2014 [la enfermedad isquémica cardíaca](#) corresponde [la sexta causa de muerte en la población general según el Instituto Nacional de Estadística y Censos](#) (Censos, 2017). Para el año 2017 esta patología asciende como [la principal causa de muerte en hombres y mujeres](#) con 7.404 defunciones al año; En los hombres con 4.230 defunciones y en la mujeres con 3.174 defunciones (Cruz, 2016).

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA ¿Cuál es el Comportamiento [del Síndrome Coronario Agudo en el Adulto Mayor?](#) 1.2. OBJETIVOS 1.2.1. OBJETIVO GENERAL Describir el comportamiento [del Síndrome Coronario Agudo en el Adulto Mayor](#). 1.2.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS ? [Identificar los signos y síntomas del Síndrome Coronario Agudo en el Adulto Mayor](#). ? Establecer [los principales cuidados de enfermería para el adulto mayor con Síndrome Coronario Agudo](#). ? Determinar [los principales fármacos para el tratamiento del Síndrome Coronario Agudo en el Adulto Mayor](#).

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO Las enfermedades cardiovasculares se consideran las responsables de un tercio de las muertes producidas en el mundo, al año fallecen 17, 5 millones de personas debido a esto. Cada dos segundo ocurre una muerte por enfermedad cardiovascular en el mundo y cada cinco segundos un Infarto Agudo de Miocardio (IAM)(Moreno, 2016). La importancia de este estudio se basa en educar al lector sobre el comportamiento del Síndrome Coronario Agudo en el Adulto mayor y de esta manera pueda reconocer e identificar cuáles son los signos y síntomas característicos de esta patología que nos puede llevar a realizar una detección temprana de la misma, además se abordara los cuidados de enfermería que se deben aplicar, así como su tratamiento farmacológico que es de gran vitalidad y los cuidados de enfermería que se deben emplear frente a un adulto mayor con SCA, de esta manera el lector podrá tener más conocimiento y tomar las debidas medidas de prevención como cambios alimentarios o estilos de vida saludables que pueden prevenir el apareamiento del SCA. Esta investigación [está dirigida a toda la población en especial a los adultos mayores](#) quienes serán los más beneficiados puesto que ellos están más propensos a sufrir de enfermedades cardíacas debido a que experimentan cambios en su organismo tanto a nivel biológico, psicológico y social, por lo mismo requieren de mayor cuidado que una población joven. Por tal motivo, nosotras como internas de enfermería, vemos la importancia de dar a conocer este tema que ha causado un notable índice de mortalidad a nivel mundial; teniendo como objetivo principal describir el Síndrome Coronario Agudo en el adulto mayor.

CAPÍTULO 2 MARCO TÓRICO CONCEPTUAL Síndrome Coronario Agudo El SCA se define como un conjunto de manifestaciones clínicas producidas habitualmente por la ruptura de una placa de ateroma. Esta determina la formación de un trombo intracoronario causando las diferentes entidades clínicas dependiendo del grado de estenosis que provoque en la luz del vaso o en la circulación colateral llegando así a las siguientes manifestaciones. (Esteban, 2016). Cuando hay una oclusión completa de luz generalmente se lo conoce como: - [Síndrome Coronario Agudo con Elevación del Segmento ST](#). Cuando hay [una](#) oclusión parcial con aumento de marcadores de daño miocárdico con frecuencia se lo conoce como: - [Síndrome Coronario Agudo sin Elevación del Segmento ST](#). Cuando hay estenosis parcial sin elevación de estos marcadores, en la mayoría de los casos se lo conoce como: - Angina Inestable Según Quintana (2016): "La presentación de Isquemia Miocárdica aguda en tiempo pasado era considerada como angina o infarto subendocárdico. En 1985, el termino Síndrome Coronario Agudo fue introducido por Fuster para diferenciar los eventos fisiopatológicos específicos de la angina inestable y el infarto de miocardio de la enfermedad coronario estable". El SCA, es un término estratégico de gran utilidad en la evaluación en primera instancia de los pacientes con dolor torácico, incluye además varios de los tipos de (IAM) [Infarto Agudo de Miocardio, con o sin elevación del segmento ST](#), además de [la Angina Inestable](#).

Anatomía y Fisiopatología Respecto a la anatomía coronaria es importante conocer que la alimentación de todo el corazón, irrigación miocárdica, se lleva a cabo únicamente por dos arterias coronarias principales: ? La coronaria izquierda ? La coronaria derecha De la coronaria izquierda nace un tronco común del que se desarrollaran dos arterias: ? [La arteria descendente anterior y ? La arteria circunfleja](#) que [se](#) encargaran de irrigar, [en](#) condiciones normales del ventrículo izquierdo, siendo el principal favorecedor de la eyección del flujo arterial sistémico. La coronaria derecha también se encargará de una parte de la cara inferior del ventrículo izquierdo y el ventrículo derecho, así como gran parte del sistema eléctrico del corazón, aunque la cardiopatía isquémica no se pueda considerar como únicamente representada por la presencia de lesiones coronarias, en la mayor parte de los casos, la aparición del cuadro clínico del SCA queda confirmada por la presencia de una lesión en una arteria coronaria. (Esteban, 2016). Respecto a la fisiopatología de un SCA, sería complejo explicar que realmente causa esta situación de forma causal pero generalmente se da por la acumulación de depósitos grasos o placas de ateroma (arterosclerosis) sobre [las paredes de las arterias coronarias y en los vasos sanguíneos](#) que [transportan el oxígeno y los nutrientes a los músculos cardíacos](#). Cuando un depósito de [placa se rompe o se abre](#), se forma un [coágulo](#) sanguíneo, este coágulo [obstruye el flujo sanguíneo](#) hacia los músculos cardíacos por lo tanto va a ocasionar que haya un bajo [suministro de oxígeno a las células](#) del mismo y por ende ciertas [células de los músculos cardíacos pueden morir](#). La muerte de las células a los tejidos musculares, se le denomina como un ataque cardíaco o simplemente un infarto de miocardio. (Clinic, 2019). Características de la angina de pecho estable Aparece cuando el corazón debe trabajar más, como cuando se realiza ejercicio o suben escaleras, el corazón necesita más sangre, pero al músculo le cuesta más obtener suficiente sangre si las arterias están estrechadas. Generalmente, puede predecirse, y el dolor suele ser similar a otros dolores de pecho. Dura poco tiempo, quizás, cinco minutos o menos. Desaparece más rápido si descansas o si tomas un medicamento para la angina de pecho. - La gravedad, la duración y el tipo de angina de pecho pueden variar. Los signos nuevos o diferentes pueden indicar una forma más peligrosa de angina de pecho (angina de pecho inestable) o un ataque cardíaco (Mayo Clinic, 2018). Características de la angina de pecho inestable Se presenta incluso mientras se está en reposo. Es una modificación del patrón normal de la angina de pecho. Es inesperada. Generalmente, es más grave y dura más que la angina de pecho estable, quizás 30 minutos o más. Puede no desaparecer con el reposo ni al consumir medicamentos para la angina de pecho. Podría indicar un ataque cardíaco. Según (Howlett, 2019) "La angina inestable se considera un síndrome coronario". Además, asegura que cualquier cambio que ocurra en las características de la angina de pecho puede ser grave, puesto que podría reflejar un estrechamiento súbito de una arteria coronaria, esto como consecuencia de la rotura de un ateroma o formación de un coágulo, llegando a obtener un alto porcentaje de riesgo de sufrir un infarto del miocardio. Cambios del sistema cardiovascular en el envejecimiento En las personas mayores hay cambios en el funcionamiento del corazón y los vasos sanguíneos secundario al envejecimiento y a las adaptaciones de este. El aparato cardiovascular lo componen el corazón y los vasos sanguíneos, arterias y venas, la función del corazón como ya es de conocimiento que se basa en el bombeo de sangre para que este circule a través de las arterias y así llevar al organismo el oxígeno y otros nutrientes y por las venas se recogen los productos de desecho. (Queral, 2016). El corazón consta básicamente de cuatro cavidades: ? Dos aurículas ? Dos ventrículos - Las aurículas funcionan como cámaras de entrada de la sangre desde las venas, mientras los ventrículos impulsan la sangre hacia las arterias. El control del paso de unas a otras se realiza por las válvulas y de esta manera el corazón funciona como una bomba hidráulica. [Tanto el corazón como los vasos sanguíneos presentan una estructura similar: - Una capa interna o íntima \(endocardio\) - Una capa](#) muscular, especialmente importante en los ventrículos y casi inexistente en las venas. - Una capa externa (adventicia) de material fibroso que protege al conjunto. "Con el paso del tiempo en los adultos mayores las arterias pierden elasticidad a causa del aumento del grosor de la pared media muscular, lo que dificulta el paso de la sangre por el estrechamiento del calibre del vaso y facilita el desarrollo de la hipertensión arterial, también se produce un depósito de grasas (colesterol) en la íntima, que se calcifican formando placas, lo que

aumenta el tamaño de la pared arterial y empeora la rigidez". (Queralt, 2016). - En las venas los cambios son escasos y tienen lugar básicamente en las extremidades inferiores, debido a la delgadez de la capa media muscular dando así lugar a la aparición de las varices. Cambios múltiples del corazón en los adultos mayores Aumento del grosor de la pared del ventrículo izquierdo por aumento del colágeno y la grasa entre las células musculares, que disminuyen en número. Aumento del grosor de la capa interna de todas las cavidades cardíacas. Aumento del grosor de las válvulas cardíacas, que además se calcifican. Disminución de las células "marcapasos" que son las células cardíacas encargadas de crear la electricidad que genera el latido del corazón, con fibrosis del tejido de conducción del impulso eléctrico. SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO Las manifestaciones clínicas del síndrome coronario agudo, que regularmente inician de manera abrupta, se manifiestan por presentar las siguientes sintomatologías: Dolor o molestias en el pecho (angina de pecho), que suele describirse como dolor leve y continuo, presión o ardor Dolor que se irradia desde el pecho hasta los hombros, los brazos, la parte superior del abdomen, la espalda, el cuello o la mandíbula Náuseas o vómitos Indigestión Dificultad para respirar (disnea) Excesiva sudoración repentina (diaforesis) Aturdimiento, mareos o desmayos Fatiga inusual o sin causa aparente Inquietud o ansiedad **FACTORES DE RIESGO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO** (SCA) Los factores de riesgo de síndrome coronario agudo incluyen los siguientes: Edad mayor (más de 45 años en el caso de los hombres y más de 55 años en el caso de las mujeres) Presión arterial alta Nivel alto de colesterol en sangre Tabaquismo Falta de actividad física Dieta poco saludable Obesidad o sobrepeso Diabetes Antecedentes familiares de dolor torácico, enfermedad del corazón o accidente cerebrovascular En el caso de las mujeres, antecedentes de presión arterial alta, preeclampsia o diabetes durante el embarazo. Según (Beatriz, 2018) nos indica que: "El 90% de los infartos de tipo cardíaco que se producen se relaciona a los principales factores de riesgos o marcadores que hacen más prevalente la aparición de esta las cuales son conocido como, la hipertensión, los niveles de colesterol elevado, el tabaquismo, la diabetes y la obesidad". Considerándose como factores modificables y por lo tanto prevenibles. **DIAGNÓSTICO** Electrocardiograma El electrocardiograma es el estudio paraclínico de mayor relevancia para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes que sufren algunas de las manifestaciones clínicas del síndrome coronario agudo, al ser un instrumento de gran disponibilidad y de bajo costo y lo cual indica un buen pronóstico, aunque su sensibilidad diagnóstica ante los síndromes coronarios agudos está condicionada por el momento en que se realiza el ECG y por la presencia de sintomatología. (Bates, 2016). "La realización de un ECG es de vital importancia cuando el paciente se encuentra sintomático, ya que de esa forma se pueden encontrar cambios en el segmento ST (> 0.05 mm) durante un evento anginoso en reposo y si dichos cambios desaparecen cuando el paciente se encuentra asintomático, se sugieren fuertemente que hay la presencia de isquemia aguda. Todo paciente con dolor sugestivo de isquemia miocárdica cuyo ECG en reposo es normal, no excluye el diagnóstico de SCA pues se conoce que el 1% de la población puede tener IAM y hasta el 4% SCA sin elevación del ST (angina inestable)". (Bates, 2016) "En los adultos mayores después de la historia clínica y obtener los resultados del electrocardiograma puede mostrar cambios de base que pueden generar factores de confusión al momento de evaluar un posible SCA. Existe una alta prevalencia de bloqueo de rama izquierda y alteraciones en la morfología del segmento ST y onda T en este grupo de pacientes".(Pemberthy-López et al., 2016). "Las arritmias ventriculares complejas detectadas por ECG ambulatorios de 24 horas aumentan significativamente la incidencia de nuevos eventos coronarios hasta 2,4 veces" (Civeira Murillo et al., 2015). - Los adultos mayores con SCA son más propensos a tener hallazgos inespecíficos en el ECG comparados con pacientes más jóvenes. Es menos probable que se presenten con elevación del segmento ST (31,4% frente a 50.1%) y más probabilidades de presentar bloqueo de rama izquierda (8% versus 0,6%). Los adultos mayores son más propensos a tener arritmias y evidencia de IAM previo, los cuales conducen a ECG no diagnósticos con mayor frecuencia, en presencia de IAM. **TRATAMIENTO** El tratamiento del síndrome coronario agudo intenta aliviar la tensión, interrumpir la formación de coágulos sanguíneos, **revertir la isquemia, limitar el tamaño del infarto**, reducir la carga de trabajo sobre el miocardio, prevenir y tratar las complicaciones. Los fármacos utilizados dependen del síndrome coronario agudo e incluyen: ? Antitrombóticos - Van dirigidos a disminuir el componente trombotico para mantener la arteria lo más abierta posible. Su efectividad es mayor cuanto mayor sea el componente del trombo, y será ineficaz si el componente trombotico es mínimo o inexistente. - Dentro de los fármacos antitrombóticos contamos con anti plaquetarios y anticoagulantes:(Condo Jean, 2016) 1. Antiplaquetarios - Aspirina La dosis recomendada es de 162 a 325mg en pacientes no tomadores previamente. La vía de administración es la oral mediante comprimidos.(Civeira Murillo et al., 2015) - Clopidogrel Debe administrarse, en vez de aspirina, a todos los pacientes diagnosticados de SCA y que tengan intolerancia conocida, una dosis de 300mg.(Civeira Murillo et al., 2015). 2. Anticoagulantes Todos los pacientes adultos mayores diagnosticados de SCA deben estar anti coagulados, además de antiagregados dicha combinación es la que más ha manifestado la disminución de mortalidad en este grupo.(Civeira Murillo et al., 2015). A demás debe considerarse el riesgo de hemorragia antes de elegir uno u otro fármaco anticoagulante. - Heparina sódica (HNF) Puede utilizarse como anticoagulante en todos los pacientes, independientemente de la estrategia elegida que se vaya a utilizar. Según (Condo Jean, 2016) nos indica que: "La dosis es individual, y debe iniciarse con un bolo de 60-70U/kg (no debe superar las 4.000-5.000U) seguido de una perfusión de 12-15U/kg/h. se controla mediante tiempo trombotoplastina parcial activado cada 4 horas, hasta conseguir el nivel de anticoagulación adecuado, que se sitúa entre 1,5-2 veces el control (50- 70s)". - Enoxaparina -, "Se recomienda sobre todos la enoxaparina por ser la mejor estudiada en todos los pacientes con SCA. Dosis de 1mg/kg por vía subcutánea cada 12 horas. En caso de insuficiencia renal ajustar dosis. En personas de edad superior a 75 años se debe utilizar dosis menores (se recomienda 0,75mg/kg)". (Condo Jean, 2016). Inhibidores directos de trombina. Bivalirudina 3. Anti isquémico ? Nitratos: nitroglicerina ? Si hay dolor isquémico, y para su tratamiento específico se utilizará nitroglicerina (0,4mg/5min hasta 3 dosis). - "Por vía intravenosa se utilizará como vasodilatador de las arterias colaterales y periféricas. Tiene su principal indicación en el paciente que presenta con persistencia del dolor a pesar de nitritos sublinguales, el paciente hipertenso o el paciente con signos de insuficiencia cardiaca izquierda".(Civeira Murillo et al., 2015). 4. Betabloqueantes Su principal indicación es evitar el efecto perjudicial de las catecolaminas. Su demostrado efecto anti isquémico se debe a la inhibición competitiva del efecto de las catecolaminas circulantes sobre el miocardio. Disminuyen el consumo miocárdico de O2. Su utilidad se ha demostrado desde hace años, sobre todo para prevenir el infarto del miocardio. - "Deben utilizarse por vía oral, en las primeras 24h, en los pacientes que no tengan signos de IC o en los que el riesgo de presentarla sea mayor que el beneficio anti isquémico buscado".(Civeira Murillo et al., 2015). ? Antagonistas de calcio "Puede utilizarse diltiacem o verapamil para quitar el dolor recurrente si hay contraindicación para betabloqueantes, sobre todo en enfermedad pulmonar reactiva o asma".(Civeira Murillo et al., 2015). ? Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) Son medicamentos con gran importancia para el manejo del Síndrome Coronario Agudo, agregado con otros fármacos como aspirina, estatinas, y de esta manera reducir la morbimortalidad ya sea temprana o tardía en pacientes con esta afección. **CUIDADOS DE ENFERMERÍA** La labor de enfermería tiene una especial importancia en el manejo del SCA; su trabajo no es solo a pie de cama administrando tratamiento para esta patología sino también en la prevención y detección precoz de las complicaciones. (Díaz Leonardo, 2017) Según (Díaz Leonardo, 2017) nos indica que: La actuación enfermera se realizará a través de la observación, diagnóstico de enfermería, planeación, intervención y evaluación. Las medidas generales que se realizan ante todo paciente con dolor precordial o con síntomas de un SCA son: Guiar al paciente hasta tranquilizarlo, mediante información y comunicación se eliminará la ansiedad que genera el dolor. El paciente se mantendrá en reposo absoluto, para de esta forma reducir la necesidad de requerimiento de oxígeno. La enfermera asistirá el dolor, en primera instancia

deberá identificarlo, localizarlo, conocer las características, la irradiación, la cronología y los síntomas que pueden acompañarlo. Control continuo de constantes vitales, tanto la frecuencia cardiaca, la tensión arterial, la temperatura y la saturación de oxígeno son muy variables en pacientes con SCA. Canalización de una vía venosa periférica. Oxigenación, en toda sospecha de SCA se suministrará oxígeno inicialmente a 4 litros/minuto con gafas nasales, con el objetivo de mantener una SATO2 al 95%. CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA La presente investigación es una revisión bibliográfica, con un enfoque descriptivo- retrospectivo, es descriptivo porque permite describir el Síndrome Coronario Agudo, los síntomas que presenta y su tratamiento; es retrospectivo debido a que se obtuvo información de estudios realizados previamente. Además, tiene tipología cuantitativa puesto que se detallan datos estadísticos relevantes sobre índices de mortalidad de esta patología tanto a nivel mundial como nacional. Las fuentes bibliográficas donde se recolectó la información se obtuvieron de los siguientes buscadores: PudMed, Redalyc, Scielo, Google Académico, Organización Mundial de la Salud, información de las Guías Prácticas Clínicas del [Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censo](#), y Repositorio de la Universidad Estatal de Milagro, las mismas que contienen información relevante sobre el tema a tratar. En esta revisión bibliográfica se emplearon diferentes temas de búsqueda como "Síndrome Coronario Agudo", "signos y síntomas del SCA", "Tratamiento farmacológico en adultos mayores con SCA" y "Cuidados de Enfermería en el adulto mayor con SCA". Se seleccionó estudios realizados desde el año 2015 hasta el año 2019, con una diferencia de 4 años de actualización; Para las referencias bibliográficas se emplearon normas APA 6ta Edición. CAPÍTULO 4 DESARROLLO DEL TEMA Envejecer [es un proceso natural e inevitable que involucra](#) diversos [factores](#) tanto [genéticos, biológicos, fisiológicos, socio ambiental y cultural](#), los mismos [que se observan en el](#) desgaste consecutivo [del organismo](#) (Calero Morales, 2016). [La Organización Panamericana de la Salud \(OPS\) considera adultos mayores, a aquellas personas que tienen 60 años o más](#), considerando [la esperanza de vida de la población regional y las condiciones](#) que se presentan [en el envejecimiento](#). La [Organización de las Naciones Unidas \(ONU\)](#), considera que [el](#) envejecimiento es un destello de la superación del proceso evolutivo humano, pues denota supervivencia. Para la (OMS) se envejece a partir del momento en que se nace. (M.J. De Valle-Alonso, 2014). El corazón es un órgano con función de bomba dual de succión y compresión, que propulsa la sangre a través del sistema circulatorio en un bucle infinito de circulación (pulmonar y sistémica), situado en el mediastino medio, con forma de pirámide triangular invertida, sus dimensiones así como su forma y situación depende de las características generales de la persona, además depende de la edad y el sexo. Dentro de esto también encontramos características individuales del tórax del individuo, es decir, si la persona es de textura alta y delgada, el corazón tendrá una situación casi vertical, y lo opuesto si la persona es baja de estatura y con un tórax más ancho, este tendrá una inclinación más horizontal. (Tinoco & Mejía, 2014) [La angina de pecho, es un dolor](#) temporal [en el pecho](#) a causa de la disminución del flujo sanguíneo hacia el músculo cardíaco. A causa de esto no hay suficiente oxígeno en el músculo del corazón lo que genera el dolor en el pecho, cabe mencionar que la angina no es un ataque al corazón pero su presencia es un indicador de un mayor riesgo de padecerlo. (Clinic, 2018). Angina pectoris es el otro nombre para mencionar la angina de pecho y se le suele describir como una compresión, presión, pesadez o dolor en el pecho que ciertas personas lo manifiestan como la sensación de una prensa oprimiendo el pecho (Clinic, 2018). La Angina Inestable y el SCA sin elevación del segmento ST, en su mayoría se acompaña de molestia torácica prolongada, referida como dolor, los síntomas concomitantes que se presentan son la náusea, diaforesis o disnea, una sensación de malestar general o agotamiento intenso (Mejía, 2014) En una gran proporción de personas existe dolor atípico que suele manifestarse como debilidad, decaimiento o molestia vaga, de hecho se conoce que alrededor del 37% en mujeres y 27 % en varones es asintomático. El dolor atípico se presenta con mayor frecuencia en ancianos y en mujeres. Una cantidad considerable de SCA se presenta en las primeras horas de la mañana debido a que el Cortisol alcanza sus mayores concentraciones en sangre en las primeras horas de la mañana. Se pueden identificar signos acompañantes como náusea, vómito, diaforesis, mareo, síncope y palpitaciones (Tinoco & Mejía, 2014) Una revista médica clínica de Condes (Chile) manifiesta que en EE.UU la incidencia de IAM según fundamentos de NHANES es de 660.000 afectados con un nuevo evento coronario al año, considerándose como primera causa de hospitalización por IAM o muerte por cardiopatía coronaria, con un promedio de edad de 65,1 años para los hombres y 72 años para las mujeres (Llancaqueo, 2017). En Estados Unidos se notifican 17 600 000 adultos con enfermedades cardiovasculares, de estos 10 200 000 tienen angina de pecho y 8 500 000 ha sufrido un infarto agudo de miocardio; cada año 213 000 fallecen, 7 855 000 experimentarán nuevos eventos isquémicos y 470 000 tendrán recurrencia de estos eventos (Poll Pineda, Rueda Macías, Poll Rueda, & Linares Despaigne, 2017). Una Revista de enfermedades cardiovasculares de Ecuador publicó una carta científica donde realizaron un estudio prospectivo, descriptivo, no experimental en una población de 14187 pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Emergencias del Hospital Verdi Cevallos Balda del Cantón Portoviejo en Ecuador, en el período de noviembre de 2009 a octubre de 2010. La muestra quedó constituida por los 204 que ingresaron por dolor torácico isquémico. Considerando variables como el sexo, edad, procedencia, presentación clínica y factores de riesgo, de este estudio el 69,1% de los pacientes fueron varones, con predominio de edad comprendido de 40 y 70 años (52,4%), seguidos de los de más de 70 (42,2%). Solo un 5,4% tenía menos de 40 años. El 62,7% de la muestra (128 pacientes) tuvo diagnóstico de angina inestable, 5 (2,4%) presentaron infarto agudo de miocardio y solo 1 (0,5%), muerte súbita (Hoz & Mantilla, 2018). CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES Mediante la selección y revisión de artículos publicados desde el año 2014 a 2019 por autores interesados en la temática estudiada que es el Síndrome Coronario Agudo (SCA) y la problemática que este ocasiona a nivel mundial, llegamos a las siguientes conclusiones: Entre los síntomas más comunes del SCA, tenemos el dolor torácico retroesternal con un setenta y uno coma quince por ciento, considerándose como el más frecuente, mientras que la disnea se presenta con un veintidós por ciento, siendo el síntoma menos frecuente. El cuidado de enfermería de mayor relevancia es la monitorización de signos vitales con treinta y cuatro coma dos por ciento, esto incluye la medición de presión [arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y temperatura](#), y como un cuidado de menos relevancia se encuentra con un veintiuno coma cuatro por ciento, [la canalización de una vía venosa, la](#) misma que sirve para administrar medicación al paciente por vía intravenosa. El fármaco más utilizado para el tratamiento de SCA en adultos mayores es el Clopidrogel, con un noventa y dos coma dos por ciento, le sigue la Enoxaparina con un ochenta y nueve coma nueve por ciento, mientras que con un dos coma siete por ciento se encuentra la Morfina, considerándose como el fármaco menos utilizado. En el SCA se puede presentar una angina de pecho y esta puede ser estable o inestable, según la revisión bibliográfica realizada la que predomina es la Angina de Pecho Inestable con un veintinueve coma tres por ciento, mientras que la Angina de Pecho Estable solo se muestra en un cinco coma tres por ciento de los artículos revisados. Además se obtuvo como resultado que el SCA se presenta en mayor instancia con elevación del segmento ST con un cuarenta y nueve coma nueve por ciento.