Duazary / Vol. 23 - 2026/ e7573
DOI: https://doi.org/10.21676/2389783X.7573

CC BY NC SA

Artículos del VIII Congreso Internacional en Salud Integral

Cuidado integral de enfermería en la unidad de cuidados intensivos a una paciente con infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2: reporte de caso

Comprehensive nursing care in the intensive care unit for a patient with acute myocardial infarction, arterial hypertension, and type 2 diabetes mellitus: A case report

Ediltrudis Ramos-De La Cruz[1]* Tatiana González-Noguera[2]* Rosemary Castañeda-Mercado[3]*

Para citar este artículo: Ramos-De La Cruz E, González-Noguera T, Castañeda-Mercado R. Cuidado integral de enfermería en la unidad de cuidados intensivos a una paciente con infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2: reporte de caso. Duazary. 2026;23(número especial):e7573. https://doi.org/10.21676/2389783X.7573

Recibido en julio 15 de 2026
Aceptado en agosto 19 de 2026
Publicado en línea en septiembre 21 de 2026

RESUMEN

El infarto agudo de miocardio (IAM) es la urgencia cardiovascular más frecuente y una de las principales causas de muerte. Se describe el caso de una mujer de 58 años con IAM con elevación del segmento ST inferior, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, ingresada en la unidad de cuidados intensivos. Se ejecutó un plan integral de enfermería con vigilancia hemodinámica, control glucémico, prevención de complicaciones, manejo del dolor y la ansiedad, y educación para el autocuidado. La evolución fue favorable. El cuidado de enfermería centrado en la persona favoreció la estabilización clínica y la prevención secundaria.

Palabras clave: infarto del miocardio; cuidados críticos; atención de enfermería.

ABSTRACT

Acute myocardial infarction (AMI) is the most frequent cardiovascular emergency and one of the leading causes of death. This report describes the case of a 58-year-old woman with inferior ST-segment elevation AMI, arterial hypertension, and type 2 diabetes mellitus, admitted to the intensive care unit. A comprehensive nursing care plan was implemented, integrating hemodynamic monitoring, glycemic control, prevention of complications, management of pain and anxiety, and self-care education. The clinical course was favorable. Person-centered nursing care favored clinical stabilization and secondary prevention.

Keywords: Myocardial infarction; Critical care; Nursing care.

1. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: eramos@unimagdalena.edu.co - https://orcid.org/0000-0002-7851-8796
2. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: tgonzalez@unimagdalena.edu.co - https://orcid.org/0000-0002-1095-1219
3. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: rcastaneda@unimagdalena.edu.co - https://orcid.org/0000-0002-0513-2235

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares representan el principal motivo de muerte en todo el mundo y, entre ellas, la cardiopatía isquémica lidera esa carga, con alrededor de nueve millones de fallecimientos cada año.[1,2] El infarto agudo de miocardio (IAM), la forma clínica más grave de dicha cardiopatía, se reconoce por la presencia de daño miocárdico agudo, que se confirma cuando los biomarcadores cardíacos se elevan en un escenario de isquemia miocárdica aguda.[3] Este cuadro se inscribe dentro de los síndromes coronarios agudos, cuyo desenlace está estrechamente ligado al tiempo transcurrido hasta la reperfusión y a la coordinación entre los servicios de urgencias y de cuidado intensivo.[4]

Tanto la forma de presentación como el pronóstico del IAM varían según el sexo. En las mujeres los síntomas suelen ser menos característicos y aparecer de manera más tardía; además, tienden a tener más edad y a acumular comorbilidades como hipertensión arterial y diabetes mellitus, condiciones vinculadas a desenlaces más desfavorables.[5] La diabetes, de manera particular, eleva tanto la frecuencia como la mortalidad del síndrome coronario agudo, y la hiperglucemia durante la fase aguda se comporta como un factor pronóstico independiente de complicaciones; por ello, mantenerla bajo control constituye una parte esencial del tratamiento.[6,7]

En ese contexto, la enfermería ocupa un lugar protagónico. Al profesional de enfermería le corresponden la valoración inicial, la vigilancia constante, la administración segura de los fármacos, la identificación temprana de complicaciones y la orientación tanto del paciente como de su familia.[8] En el entorno de la unidad de cuidados intensivos (UCI) recae en él, asimismo, la prevención de eventos adversos ligados a la hospitalización, entre ellos las lesiones por presión, cuya aparición es frecuente en el enfermo crítico, pero evitable con cuidados sistemáticos.[9] Los estudios disponibles señalan que las intervenciones dirigidas por enfermería optimizan el control de los factores de riesgo, refuerzan la adherencia al tratamiento y mejoran los resultados tras un síndrome coronario agudo.[10-12] De igual modo, la rehabilitación cardiaca, junto con las estrategias educativas y de prevención secundaria, disminuye la mortalidad, los reingresos y la reaparición de nuevos eventos.[13-15]

Pese a este respaldo, son escasos los trabajos que documenten de forma pormenorizada, paso a paso, cómo se aplica el proceso de enfermería en la UCI ante un IAM acompañado de comorbilidad cardiometabólica, sobre todo en el ámbito latinoamericano. Los estudios disponibles se han centrado, en su mayoría, en intervenciones lideradas por enfermería en atención primaria o en el seguimiento ambulatorio tras el alta; se trata de ensayos y revisiones que muestran mejoras en la adherencia, en el control de los factores de riesgo y en los reingresos.[10-12,16] Sin embargo, comparten limitaciones relevantes: se orientan a la prevención secundaria y no a la etapa aguda intrahospitalaria; describen los desenlaces, pero rara vez detallan el razonamiento clínico ni la secuencia de diagnósticos, intervenciones y resultados; y prestan escasa atención a la coexistencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, que modifica el pronóstico y las prioridades del cuidado. Buena parte de estas intervenciones se ha fundamentado, de forma explícita o implícita, en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, que concibe al paciente como agente de su propio cuidado y orienta la educación para el autocuidado.[16,17]

La novedad de este caso radica en documentar, de manera estructurada, el proceso de enfermería durante la fase crítica del IAM en una paciente con la doble comorbilidad de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, y en articular el cuidado técnico con la educación para el autocuidado y la participación de la familia, un abordaje detallado que la literatura revisada no ofrece. En consecuencia, el propósito de este reporte fue exponer el proceso de cuidado integral de enfermería llevado a cabo en la UCI con una paciente que presentaba IAM, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, y examinar su aporte a la estabilización clínica, a la prevención de complicaciones y a la educación para el autocuidado.

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Mujer de 58 años, dedicada a las labores del hogar y residente en una zona urbana del departamento del Magdalena (Colombia). Entre sus antecedentes figuraban hipertensión arterial de ocho años de evolución y diabetes mellitus tipo 2 de diez años, ambas con seguimiento terapéutico irregular. Acudió a urgencias por un episodio de dos horas de evolución de dolor torácico opresivo retroesternal, irradiado hacia la mandíbula y el brazo izquierdo, acompañado de sudoración profusa, náuseas y disnea de esfuerzo progresiva.

En el momento del ingreso se registraron una presión arterial de 158/95 mmHg, una frecuencia cardiaca de 102 latidos por minuto, una frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto y una saturación de oxígeno del 91% con aire ambiente, con crépitos en ambas bases pulmonares (Killip II). El electrocardiograma mostró elevación del segmento ST en las derivaciones inferiores (II, III y aVF), la troponina de alta sensibilidad resultó elevada y la glucemia capilar fue de 268 mg/dL. Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de IAM con elevación del segmento ST de cara inferior, clase Killip II, en una paciente con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Por la clase Killip II, la coexistencia de hipertensión y diabetes, la edad y la elevación de la troponina, el caso se clasificó como de alto riesgo cardiovascular (Tabla 1).

En la valoración del estado mental, la paciente se encontraba alerta, orientada en persona, tiempo y espacio, con lenguaje coherente y sin focalización neurológica (Glasgow 15/15). En el plano emocional presentaba facies álgica y de angustia, y refería miedo a morir y preocupación por su familia, con signos de ansiedad como inquietud psicomotriz y verbalización de temor, sin ideación depresiva ni alteraciones de la percepción.

Tabla 1. Evolución de los signos vitales y paraclínicos seleccionados durante la atención.

Parámetro	Ingreso a urgencias	UCI (24 horas)	Egreso
Presión arterial (mmHg)	158/95	132/82	124/78
Frecuencia cardiaca (lpm)	102	84	76
Frecuencia respiratoria (rpm)	22	18	17
Saturación de O_2 (%)	91 (aire ambiente)	96 (con O_2)	97 (aire ambiente)
Clase de Killip	II	I-II	I
Glucemia (mg/dL)	268	150	118
Segmento ST	Elevado (II, III, aVF)	En resolución	Isoeléctrico
Troponina de alta sensibilidad	Elevada	En descenso	En descenso

UCI: unidad de cuidados intensivos.

En urgencias se iniciaron la monitorización electrocardiográfica continua, la oxigenoterapia para sostener una saturación ≥94%, la doble antiagregación plaquetaria, la anticoagulación, la analgesia y el control de la glucemia con insulina, a la vez que se activó la ruta de reperfusión conforme a los tiempos definidos por la institución.[4] Una vez estabilizada, se trasladó a la unidad de cuidados intensivos para su vigilancia y cuidado especializado.

El plan farmacológico exigió una vigilancia estrecha de los posibles efectos secundarios por parte del personal de enfermería. Con la doble antiagregación y la anticoagulación se vigilaron los signos de sangrado (gingivorragia, hematuria y sangrado en los sitios de punción) y las cifras de hemoglobina; con los nitratos y los antihipertensivos, la aparición de hipotensión y cefalea; con el betabloqueador, la bradicardia y la hipotensión; con el inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, la hipotensión, la función renal y el potasio sérico; con la estatina de alta intensidad, las mialgias; con la insulina, la hipoglucemia, mediante controles seriados de glucemia; y con la analgesia opioide, la depresión respiratoria, la hipotensión y las náuseas.

Durante la estancia hospitalaria, la paciente fue evaluada por un equipo interdisciplinario integrado por medicina de cuidado intensivo, cardiología, medicina interna y endocrinología (para el control de la hipertensión y la diabetes), nutrición y dietética, fisioterapia y rehabilitación cardiaca, psicología y enfermería. En la UCI, el cuidado de enfermería se estructuró conforme al proceso de enfermería. A partir de una valoración por patrones funcionales se formularon los diagnósticos y se aplicaron las intervenciones y los resultados con base en las taxonomías estandarizadas NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification) (Tabla 2). Entre las acciones ejecutadas se incluyeron la monitorización hemodinámica y electrocardiográfica continua con atención a las arritmias de reperfusión, la optimización del estado hemodinámico y del balance de líquidos, la profilaxis antitrombótica, el control estricto de la glucemia, el manejo del dolor, la reducción de la ansiedad, la prevención de lesiones por presión mediante la estimación del riesgo (escala de Braden), los cambios de posición y el cuidado de la piel, y el soporte emocional dirigido a la paciente y a su familia.

Tabla 2. Plan de cuidado de enfermería según las taxonomías NANDA-NIC-NOC.

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Intervención (NIC)	Resultado esperado (NOC)
Dolor agudo relacionado con isquemia miocárdica	Manejo del dolor; cuidados cardiacos agudos	Control del dolor; nivel de comodidad
Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la contractilidad	Cuidados cardiacos; monitorización hemodinámica; regulación hemodinámica	Efectividad de la bomba cardiaca; estado circulatorio
Ansiedad relacionada con la amenaza al estado de salud	Disminución de la ansiedad; apoyo emocional; presencia	Nivel de ansiedad; autocontrol de la ansiedad
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad	Prevención de úlceras por presión; vigilancia de la piel; cambios de posición	Integridad tisular: piel y membranas mucosas
Gestión ineficaz de la salud relacionada con adherencia irregular	Educación para la salud; enseñanza: proceso de enfermedad y medicamentos; implicación familiar	Conocimiento: régimen terapéutico; conducta de adherencia

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association; NIC: Nursing Interventions Classification; NOC: Nursing Outcomes Classification.

La evolución fue favorable: la paciente mantuvo estabilidad hemodinámica sin arritmias malignas sostenidas, las cifras de glucemia permanecieron dentro del rango buscado, no se desarrollaron lesiones por presión y la ansiedad disminuyó de forma progresiva. El ecocardiograma reveló una fracción de eyección del ventrículo izquierdo ligeramente disminuida. Al cuarto día se trasladó a hospitalización general, donde se intensificó la educación en autocuidado: identificación de signos de alarma, cumplimiento del tratamiento farmacológico, alimentación saludable para el corazón y control de la diabetes y de la presión arterial, con la participación de la familia. Finalmente, egresó con recomendaciones de prevención secundaria y remisión a un programa de rehabilitación cardiaca.

Declaración de aspectos éticos

El presente reporte se llevó a cabo conforme a lo dispuesto en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y los principios recogidos en la Declaración de Helsinki. La paciente otorgó su consentimiento informado por escrito para la publicación del caso; los datos se trataron de manera anónima

y codificada para preservar la confidencialidad, y no se incorporan imágenes que permitan reconocerla.

DISCUSIÓN

La paciente presentaba un perfil de riesgo elevado (sexo femenino, edad avanzada y comorbilidad cardiometabólica), en concordancia con la literatura, que describe en las mujeres con IAM una mayor frecuencia de hipertensión y diabetes, presentaciones clínicas menos típicas y peores desenlaces, lo que obliga a una valoración minuciosa para no retrasar el diagnóstico.[5] La hiperglucemia detectada al ingreso reforzó la importancia de corregir de forma oportuna la glucemia como componente integral del manejo, dada su relevancia pronóstica en el síndrome coronario agudo.[6,7]

La reperfusión precoz y la articulación entre urgencias y cuidado intensivo condicionan el pronóstico, y es la enfermería quien asegura la continuidad de esos cuidados junto a la cama del paciente.[4,8] En esta paciente, la vigilancia permanente permitió advertir a tiempo las arritmias de reperfusión, mientras que la optimización hemodinámica y la profilaxis antitrombótica contribuyeron a su estabilización. La prevención sistemática de las lesiones por presión, mediante la valoración del riesgo y el cuidado de la piel, evitó una complicación frecuente y prevenible en el enfermo crítico.[9]

Más allá de las medidas técnicas, el cuidado se orientó hacia la persona. El alivio del dolor y de la ansiedad y el acompañamiento emocional a la paciente y a su familia inciden en la vivencia de la enfermedad y en la recuperación. La evidencia confirma que las intervenciones lideradas por enfermería (educación, seguimiento y apoyo psicosocial) favorecen la adherencia, reducen los reingresos y mejoran el control de los factores de riesgo tras un síndrome coronario agudo.[10-12,16] La educación para la salud y la alfabetización sanitaria adquieren especial relevancia en pacientes con adherencia irregular, como la de este caso, y sientan las bases de la prevención secundaria.[17] La derivación a un programa de rehabilitación cardiaca se asocia, en la misma línea, con una menor mortalidad y con un descenso de las hospitalizaciones.[13-15]

A diferencia de los trabajos resumidos en la introducción, centrados sobre todo en intervenciones de enfermería en atención primaria o en el seguimiento ambulatorio tras el alta, y orientados a la prevención secundaria,[10-12,16,17] este caso documenta el proceso de enfermería durante la fase aguda intrahospitalaria y detalla la secuencia de diagnósticos, intervenciones y resultados en una paciente con la doble comorbilidad de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Ese nivel de detalle, poco habitual en la literatura revisada, constituye el principal aporte del reporte.

En el plano práctico, el caso respalda la incorporación sistemática del proceso de enfermería y de las estrategias de prevención secundaria en el cuidado del paciente con síndrome coronario agudo, con un modelo que integra las dimensiones técnica, preventiva y educativa, y que sitúa a la persona y a su familia en el centro de la atención.

La principal fortaleza de este reporte radica en la descripción ordenada del proceso de enfermería, que enlaza las dimensiones técnica, preventiva y educativa en un cuidado continuo y centrado en la persona. Entre las limitaciones, al tratarse de un caso único sus resultados no son generalizables, y el seguimiento se circunscribió al periodo de hospitalización, lo que impide valorar si la adherencia y los cambios en el estilo de vida se sostienen a mediano y largo plazo.

CONCLUSIONES

El cuidado integral de enfermería permitió estabilizar en la fase aguda a una paciente con IAM, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, prevenir complicaciones y sentar las bases de la prevención secundaria mediante la educación para el autocuidado y la participación de la familia. Dadas las limitaciones propias de

un caso único con seguimiento intrahospitalario, se recomienda que futuros estudios : series de casos, diseños multicéntricos y seguimientos prolongados, evalúen la efectividad y la sostenibilidad de este modelo de cuidado a mediano y largo plazo, con medidas de resultado estandarizadas que permitan superar las limitaciones del presente reporte.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

ERC participó en la conceptualización del reporte, la recolección de la información clínica, la revisión bibliográfica, la redacción y la aprobación final del manuscrito.

TGN participó en la recolección de la información, la revisión bibliográfica, la redacción y la aprobación final del manuscrito.

RCM participó en el análisis del caso, la redacción crítica y la aprobación final del manuscrito.

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Para la construcción de este manuscrito, los autores utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa como apoyo para la edición lingüística, la organización de la estructura del texto y la verificación del formato de las referencias.

REFERENCIAS

1. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: Update from the GBD 2019 study. J Am Coll Cardiol. 2020;76:2982-3021. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010
2. Safiri S, Karamzad N, Singh K, Carson-Chahhoud K, Adams C, Nejadghaderi SA, et al. Burden of ischemic heart disease and its attributable risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019. Eur J Prev Cardiol. 2022;29:420-31. https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwab213
3. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction. Eur Heart J. 2019;40:237-69. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy462
4. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44:3720-826. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191
5. Lichtman JH, Leifheit EC, Safdar B, Bao H, Krumholz HM, Lorenze NP, et al. Sex differences in the presentation and perception of symptoms among young patients with myocardial infarction: Evidence from the VIRGO study (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients). Circulation. 2018;137:781-90. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031650
6. De Caterina R, Madonna R, Sourij H, Wascher T. Glycaemic control in acute coronary syndromes: Prognostic value and therapeutic options. Eur Heart J. 2010;31:1557-64. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehq162
7. Sasso FC, Rinaldi L, Lascar N, Marrone A, Pafundi PC, Adinolfi LE, et al. Role of tight glycemic control during acute coronary syndrome on CV outcome in type 2 diabetes. J Diabetes Res. 2018;2018:3106056. https://doi.org/10.1155/2018/3106056
8. Alkhaqani AL. Clinical practice of nursing care in acute myocardial infarction: A framework for comprehensive

care. J Sci Res Med Biol Sci. 2023;4:1-13. https://doi.org/10.47631/jsrmbs.v4i4.609

9. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra-i-Bou JE, Verdú-Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia [Epidemiology of pressure ulcers in Spain in 2013: 4th National Study on Prevalence]. Gerokomos. 2014;25:162-70. https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000400006
10. Campbell NC, Ritchie LD, Thain J, Deans HG, Rawles JM, Squair JL. Secondary prevention in coronary heart disease: A randomised trial of nurse led clinics in primary care. Heart. 1998;80:447-52. https://doi.org/10.1136/hrt.80.5.447
11. Huber D, Henriksson R, Jakobsson S, Mooe T. Nurse-led telephone-based follow-up of secondary prevention after acute coronary syndrome: One-year results from the randomized controlled NAILED-ACS trial. PLoS One. 2017;12:e0183963. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183963
12. Zhang P, Hu YD, Xing FM, Li CZ, Lan WF, Zhang XL. Effects of a nurse-led transitional care program on clinical outcomes, health-related knowledge, physical and mental health status among Chinese patients with coronary artery disease: A randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2017;74:34-43. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.04.004
13. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. J Am Coll Cardiol. 2016;67:1-12. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.10.044
14. Dibben G, Faulkner J, Oldridge N, Rees K, Thompson DR, Zwisler AD, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev. 2021;(11):CD001800. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001800.pub4
15. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2016;37:2315-81. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106
16. Rice H, Say R, Betihavas V. The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure: A systematic review. Patient Educ Couns. 2018;101:363-74. https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.002
17. Beauchamp A, Talevski J, Niebauer J, Gutenberg J, Kefalianos E, Mayr B, et al. Health literacy interventions for secondary prevention of coronary artery disease: A scoping review. Open Heart. 2022;9:e001895. https://doi.org/10.1136/openhrt-2021-001895