



Universidad Católica Nordestana (UCNE).

Facultad Ciencias de la Salud.

Escuela de medicina.

Tema:

Análisis de los Tiempos de Atención y Manejo Inicial del Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencia de un centro privado de San Francisco De Macorís durante el periodo Septiembre-Diciembre 2025.

Monográfico presentado como requisito para optar por el título de doctor en medicina.

Sustentantes:

Glenny Concepción Brito (2020-0004).

Luis Alfredo Concepción Morel (2020-0057).

Yokairy María Trinidad Díaz (2019-0579)

Asesor:

Dra. Audrey Rosario.

San Francisco de Macorís, R.D.

San Francisco de Macorís, provincia Duarte, República Dominicana, enero 2026.

**ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN Y MANEJO INICIAL DEL SÍNDROME
CORONARIO AGUDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE CENTRO PRIVADO
DE SAN FRANCISCO DE MACORIS DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE-
DICIEMBRE 2025**

Contenido

Dedicatorias.....	1
Agradecimientos.....	11
Resumen Ejecutivo	12
Capítulo I. Introducción o Trasfondo	14
Introducción	15
Antecedentes	16
Marco Contextual.....	23
Planteamiento Del Problema.....	24
Justificación del problema	26
Objetivos	27
Objetivo General.....	27
Objetivos Específicos.....	27
Variables E Indicadores.....	28
Definición De Términos.....	29
Capítulo II. Revision De Literatura	32
Introducción	33
Marco Conceptual y Teórico.....	33
Clasificación del síndrome coronario agudo.....	35
Fisiopatología De La Isquemia En El Síndrome Coronario Agudo.....	37
Presentación Clínica Del Síndrome Coronario Agudo	38
Evaluación Inicial Del Síndrome Coronario Agudo	38
Herramientas Diagnósticas En El Síndrome Coronario Agudo	39
Manejo Inicial Del Síndrome Coronario Agudo	40
Capítulo III. Metodología	43
Introducción	44
Tipo o Diseño De Investigación.....	44
Descripción De La Población y Muestra	44
Muestra	44
Criterios de inclusión	44
Criterios de exclusión	45

Descripción De La Instrumentación	45
Validación y Confiabilidad Del Instrumento	45
Procedimientos.....	46
Análisis Estadísticos	46
Alcances y Límites.....	47
Capítulo IV. Presentación De Los Resultados	48
Introducción	49
Resultados	50
Capítulo V. Discusión	59
Introducción	60
Análisis De Los Resultados	61
Conclusiones	63
Recomendaciones	65
Bibliografía.....	68
Anexos	71

Dedicatorias

Glenny Concepción Brito.

En primer lugar, le doy gracias a **Dios** por haberme acompañado en todo momento durante mi etapa universitaria, siendo mi guía y fortaleza en aquellos momentos difíciles donde triunfaba las dudas y el miedo. Agradezco cada una de las oportunidades de desarrollo personal, académico y profesional que puso en mi camino, la fuerza, la seguridad y la valentía para afrontar aquellas situaciones que limitaban mi crecimiento.

A mis padres: Miguel Concepción López y Angela Brito Paredes, no tengo palabras para agradecerle todo lo que han hecho por mí, gracias por haber estado presente en todo momento, por siempre haber confiado en mí, gracias por siempre haberse preocupado porque nunca me faltara nada. A mi padre, gracias por todo el tiempo que me dedicaste, por siempre que necesitaba ir a llevarme y buscarme a la universidad sin importar la hora ni que estuvieses haciendo. A ambos gracias por cada uno de sus consejos, por apoyarme en cada una de las decisiones que tomé, por siempre velar por mi desarrollo académico y profesional, gracias por enseñarme a ser cada día una persona mejor y a hacer las cosas con amor y respeto. Ni en esta ni en otra vida encontrare las palabras suficientes para agradecerles por todo lo que han hecho por mí.

A mis hermanos: José Miguel Concepción, Rosalie Concepción, Erica Concepción y Juan Miguel Concepción, gracias por todo el apoyo que me han brindado y por siempre haber confiado en mí, agradezco que hayan estado presente en todo momento.

A mi familia.

A mis abuelos: Manuel Brito (fallecido) y Rafaela paredes, quienes desde que tengo memoria confiaron en mí y en que lograría llegar a ser Doctora, agradezco todo el apoyo y cada uno de los consejos que me brindaron.

A mis tías, en especial Agustina Brito, gracias por siempre haberme apoyado y por estar presente cuando las necesite.

A mi prima Esther Jiménez Concepción, gracias por acompañarme durante este proceso y por siempre haberme brindado tu apoyo.

A mis compañeros de tesis: Luis Alfredo Concepción Morel y Yokairy María Trinidad Díaz, gracias por haberme acompañado en esta etapa desde el día uno, gracias por siempre haber estado para mí y escucharme, agradezco infinitamente su apoyo y cada consejo y palabra de aliento que me brindaban cada vez que pensaba rendirme. Gracias por hacer que trabajar en este proyecto haya resultado fácil y una de las mejores experiencias vividas.

A mi amiga Yissel Reyes por acompañarme y escucharme, por cada una de sus palabras de motivación y consejos que me brindaste, gracias a ti aprendí que no hay que temer a enfrentar las adversidades que suelen atravesarse en el camino.

A mis amigos y colegas. Crismeily Garcia, Laura Reinoso, Darianny Duvergés, Nazary Javier, Thaianna Espinal, Luis Alfredo Concepción, Yokairy María Trinidad, gracias por acompañarme durante mi carrera universitaria y el internado, agradezco el apoyo que siempre me brindaron y todos los momentos compartidos, gracias por los momentos en que fueron mi calma en el medio de la tormenta.

A mis compañeros de rotación en Santo Domingo, Yani Esther Polanco, Vianela Del Carmen y Saul Echavarría, gracias por todos los momentos que compartimos, por hacer que todo resultara más llevadero y por todo el apoyo que me brindaron

Dedicatorias

Luis Alfredo Concepción Morel.

De un corazón agradecido nacen el amor, la sabiduría, la paz y los grandes logros. Con profundo respeto y humildad, expreso mi sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones que, de manera directa o indirecta, contribuyeron a la culminación de este proyecto de Tesis y a mi formación académica, personal y profesional desde mis inicios en los distintos niveles de estudios.

A Dios

Gracias por dirigir mis pasos, sostenerme en los momentos de duda y concederme la fortaleza, claridad, salud y perseverancia necesarias para llegar hasta aquí. Aun en medio de mis dudas, aquí me enviaste, y hoy me encuentro floreciendo conforme al propósito que has guardado para mi vida.

A mis padres

A **Ubaldo Alfredo Concepción Tejada**, por su apoyo incondicional, esfuerzo incansable y dedicación silenciosa. Gracias por garantizar siempre el derecho a la educación y a vivir plenamente nuestra infancia trabajando incansablemente para que a tu familia no le falte lo necesario, cada madrugada y sacrificio por formar hijos responsables, respetuosos y comprometidos con la vida. Gracias papi, sé el deseo y querer para que tu hijo se graduara, y hoy podemos decir que será cumplido.

A **Inés de Jesús Morel Crousset**, mi mami, una vida no es suficiente para agradecerte. Gracias por preocuparte por mí, por anteponer mis necesidades a las tuyas, por celebrar mis logros, por sufrir en cuanto me notabas triste, por cada madrugada dedicada a que no me faltara el alimento, por tus oraciones constantes y por tu amor incondicional hacia tu familia. Aunque afirmas no tener con qué ayudarme, es gracias a ti que lo tengo todo y no me falta nada. Dios me bendijo al tener una madre como tú.

A mis hermanos

A **Yefry Concepción Morel**, por asumir con responsabilidad y entrega un rol fundamental en mi camino académico, siendo apoyo constante. Gracias por no negarte, y por ser el mejor ejemplo de hermano mayor. Has sido mi soporte desde el primer día de este largo camino en la Medicina.

A **Isneiri Concepción Morel**, por escucharme, apoyarme, tolerarme y defenderme, especialmente después de las guardias más pesadas. Gracias por tu disposición constante, por hacerme reír y por confiar en mí.

A mi familia

A la memoria de **mi abuela Aquilina Crousset**, por su formación en mis valores y acompañamiento espiritual, legado que permanece vivo en mí. Gracias por confiar y por amar incondicionalmente a tu “morenito”. Hubiera querido que estuvieras presente, pero sé Dios tiene propósitos en nuestras vidas, y sé que desde donde estas celebras este meta conmigo.

A mis tías **Margarita Morel** y **Angélica Morel**, por su apoyo constante, el seguimiento en mis procesos académicos, y sobretodo el ejemplo de superación personal para las nuevas generaciones, gracias por siempre estar para la familia, y para mí.

A mis primos, por su cercanía, respaldo constante y cariño incondicional, por acompañarme en cada etapa de mi crecimiento personal y académico, y por ser una fuente permanente de motivación y fortaleza.

A mis compañeras de monográfico y amigas

A **Glenny Concepción Brito**, por tu amistad leal, apoyo constante y por ser ese complemento académico y emocional que todo estudiante universitario, especialmente de Medicina, necesita. El camino no fue fácil, pero supimos aligerar las cargas mutuamente.

A **Yokairy Trinidad**, por su paciencia, sencillez y presencia constante, recordándome la importancia del equilibrio, la escucha y la humanidad.

A mis colegas y amigos

A **Crismely García, Margaret Suárez, Genly Duarte, Lourys Santos, Adalberto Vásquez, Sahira Mosquea, Irelkis Mosquea y Laura Reinoso**, por su compañerismo y por contribuir significativamente a mi crecimiento personal y profesional durante la universidad y el internado.

A mis docentes y mentores

A la **Dra. Mariela Reyes**, por su orientación, consejos y acompañamiento constante, siempre promoviendo el respeto por la Medicina y el trato humano hacia el paciente.

A los **Médicos Adscritos**, en especial a la **Dra. Sarante**, por su entrega, enseñanza y valores transmitidos, fundamentales para mi ejercicio profesional.

A los residentes **Dra. Luna, Dra. Restituyo, Dra. Hernández y Dr. Cedeño**, por su disposición permanente para enseñar y compartir conocimientos.

Agradecimientos Institucionales y Especiales

Al Grupo Punta Cana, por brindarme la valiosa oportunidad de continuar mi formación académica a través de su programa de becas, cuyo respaldo fue fundamental para hacer posible este logro profesional, demostrando su compromiso con el desarrollo educativo y el crecimiento del talento joven.

A Andris Elizabeth Frías, por su guía constante, su enseñanza generosa, su apoyo académico y humano, y por creer en mi potencial desde temprana edad, al reconocer en aquel niño un diamante en bruto y apostar con fe por la persona en la que podría convertirme.

A mis amigos, por su lealtad, comprensión y palabras de aliento, por compartir las alegrías y los retos de este proceso, y por recordarme, en los momentos difíciles, que nunca estaba solo.

Finalmente, agradezco a todas aquellas personas que, de una u otra forma, formaron parte de este camino. Cada palabra, gesto y enseñanza ha sido esencial para alcanzar este logro académico y humano.

Dedicatorias.

Yokairy María Trinidad Díaz.

A Dios

Expreso mi más profundo agradecimiento a Dios, fuente de guía y fortaleza permanente, por acompañarme a lo largo de todo este proceso formativo. Por concederme la resistencia necesaria en los momentos de mayor exigencia física y emocional, la paciencia indispensable durante las etapas de espera y la lucidez para tomar decisiones determinantes en el desarrollo de esta trayectoria académica.

Agradezco por ser mi apoyo en el día y la noche, aun cuando el cansancio y agotamiento estaba presente siempre estabas para iluminar mi camino y de esta manera poder continuar adelante, gracias por no soltarme, por sostenerme, por tu presencia y por regalarme una familia que vela por mí.

Finalmente, **agradezco por permitirme culminar esta etapa de manera satisfactoria**, por bendecir cada paso recorrido y por hacer posible la conclusión de este logro, que representa no solo la finalización de un proceso académico, sino el comienzo de un gran sueño.

Agradezco profundamente a mi familia, en especial a mis padres, quienes han sido el pilar fundamental de mi formación personal y académica, y quienes han permanecido a mi lado de manera incondicional a lo largo de todo este proceso.

A mis padres:

A mis padres, les expreso mi más sincero agradecimiento por ser, además de guías y formadores, mis mejores amigos; por no soltarme la mano en ningún momento y caminar

siempre a mi lado, brindándome apoyo constante, comprensión y confianza a lo largo de este camino.

A mis padres

A mi madre, **María Hortencia Díaz Santana**, agradezco su entrega permanente y su amor inagotable; por acompañarme en cada etapa, sostenerme en los momentos de mayor dificultad y fortalecerme con sus oraciones constantes y palabras de aliento. Agradezco su fe en mí incluso en los momentos de duda, su paciencia, su sacrificio silencioso y las enseñanzas que me inculcaron el valor de la perseverancia y la fortaleza ante los desafíos.

A mi padre, **Eusebio Trinidad Suriel**, agradezco su dedicación y cumplimiento ejemplar de su rol como padre; su esfuerzo continuo, responsabilidad y compromiso inquebrantable. Su guía firme y su apoyo constante fueron fundamentales en mi formación, así como los valores que sembró en mí y que hoy constituyen una base sólida en mi vida personal y profesional.

Gracias a ambos por ser la luz que ilumina mi camino y los guías que me acompañan en el sendero de la vida.

A mi hermano:

De igual manera, agradezco a mi hermano, **Joerick Trinidad Díaz**, por su paciencia durante todo este proceso, por escucharme en los momentos de agotamiento, brindarme palabras de motivación y aliento, y por su apoyo sincero y presencia constante. Su acompañamiento ha sido una parte esencial en el camino de este logro. Te aprecio mucho mi hermano, aunque no siempre te lo digo.

Este logro representa también el reflejo del amor, la unión y el respaldo de mi familia, quienes fueron un soporte indispensable para la culminación de esta etapa tan significativa.

A mis compañeros del team D: Crismeily García, Glenny Concepción, Luis Concepción, Sayelin Rodríguez, Miguelina Almonte, Leticia Núñez y Eduardo Ulerio, por el apoyo mutuo en los días difíciles, por las risas que aliviaron el cansancio, por la solidaridad en los momentos de presión, por el trabajo en equipo que nos fortaleció, por las experiencias compartidas que nos marcaron, por la amistad que nació en el esfuerzo diario.

A mis compañeros que me acompañaron en la universidad como el internado, **Adalberto Vásquez, Laura Reinoso, Román Mejía, Darwin Adino y Christopher García, Lina Aquino y Linor Fernández** por el intercambio de conocimientos y experiencias, por el apoyo brindado en los momentos de mayor dificultad, por las extensas jornadas de estudio compartidas y la solidaridad demostrada en cada etapa del proceso formativo.

A mis amigos de este proyecto, **Glenny Concepción y Luis Concepción**, gracias por el compañerismo genuino que fortaleció nuestro trabajo en equipo, por el respeto mutuo y la colaboración constante, por crecer juntos tanto en el ámbito académico como en el personal, por cada consejo oportuno y cada ayuda desinteresada que hicieron del camino universitario una experiencia más humana y enriquecedora.

Agradecimientos

A la **Universidad Católica Nordestana**, por ser la casa de estudios que hizo posible nuestra formación académica y profesional.

A nuestra asesora, **Dra. Audrey Rosario**, por su guía, dedicación y acompañamiento durante la elaboración de este monográfico.

Al **Dr. Estrella**, por facilitar la información necesaria para el desarrollo de nuestra investigación.

Resumen Ejecutivo

La presente investigación tuvo como objetivo analizar los tiempos de atención y el manejo inicial del Síndrome Coronario Agudo en los pacientes atendido centro privado de esta ciudad, entre septiembre y diciembre del año 2025. El estudio fue de tipo retrospectivo, descriptivo y de corte transversal, mediante la revisión de los expedientes clínicos de **35 pacientes** diagnosticados con Síndrome Coronario Agudo, se evidenció un predominio del sexo masculino, representando el **63 %**. Con respecto a la edad, el más afectado fue en mayores de 65 años, con un **63 %**. El tipo de síndrome coronario agudo, el infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST fue los más frecuentes. Al analizar los tiempos de atención, se observó que el **100 %** de los pacientes fue evaluado en menos de 10 minutos tras su llegada al servicio de emergencias, pero solo el **26 %** de los pacientes recibió la realización del electrocardiograma dentro de los primeros 10 minutos. En relación con el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al servicio de emergencias, el **94 %** de los pacientes acudió después de las dos horas de iniciada la sintomatología, En cuanto al manejo inicial, el **63 %** de los casos se aplicó el protocolo institucional para el manejo del Síndrome Coronario Agudo y se administraron los medicamentos correspondientes en el tiempo adecuado, La repercusión dentro del tiempo estándar se logró en el **57 %** de los pacientes, el **100 %** de los expedientes clínicos contaba con registro completo, disponibilidad operativa del electrocardiograma. Se concluyó que pesar de que existen fortalezas en la evaluación clínica inicial y en el registro de la información médica, persisten deficiencias importantes en los tiempos de atención, particularmente en la realización oportuna del electrocardiograma, en el retraso prehospitalario y en la adherencia a los protocolos de manejo del Síndrome Coronario Agudo.

Executive Summary

This research aimed to analyze the response times and initial management of Acute Coronary Syndrome in patients treated at a private center in this city, between September and December of 2025. The study was retrospective, descriptive, and cross-sectional, through the review of clinical records of 35 patients diagnosed with Acute Coronary Syndrome. A predominance of male patients was evidenced, representing 63%. Regarding age, those over 65 years were the most affected, accounting for 63%. The most frequent type of acute coronary syndrome was non-ST-segment elevation myocardial infarction. When analyzing response times, it was observed that 100% of patients were evaluated within 10 minutes of arrival at the emergency department, but only 26% of patients received an electrocardiogram within the first 10 minutes. In relation to time

Capítulo I. Introducción o Trasfondo

Capítulo I. Introducción o Trasfondo

Introducción

El síndrome coronario agudo representa una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial y constituye una de las emergencias cardiovasculares de mayor impacto en los servicios de salud. Su evolución rápida y potencialmente fatal exige una atención inmediata, organizada y basada en protocolos clínicos estandarizados, donde la oportunidad en el diagnóstico y el inicio del manejo terapéutico influyen de manera directa en el pronóstico y la supervivencia del paciente.

Los servicios de emergencia desempeñan un papel fundamental en la identificación temprana del síndrome coronario agudo y en la aplicación oportuna de las medidas diagnósticas y terapéuticas iniciales, especialmente en lo referente a los tiempos de atención recomendados por las guías clínicas internacionales. Las demoras en estos procesos se asocian a un aumento de las complicaciones, la mortalidad y la discapacidad cardiovascular.

El presente capítulo aborda el marco introductorio de la investigación, integrando los antecedentes científicos más relevantes relacionados con los tiempos de atención y el manejo inicial del síndrome coronario agudo, así como el contexto institucional y geográfico en el cual se desarrollará el estudio. Asimismo, se expone el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos y las variables que guían la investigación, con el propósito de establecer una base teórica y metodológica sólida que sustente el análisis de los procesos de atención en el Servicio de Emergencias de un centro privado de San Francisco De Macorís durante el período septiembre-diciembre 2025.

Este abordaje permitirá identificar posibles deficiencias, retrasos y factores asociados que influyen en la atención inicial del SCA, aportando información relevante para la optimización de los protocolos de manejo, la mejora de la calidad asistencial y la reducción de la morbilidad asociada a esta patología cardiovascular de alta prevalencia.

Antecedentes

Perez (2024) en su tesis titulada “Diagnóstico situacional sobre el manejo del síndrome coronario agudo en el servicio de urgencias del Hospital General ISSSTE de Querétaro durante 2018-2022” tuvo como objetivo principal identificar el diagnóstico situacional sobre el manejo del síndrome coronario agudo en el servicio de urgencias de dicho hospital. Para esto utilizó un método de estudio observacional de tipo transversal descriptivo, basado en la recolección de datos a través de la revisión de expedientes clínicos de pacientes mayores de 18 años que fueron atendidos en el servicio de urgencia del hospital General ISSSTE de Querétaro durante el 2018-2022. En los resultados se evidenciaron que las el 93.6% de los pacientes como comorbilidad asociada la hipertensión arterial sistémica y el 655 de los pacientes la diabetes mellitus; en el 25 % de los casos el infarto no evidenció una localización específica y el 25 % de los casos en que si se logro determinar se presento con mayor frecuencia en la cara posteroanterior; la angioplastia primaria fue exitosa en el 95.1% de los casos y la tasa de supervivencia global fue de un 93.6 %. El estudio concluyó evidenciando que pese a la alta calidad en la atención que se brindó en el hospital, es crucial que se mejoren los tiempos de respuesta, enfocándose en reducir el tiempo diagnóstico- cruce de guía.

De igual forma, Ruiz (2020), se propuso identificar el manejo inicial del síndrome coronario agudo en emergencia hospitalaria, para ello, realizó una investigación descriptiva,

aplicando una técnica de tipo bibliográfica, basada en la búsqueda de artículos disponibles en diferentes bases de datos con una antigüedad inferior a 5 años. En los resultados se evidenció que el dolor precordial estuvo presente en el 89.84 % de los pacientes. Además, el diagnóstico se realiza en el 100 % de los casos basándose en la clínica del paciente más la realización de un electrocardiograma junto al análisis de las troponinas cardíacas. Por otra parte, se identificó que el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST se presentó con mayor frecuencia. En conclusión, lo más importante es detectar e identificar la sintomatología del paciente, analizar el perfil cardíaco para determinar el daño isquémico y lo más importante, tener en cuenta que el tiempo es de vital importancia para tomar desviaciones sobre el mejor tratamiento, con el fin de obtener una mejor evolución, condición y un pronóstico favorable para disminuir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Asimismo, Noyola (2024) en su trabajo de investigación clínica titulado “Características clínico epidemiológicas en pacientes quienes cursaron con síndrome coronario agudo en el área de urgencias en el hospital general la Villa en el periodo 2022-2023” cuya finalidad principal fue reconocer las principales características clínico-epidemiológicas en los pacientes con síndrome coronario agudo que asistieron al servicio de urgencias en el Hospital General la Villa en el periodo comprendido entre el 01 de mayo del 2022 hasta el 30 de abril del 2023. Realizó un estudio clínico observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, obteniendo la información de los pacientes a partir de los expedientes clínicos guardados en la base de datos. El estudio se llevó a cabo en una población de 65 pacientes. Como resultado se evidenció que el 74 % de los casos correspondió al sexo masculino, el 26 % al sexo femenino; la edad media de los pacientes fue

de 60-69 años; el 77 % de los casos correspondió a infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST; y los factores de riesgos más asociados fueron el sedentarismo, la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y el tabaquismo. En conclusión, es importante mantener un control adecuado de los factores de riesgo cardiovascular, ya que es la mejor manera para reducir los eventos isquémicos en pacientes con alto riesgo cardiovascular. Por otra parte, se debe considerar que cada hospital tenga estrategias para abordar el código infarto, asimismo se debería contar con una unidad coronaria disponible las 24 horas y con espacio suficiente para ofrecer terapia de revascularización y así poder evitar las complicaciones asociadas y reducir la mortalidad.

Del mismo modo, Arias (2023) se planteó como objeto esencial analizar los tiempos de atención, los desenlaces adversos cardiovasculares intrahospitalarios y comparar los tiempos de atención del infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST reperfundidos entre sexo masculino y femenino que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos cardiovasculares del hospital de cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del 10 de agosto 2022 a noviembre 2022, basado en un estudio descriptivo, observacional y prospectivo, en el cual se evidenció que el género femenino tuvo un promedio de edad mayor al género masculino sin que exista diferencias entre los factores de riesgos relacionados; los tiempos de atención del infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST en mujeres fueron más prolongados en comparación a los hombres. En conclusión, la incidencia de los desenlaces adversos y la mortalidad intrahospitalaria eran mayor mientras más tiempo de isquemia presentaban.

En el artículo publicado por Grande, Bluro, Castillo, Zapiola, Padretti y Martínez (2023) presentó como objetivo principal determinar la frecuencia del dolor precordial,

detallar las características clínicas y los tiempos de atención del síndrome coronario agudo. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incorporó las consultas en la unidad de dolor torácico del año 2021 en el servicio de urgencias de un hospital privado de Argentina. En los resultados se evidenció que se admitieron 1,469 pacientes con dolor de pecho, de los cuales el 52 % fueron hombres con una media de edad de 62 años, el 48 % de estos pacientes padecían de hipertensión arterial y el 32 % de dislipidemia. La mediana de tiempo para realizar el electrocardiograma inicial fue de 4.3 minutos y de 26 minutos para la evaluación médica. En conclusión, se determinó que los tiempos de atención estaban dentro de los estándares establecidos, siendo este un indicador de calidad de suma importancia. Además, hay que resaltar que el trabajo del equipo de enfermería fue crucial para la realización de un triaje correcto, realizar el electrocardiograma de ingreso y para poder garantizar los cuidados del paciente hasta la evaluación médica.

Andrade (2020) en su tesis titulada “Tiempo puerta-aguja en pacientes adultos con infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST en un hospital de segundo nivel con la estrategia código infarto” se estableció como propósito central identificar el tiempo puerta-aguja en pacientes adultos que padecieron de infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST en el servicio de urgencias. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo, en el cual se incluyeron pacientes adultos de urgencias con criterio clínico y electrocardiograma característico del infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST, el tamaño de la muestra fue de 115 pacientes, de los cuales el 64.3 % eran hombres y el 35.7 % mujeres con un promedio de edad de 64.5 años, de los cuales solo 20.9 % reconoció los síntomas del infarto. El tiempo promedio de traslado fue de 160 minutos, el tiempo puerta-EKG promedio fue 8.6 minutos y el tiempo promedio para la interpretación del

electrocardiograma fue de 6.68 minutos. El 49.5 % de los pacientes tuvo un tiempo-aguja menor a 30 minutos y el 50.5 % mayor a 30 minutos. En conclusión, se evidenció que el tiempo puerta aguja fue adecuado en el 68 % de los pacientes, los tiempos de traslados fueron muy prologados y el tiempo puerta-EKG se alineó con los estándares internacionales.

De igual forma, Montero, Garcia A, Zayas, Fernández y Garcia CM (2022) cuya finalidad primordial fue describir la morbilidad y mortalidad de los pacientes atendidos con síndrome coronario agudo, para lo cual se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo de 106 pacientes que estaban ingresados en la unidad de cuidados intensivos emergentes del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico comandante Faustino Pérez Hernández, de Matanzas, en el año 2018 con el diagnóstico de síndrome coronario agudo. En los resultados se evidencio que el 83 % de los pacientes llegaron en transporte sanitario a la unidad de emergencia, el rango de edad más afectado fue de 70-79 años con predominio en el sexo masculino, el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST tuvo una mayor incidencia, la mayoría de los casos se diagnosticaron en los meses de invierno y en horas de la mañana, el tratamiento trombolítico en las primeras seis horas tras el inicio de los síntomas se mantuvo prevalente, la desaparición del dolor y la regresión de las anormalidades en el electrocardiograma se dan como resultado de la reperusión. En conclusión, se resalta que el uso de trombolíticos en las primeras horas en los servicios de emergencia disminuye la mortalidad causada por enfermedades cardiovasculares en la provincia de Matanzas en el año 2019.

Por otra parte, Ventura, Garcia, Hernández y Rivera (2017) se plantearon como meta principal establecer el pronóstico y la supervivencia de los pacientes con síndrome coronario agudo y sus factores de riesgo valorados con las escalas de riesgo GRACE y TIMI. Para lo

cual se utilizó un estudio longitudinal de carácter prospectivo de tipo supervivencia, en el periodo de febrero del 2015 a febrero del 2016 en la clínica Unión Médica del Norte, de Santiago de los Caballeros, República Dominicana. Se aplicó un instrumento de recolección de 10 preguntas de los scores GRACE y TIMI en una población de 94 pacientes, de los cuales el 67 % eran masculinos y el 33 % femeninos, con una media de edad de 62 años y con el diagnóstico de infarto agudo al miocardio. En los resultados se evidenció que en la escala GRACE el 58 % de los pacientes estuvo en la clasificación de bajo riesgo y en el TIMI el 53.3 % se encontraron en riesgo intermedio, por lo que ambos scores mostraron valores parecidos en el valor productivo de mortalidad en el seguimiento a un año en los pacientes de alto riesgo. En conclusión, la capacidad pronóstica del TIMI mostró ser mayor en la predicción de eventos cardiovasculares en el seguimiento de los pacientes, en cambio, GRACE tuvo mejor evaluación en los pacientes de alto riesgo.

Alfonca y Turner (2020) en el artículo titulado “Factores de riesgos asociados a síndrome coronario agudo en pacientes manejados en la sala de emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa” el cual consistió en identificar los factores de riesgos asociados al síndrome coronario agudo en el servicio de emergencias del hospital regional Dr. Antonio Musa, para el cual se utilizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo. En los resultados se evidenció que en el 58 % de los pacientes el grupo de edad más afectado fue de 50-59 años, el 63 % de los pacientes correspondía al sexo masculino, el 93 % de los pacientes tenían como hábito tóxico el consumo de café, el 70 % de los pacientes tenían hipertensión arterial como factor de riesgo, el 45 % presentó angina inestable, el 59 % no presentó complicación alguna y el 65 % de los pacientes se ingresaron a sala clínica. En conclusión, es de vital importancia conocer los factores de riesgos para el síndrome coronario

agudo y la magnitud de este, ya que este es un gran avance para entender de una mejor manera esta patología y de igual forma, establecer estrategias que generen un impacto para poder disminuir su incidencia y sus consecuencias.

De igual forma, Polanco, Vargas y Margarita (2024) tuvieron como objetivo principal valorar el grado de adherencia al protocolo de tiempos de atención establecidos por las guías clínicas para el manejo del síndrome coronario agudo tipo infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en la sala de emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud. Se aplicó un cuestionario a los pacientes con dicho diagnóstico para la recolección de datos relevantes. En los resultados se evidenció que el 79 % de los pacientes eran hombres, el 47 % de ellos tenían más de 60 años y el 26 % se atendió en febrero; el tiempo promedio en el cual las enfermeras registraron a los pacientes y se le realizó un EKG fue de 85.26 minutos; en el 58 % de los casos, la comunicación entre el departamento de emergencias y el servicio de hemodinamia fue mayor a 30 minutos; el 63 % de los pacientes no llegó a cumplir con el tiempo puerta-balón recomendado. Los pacientes fallecidos no cumplieron con las guías, al igual que el 79 % de los sobrevivientes no lo hicieron. En el 44 % de los casos a los pacientes se realizó un EKG en menos de 10 minutos. En conclusión, solo en menos de la mitad de los casos se observó una adherencia a las recomendaciones de las guías clínicas, por lo que estos hallazgos resaltan la necesidad de mejorar los procesos de atención y la eficiencia en la sala de emergencias para lograr una mejor optimización en el manejo del infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST y así reducir la mortalidad asociada a este.

Marco Contextual

La investigación será desarrollada de centro privado de San Francisco De Macorís, Provincia Duarte, República Dominicana durante el periodo septiembre-diciembre 2025 con los pacientes que acudan a la emergencia de dicho centro de salud con datos sugestivos de Síndrome Coronario Agudo.

San Francisco de Macorís es un municipio ubicado en el sector norte de la República Dominicana, a unos 100 kilómetros en línea recta al norte de la capital Santo Domingo. Este tiene una superficie cuadrada de 486 km². Se encuentra limitado al centro norte por el municipio de Villa Tapia en la provincia Hermanas Mirabal; la parte noroeste está limitada por el municipio Cayetano Germosen en la provincia Espaillat; la parte oriental está limitada por Las Guaranas en la provincia Duarte y por el sector sureste está limitado por la provincia de La Vega. La economía de San Francisco de Macorís depende principalmente de la agricultura, esto gracias a la producción de arroz, cacao, café, entre otros productos.

El Centro Médico Siglo 21 es una institución de salud privada localizado en la Calle Duarte Número 25, San Francisco de Macorís, República Dominicana, dirigido por el presidente del Grupo Médico Unido, el Dr. Ramón Mena Rivas.

Fue fundado el 22 de agosto del 1997 por un grupo de especialistas médicos que conformaron el “Grupo Médico Unido” lo cual dio paso a la construcción del mismo. Sus fundadores fueron: Ramón Mena Rivas, Lourdes Rivas Pantaleon, Eric Olivero Peña, María del Carmen Ramírez Maldonado, Teófilo Perez Garcia, Teomartago Vargas Rodriguez, Juan Eugenio Faxas Vargas, Virginia Milagros García Bello, Dulce Fidelina Pichardo Pantaleon, Petra Aurora Volquez Matos, Luciano Javier Antigua, Federico Campos Guzman, Sixto Ernesto Radhames Valenzuela Rondón, Mayra del C. Mena Rivas, Mildre Aviles Mercedes, Basilio Mejía Hiciano y Yoselyn Lorenzo Terrero.

El Centro Médico Siglo 21 tiene la misión de satisfacer las necesidades de salud de los usuarios a través de un trato humanizado y la visión de ser un centro de referencia de salud nacional e internacional aportando calidad, confianza y seguridad a sus usuarios. Este ofrece servicios médicos de diversas especialidades, diagnósticos clínicos, procedimientos quirúrgicos, centro de hospitalización, cuidados intensivos, servicio de emergencias, centro de hemodinamia, entre otros muchos servicios.

Planteamiento Del Problema

El síndrome coronario agudo constituye una de las causas más frecuentes de morbimortalidad en los países desarrollados del mundo occidental, estos se refieren a un espectro de isquemia y necrosis miocárdica secundaria a la reducción del flujo sanguíneo coronario, dentro de los cuales se incluyen el infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST, el infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST y la angina inestable. Dentro de las complicaciones derivadas de este se encuentran la rotura de pared libre, comunicación interventricular, infarto agudo al miocardio del ventrículo derecho, pericarditis, derrame pericárdico, bradiarritmias, arritmias ventriculares, las cuales representan las principales causas de muerte y discapacidad en los pacientes que han presentado algún tipo de síndrome coronario agudo. Por lo que conocer los tiempos de atención y el manejo inicial del síndrome coronario agudo en la emergencia de un centro privado de San Francisco De Macorís resulta fundamental para evaluar y detectar anomalías o demoras en el tiempo de atención que tras su identificación se permita implementar estrategias que nos permitan optimizar y reducir el tiempo de atención y el manejo inicial del síndrome coronario agudo y de esta manera se puedan reducir las complicaciones y la mortalidad asociadas al mismo.

En la actualidad se estima que las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 16.6 millones de muertes anuales, de las cuales la mitad son causadas por un infarto agudo al miocardio. En el año 2022 murieron aproximadamente 19.8 millones de personas a nivel mundial como consecuencia de las enfermedades cardiovasculares, representando el 32% de las muertes producidas en dicho año. En las Américas las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte, liderando la lista con 2.16 millones de muertes por año. En América Latina y el caribe las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad y morbilidad, en el año 2021, el síndrome coronario agudo fue responsable de 113.7 muertes por cada 100,000 habitantes. En República Dominicana, la enfermedad cardíaca isquémica es la principal causa de muerte, causando 103.6 muertes por 100,000 habitantes.

Al referir los posibles factores asociados al problema, de acuerdo con otros autores Rivero, Bastante, Cuesta, Benedicto, Salamanca, Restrepo, Aguilar, Gordo, Batlle y Alfonso (2016), hay que considerar la edad avanzada de los pacientes, el sexo femenino y los pacientes que viven con diabetes con síndrome coronario agudo son los que presentan mayor retraso en la demanda de atención médica. Dentro de los factores asociados a la deficiencia del manejo inicial del síndrome coronario agudo se encuentran la demora en la realización del electrocardiograma inicial, falta de disponibilidad inmediata de personal médico, sobre carga en los servicios de emergencia, entre otros factores más. Mientras más se retrase la demanda de atención médica y se demore en instaurar el manejo inicial, se asocia a un incremento en la mortalidad y morbilidad. Por tanto, es esencial identificar los factores asociados en la demora en los tiempos de atención y el retraso en el manejo inicial del síndrome coronario agudo en la emergencia de un centro privado de San Francisco De Macorís, con el fin crear estrategias que nos permitan reducir la morbimortalidad en estos pacientes.

Frente a esta situación, surge la necesidad de responder:

1) ¿Cuáles son los tiempos de atención y manejo inicial del síndrome coronario agudo en el servicio de emergencia de centro privado de San Francisco De Macorís durante el período septiembre-diciembre 2025?

De esta pregunta derivan las siguientes interrogantes:

2) ¿Cuál es el tiempo promedio desde la llegada del paciente a la emergencia hasta la realización del EKG?

3) ¿Cuánto tiempo transcurre entre el diagnóstico del síndrome coronario y el inicio de la terapia de reperfusión recomendada?

4) ¿Cuál es el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta acudir a la emergencia?

5) ¿Qué deficiencias existen en la valoración clínica inicial de los pacientes con síndrome coronario agudo?

6) ¿El personal de emergencia aplica los protocolos establecidos para el manejo del síndrome coronario agudo?

7) ¿Qué limitaciones estructurales, de recursos o de organización influyen en la demora?

Justificación del problema

Este estudio es de suma importancia por la necesidad de contar de con informaciones actualizadas referente al análisis de los tiempos de atención y manejo inicial del síndrome coronario agudo en los servicios de emergencia de centro privado de San Francisco De Macorís, ya que esto nos servirá como referencia para conocer los beneficios de la atención temprana en el manejo del síndrome coronario agudo, guiándose por los protocolos

establecidos. La escasez de esta información limita la identificación de posibles brechas en el proceso de atención, dificulta la toma de decisiones y restringe la implementación de estrategias de mejoras basadas en evidencia. Analizar los tiempos de atención y el manejo inicial del síndrome coronario agudo es esencial para garantizar una atención óptima y eficiente. Esta investigación busca contribuir a mejorar los tiempos de atención y el manejo inicial del síndrome coronario agudo en los servicios de emergencia con fin de identificarlo a tiempo e instaurar el tratamiento correspondiente en el menor tiempo posible, de manera que se reduzca las complicaciones y la mortalidad asociadas al mismo.

Esta investigación busca ofrecer insumos relevantes que permitan mejorar los protocolos de atención, fortalecer la capacidad resolutive del personal de salud, reducir los retrasos innecesarios y elevar la calidad de los servicios brindados a los pacientes.

Objetivos

Objetivo General

Analizar los tiempos de atención y el manejo inicial del síndrome coronario agudo en el Servicio de Emergencias de un centro privado de San Francisco De Macorís, durante el período septiembre-diciembre 2025.

Objetivos Específicos

1. Determinar el tiempo promedio desde la llegada del paciente al área de emergencias hasta la realización del electrocardiograma (EKG).
2. Medir el intervalo entre el diagnóstico del síndrome coronario agudo y el inicio de la terapia de perfusión recomendada.
3. Identificar el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y acudir a la emergencia a recibir la atención médica por parte de los pacientes.

4. Detectar las deficiencias presentes en la valoración clínica inicial de los pacientes con síndrome coronario agudo en la emergencia.
5. Evaluar el grado de cumplimiento del personal de emergencias respecto a los protocolos establecidos para el manejo inicial del síndrome coronario agudo.
6. Analizar las limitaciones estructurales, de recursos y organizativas que influyen en la demora del proceso de atención inicial del síndrome coronario agudo.

Variables E Indicadores

Variables	Indicadores.
Sexo	Tipo de SCA según el sexo. Frecuencia SCA según el sexo.
Edad	Frecuencia SCA según el rango de edad.
Tiempos de atención del SCA	Tiempo llegada–EKG Tiempo inicio de síntomas–llegada Tiempo triage–evaluación médica
Cumplimiento de guías internacionales	EKG ≤ 10 min (Sí/No) Reperusión dentro del tiempo estándar (Sí/No) Registro clínico completo (Sí/No) Aplicación del protocolo del SCA (Sí/No)
Tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas en buscar atención	Tiempo inicio síntomas–búsqueda
Valoración clínica inicial	Registro de signos vitales (Sí/No) Evaluación del dolor torácico (Sí/No)

Cumplimiento del personal con protocolos del SCA	Aplicación de protocolo SCA (Sí/No)
	Administración de medicamentos en tiempo adecuado (Sí/No)
Limitaciones estructurales, de recursos u organizativas	Operatividad del EKG (Sí/No)

Definición De Términos

Síndrome Coronario Agudo

Según la sociedad Europea de Cardiología (2023), el síndrome coronario agudo es un espectro de entidades que incluyen a pacientes que presentan cambios recientes en los signos o síntomas clínicos, con o sin cambios en el electrocardiograma de 12 derivaciones y con o sin elevaciones agudas de la concentración de troponina cardiaca. Estos pacientes pueden tener un diagnóstico final de infarto agudo al miocardio o de angina inestable.

Primer Contacto Médico

Es el momento en el que el paciente es evaluado inicialmente por un médico, personal paramédico, enfermería o personal entrenado en los servicios de urgencias, con capacidad para obtener e interpretar el electrocardiograma y proporcionar una intervención inicial. Sociedad Europea de Cardiología (2023).

Tiempo De Atencion

Es el periodo que transcurre desde el momento en que ingresa un paciente al servicio de salud, hasta que inicia y recibe la atención clínica o intervenciones terapéuticas necesarias. Nhdi, Asmari H, Thobaity (2021)

Manejo Inicial

Es el conjunto de intervenciones clínicas urgentes y sistemáticas que se realizan desde el primer contacto médico con un paciente, en este se incluye la evaluación diagnóstica, la administración de fármacos pertinentes, monitorización cardíaca y estrategias terapéuticas tempranas para estabilizar al paciente y reducir el riesgo de complicaciones. Switaj, Christensen y Brewer (2017).

Infarto Agudo Al Miocardio Sin Elevación Del segmento ST o IAMSEST

Se define como la presencia de daño miocárdico producido por una arteria coronaria parcialmente ocluida que conduce a isquemia subendocárdica. American Heart Association (2025).

Infarto Agudo Al Miocardio Con Elevación Del Segmento ST o IAMCEST

Se define como la presencia de daño miocárdico producido por isquemia en el cual el vaso está completamente ocluido, lo que conduce a isquemia miocárdica transmural e infarto. American Heart Association (2025)

Angina Inestable

Es una isquemia miocárdica transitoria que conduce a una disminución del flujo en ausencia de necrosis significativa. American Heart Association (2025).

Electrocardiograma

El electrocardiograma (también conocido por sus siglas ECG o EKG) es un registro de la actividad eléctrica del corazón la cual revisa la anatomía básica y el sistema de conducción eléctrica del corazón. National Library of Medicine (2023).

Troponina Cardíaca

La troponina es un conjunto de proteínas ubicadas en el tejido muscular que juegan un papel clave en la regulación de la contracción muscular. Esta proteína es exclusiva del tejido muscular y se encuentra en tres formas: troponina T (TnT), troponina I (TnI) y troponina C (TnC). Clínica Universidad de Navarra (2023).

Tiempo Puerta-ECG

Es el intervalo desde el registro del paciente en el hospital hasta la obtención del electrocardiograma. National Library of medicine (2023).

Tiempo Puerta-Balón

Es el intervalo desde el registro del paciente en el hospital hasta el primer inflado del balón o la primera implementación del dispositivo durante el procedimiento. National Library of medicine (2023).

Capítulo II. Revision De Literatura

Capítulo II. Revision De Literatura

Introducción

El siguiente capítulo constituye la base teórica y científica de la investigación, ya que en este permite sustentar el estudio a partir de teorías, conceptos y antecedentes relacionados con el problema de investigación. Además, en este se describen aspectos relevantes del síndrome coronario agudo que son esenciales para entender la importancia en el tiempo de atención y el manejo inicial en estos casos.

Marco Conceptual y Teórico

Definición

La Sociedad Americana del Corazón (2025) establece que el síndrome coronario agudo es causado por la erosión de una placa aterosclerótica coronaria inestable con trombosis parcial o completa de la arteria coronaria asociada y microémbolos, lo que resulta en una disminución del flujo sanguíneo al miocardio y posterior a la isquemia miocárdica. Los síndromes coronarios agudos incluyen tres condiciones clínicas relacionadas, dentro de las cuales se encuentra la angina inestable, el infarto de miocardio sin elevación del segmento ST y el infarto de miocardio con elevación del segmento ST.

De acuerdo con Roman y viera (2024) el síndrome coronario agudo se debe a una reducción del flujo sanguíneo cardíaco el cual se manifiesta como un infarto al miocardio con elevación del segmento ST o sin elevación del segmento ST, dentro de este también se incluye la angina inestable.

Según Kumar y Cannon (2009) el síndrome coronario agudo es cualquier grupo de síntomas clínicos compatibles con isquemia miocárdica aguda, los cuales incluyen la angina

inestable, el infarto al miocardio sin elevación del segmento ST y el infarto al miocardio con elevación del segmento ST.

Esta definición a pesar de ser antigua, en la actualidad sigue teniendo relevancia ya que concuerda con las definiciones presentadas actualmente por otros autores.

De acuerdo con la Sociedad Europea de Cardiología (ESC, 2023, P.10) los síndromes coronarios agudos abarcan un conjunto de entidades que incluye a pacientes que presenten cambios recientes en los signos y síntomas clínicos, con o sin cambios en el electrocardiograma de 12 derivaciones y con o sin elevaciones agudas de la concentración de troponina cardiaca. Los pacientes de los que se sospeche un síndrome coronario agudo pueden tener el diagnóstico final de infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST, infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST y la angina inestable.

Vilariño, Esper, Badimón (2004) definen los síndromes coronarios agudos como un conjunto de entidades clínicas que tienen el común denominador, la obstrucción parcial o total de una arteria por un trombo provocado por la rotura o erosión de una placa vulnerable, lo cual se traduce en complicaciones clínicas secundarias a isquemia o necrosis miocárdica. Estos se clasifican en síndromes isquémicos sin elevación del segmento ST dentro del cual se incluye la angina inestable y el infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST, y el infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST.

Singh, Museedi, Grossman (2023) definen al síndrome coronario agudo como un grupo de enfermedades en las que se disminuye el flujo sanguíneo al corazón y en las cuales se incluyen el infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST, el infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST y la angina inestable.

Todos los autores citados coinciden en que el síndrome coronario agudo engloba 3 entidades clínicas producidas por la reducción del flujo sanguíneo cardiaco como consecuencia de un trombo o émbolo, estas entidades son el infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST, el infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST y la angina inestable.

Clasificación del síndrome coronario agudo

De acuerdo con la Sociedad Americana del Corazón ([AHA]2025) el síndrome coronario agudo se clasifica en la angina inestable, el infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST y el infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST.

Angina Inestable. La Sociedad Europea de Cardiología ([ESC], 2023, P.10) define la angina inestable como una isquemia miocárdica en reposo o con mínimo esfuerzo en ausencia de daño agudo o necrosis de los cardiomiocitos. Se caracteriza por hallazgos clínicos específicos de angina prolongada, es decir, un tipo mayor a veinte minutos en reposo.

La AHA (2025) define la angina inestable como una isquemia miocárdica transitoria que conduce a la disminución del flujo sanguíneo en ausencia de necrosis cardiaca significativa.

Infarto Agudo Al Miocardio. De acuerdo con la ESC (2023, P.11) el infarto agudo al miocardio es la necrosis de los cardiomiocitos en el contexto clínico de una isquemia miocárdica aguda. Este se diagnostica mediante la elevación de la troponina en sangre. Este se clasifica en:

- 1) Infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST.

La arteria coronaria se encuentra parcialmente ocluida, lo que conduce a una isquemia subendocárdica. AHA (2025)

- 2) Infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST.

El vaso afectado se encuentra totalmente ocluido lo cual conduce a una isquemia miocárdica transmural e infarto. AHA (2025)

Clasificación Del Infarto Agudo Al Miocardio

La Sociedad Americana del Corazón (2025) establece que de acuerdo con la definición universal del infarto al miocardio existen cinco tipos de infarto agudo al miocardio.

Tipo 1.

Es causado por una aterotrombosis coronario aguda, principalmente precipitada por la interrupción de la placa aterosclerótica y generalmente asociada con trombosis vascular parcial o completa.

Tipo 2.

Es causado por un desequilibrio entre el suministro de oxígeno miocárdico y la demanda. Este no se encuentra relacionado con aterotrombosis.

Tipo 3.

Es una muerte cardiaca en pacientes con síntomas de isquemia miocárdica y presuntos cambios electrocardiográficos isquémicos o arritmia ventricular, ocurrido antes de obtener muestras de sangre para biomarcadores cardíacos o se puedan identificar aumentos en biomarcadores cardiacos y en quienes el infarto al miocardio se detecta por autopsia.

Tipo 4.

Existen 3 clasificaciones del tipo 4;

4^a: es un infarto al miocardio que resulta como complicación del procedimiento y detectado antes de las cuarenta y ocho horas después de la intervención coronaria percutánea.

4b: es un infarto agudo que aparece luego de realizarse la intervención coronaria percutánea causado por una trombosis del stent coronario.

4c: es causado por una restenosis del stent coronario tras una intervención coronaria percutánea.

Tipo 5.

Es causado por una complicación de la cirugía de revascularización coronaria y detectada antes de las cuarenta y ocho hora después de la cirugía.

Fisiopatología De La Isquemia En El Síndrome Coronario Agudo

El síndrome coronario agudo tiene una fisiopatología con una característica peculiar, es dinámica, ya que en el transcurso de los síntomas y durante su manejo puede progresar rápidamente en las diferentes condiciones clínicas e ir de una angina inestable a un infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST y progresar hasta un infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST. Cuando se produce una acumulación progresiva de lípidos y una inflamación dentro de la placa aterosclerótica se conduce a una inestabilidad de dicha placa, su rotura y la exposición de su contenido puede culminar en la activación de la cascada de coagulación y una posterior trombosis. Si este proceso ocurre en los vasos de la circulación coronaria, la presencia de este trombo puede comprometer el flujo miocárdico, lo que conlleva a la isquemia y posterior necrosis. AHA (2025)

A pesar de que la rotura de la placa aterosclerótica es la causa más frecuente de obstrucción miocárdica, existen diversos trastornos que pueden obstruir las arterias coronaria y

provocar un infarto al miocardio, dentro de las más frecuente se encuentran la embolia miocárdica que puede ser consecuencia de una endocarditis, trombos murales, prótesis valvulares, neoplasias, aire introducido en una cirugía cardíaca, depósito de calcio por manipulación quirúrgica de válvulas calcificadas, trombosis in situ por un traumatismo torácico, estados de hipercoagulabilidad, disección aortica. Existen diversas causas que son menos frecuentes pero de igual forma puede obstruir las arterias coronarias, en esta se incluye la aortitis sífilítica, arteritis de Takayasu, arteritis necrosante, panarteritis nudosa, enfermedad de Kawasaki, lupus eritematoso sistémico y arteritis de células gigantes. (Braunwald, 2019, p 1107)

Presentación Clínica Del Síndrome Coronario Agudo

La manifestación clínica característica del síndrome coronario agudo es el dolor torácico, el cual los pacientes lo describen como un dolor con una sensación de pesadez, opresión o quemazón en el pecho. Aunque es el síntoma más frecuente, hay pacientes que no lo presentan y refieren otros síntomas que son equivalentes, dentro de los cuales se encuentran la disnea, epigastralgia, dolor en brazo izquierdo, dolor en cuello y dolor en la mandíbula. ESC (2023, P.17).

Evaluación Inicial Del Síndrome Coronario Agudo

De acuerdo con la ESC (2023, P.17) durante el primer contacto médico se recomienda realizar una evaluación inmediata de los signos vitales y la realización de un electrocardiograma inicial, ya que el electrocardiograma en reposo es la herramienta de primera línea con la que cuenta para examinar los pacientes con sospecha de un síndrome coronario agudo. El electrocardiograma debe ser realizado en los primeros 10 minutos durante el primer contacto médico.

Realizar una rápida y adecuada evaluación inicial en el síndrome coronario agudo es de vital importancia, ya que acuerdo con la AHA (2025) la realización y un registro temprano de un electrocardiograma de 12 derivaciones se asocia con tiempos de reperfusión más cortos y tasas de mortalidad más baja como consecuencia de un infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST.

La ESC (2023, p 19) también recomienda que se midan las troponinas cardíacas inmediatamente después de que se obtengan los resultados durante los primeros 60 minutos desde la toma de la muestra sanguínea.

Herramientas Diagnósticas En El Síndrome Coronario Agudo

De acuerdo con la ESC (2023, p 22) existen herramientas diagnósticas que son de utilidad ante casos de síndrome coronario agudo y en casos de incertidumbre, ya que permiten confirmar el diagnóstico o descartarlo ante la presencia de patologías que se manifiestan con síntomas similares. Dentro de las herramientas diagnósticas se encuentran:

1) Ecocardiografía.

Es de gran utilidad en los servicios de urgencias y en las unidades de dolor torácico, ya que es útil para identificar signos indicativos de isquemia en curso o infarto de miocardio previo.

ESC (2023, p 22)

2) Tomografía computarizada.

Esta es la herramienta diagnóstica de elección para descartar los diagnósticos diferenciales del síndrome coronario agudo. No es de utilidad en los pacientes en que se sospeche de oclusión coronaria aguda, en quienes la prioridad es la coronariografía invasiva.

Además, se debe destacar de que esta no está recomendada de manera rutinaria para pacientes en los que se sospecha de un síndrome coronario agudo. ESC (2023, p 22 y 23)

3) Resonancia magnética cardíaca con o sin prueba de estrés.

Esta permite delimitar la estructura y la función cardíaca, además, de que permite evaluar la perfusión miocárdica y el patrón de daño miocárdico. Esta permite visualizar las regiones infartadas y proporciona información sobre el tejido cicatricial y la viabilidad, la cual permite diferenciar entre otras formas de daño miocárdico y puede ser de utilidad para identificar el territorio del vaso culpable. Su mayor utilidad es para establecer el diagnóstico en pacientes con un diagnóstico inicial de un infarto de miocardio sin enfermedad coronaria obstructiva. ESC (2023, p 22).

Manejo Inicial Del Síndrome Coronario Agudo

Oxigenoterapia.

De acuerdo con la AHA (2025) y la ESC (2032, p 25) se recomienda la administración de oxígeno en la fase aguda del síndrome coronario agudo en pacientes que es estén cursando con hipoxemia, es decir, que presenten una saturación de oxígeno capilar inferior al noventa por ciento.

Alivio del dolor.

La AHA (2025) establece que el manejo del dolor en el síndrome coronario es de suma importancia en el tratamiento para poder prevenir la activación simpática y las consecuencias que trae consigo y para esto, la nitroglicerina y los opiáceos son las opciones de tratamiento que recomienda.

Terapia antiagregante.

De acuerdo con la ESC (2023, p 32) los fármacos antiagregantes juegan un papel importante en la fase aguda del síndrome coronario agudo. La aspirina se recomienda en todos los pacientes sin contraindicaciones con una dosis inicial de carga de 150-300 mg, también se recomienda administrar un inhibidor p2y como pueden clopidogrel, Prasugrel, ticagrelor y cangrelor junto a la aspirina.

Terapia anticoagulante.

Este es un componente esencial en el manejo inicial del síndrome coronario agudo, por lo que se recomienda en todos los pacientes desde que se establece el diagnóstico. De las opciones de tratamiento que se brinda esta la heparina no fraccionada, la enoxaparina, la bivalirudina y el fondaparinux. De estos la heparina no fraccionada es el tratamiento estándar en los pacientes con infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST que se someten a una intervención coronaria percutánea, aunque como alternativas se pueden considerar la enoxaparina y la bivalirudina. De igual forma, la anticoagulación también está recomendada en pacientes con infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST, en dichos pacientes la heparina no fraccionada es el anticoagulante de elección.

Estrategia invasiva y tratamiento de reperfusión.

De acuerdo con la ESC (2023, p 26) en los pacientes con un diagnóstico inicial de infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST se debe iniciar un tratamiento inmediato de reperfusión, ya sea con intervención coronaria percutánea primaria o con fibrinólisis en casos donde no sea posible realizar una intervención coronaria percutánea primaria en los primeros ciento veinte minutos tras el diagnóstico. Para los pacientes con un diagnóstico inicial de infarto

agudo al miocardio sin elevación del segmento ST se recomienda una estrategia invasiva durante la hospitalización, en caso de que exista una característica de alto riesgo se recomienda una estrategia invasiva inmediata, también se recomienda considerar una estrategia invasiva durante las primeras veinte y cuatro horas. Se recomienda la cirugía de revascularización coronaria urgente en los pacientes con la arteria responsable permeable, pero con una anatomía inadecuada para realizar una intervención coronaria percutánea y con un área importante del miocardio en riesgo.

En los pacientes que desde el inicio se le establece el diagnóstico de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST la estrategia invasiva consiste en realizar una angiografía urgente e intervención coronaria percutánea. Esta estrategia se recomienda en pacientes que presenten inestabilidad hemodinámica, dolor torácico persistente o refractario a tratamiento farmacológico, insuficiencia cardíaca aguda potencialmente secundaria a isquemia miocárdica en evolución, arritmias potencialmente mortales o parada cardíaca después de la presentación, complicaciones mecánicas y cambios dinámicos recurrentes en el electrocardiograma indicativos de isquemia.

En base a lo establecido en este capítulo, lo más importante en el síndrome coronario agudo es reconocer los síntomas y buscar asistencia médica inmediatamente, ya que una rápida atención y un manejo inicial en el menor tiempo disminuye en gran medida las consecuencias y la mortalidad relacionada con el síndrome coronario agudo.

Capitulo III. Metodología

Capítulo III. Metodología

Introducción

En este capítulo se describe la metodología utilizada en la investigación. En él se detalla el tipo de diseño o investigación, descripción de la población y muestra, descripción de la instrumentación, validación y confiabilidad del instrumento, procedimientos, análisis estadístico y los alcances y límites de la investigación.

Tipo o Diseño De Investigación

Se realizó una investigación de tipo retrospectiva, descriptiva de corte transversal orientada a obtener información que nos permita evaluar los tiempos de atención y el manejo inicial del síndrome coronario agudo en el servicio de emergencia de centro privado de San Francisco De Macorís el periodo septiembre-diciembre 2025.

Descripción De La Población y Muestra

La población de estudio de esta investigación son los pacientes adultos que asistieron a la sala de emergencias de centro privado de San Francisco De Macorís con signos y síntomas sugestivos de síndrome coronario agudo durante el periodo septiembre- diciembre 2025,

Muestra

Todos los pacientes adultos que acudieron al centro en el periodo de estudios con diagnóstico sugestivo o confirmado de síndrome coronario agudo

Criterios de inclusión

Los pacientes adultos que acudieron al centro en el periodo de estudios que entraron por emergencia con diagnóstico sugestivo o confirmado de síndrome coronario agudo con expedientes completo y accesible al momento de la recolección de los datos.

Criterios de exclusión

- Paciente con dolor torácico no isquémico.
- Paciente ingresado o que acudieron por consulta.

Descripción De La Instrumentación

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado para la extracción de los datos de los pacientes, basado en la fuente de información utilizada, datos generales del paciente, antecedentes clínicos, características clínicas al momento del ingreso, tiempos de atención en emergencia, diagnóstico y manejo inicial, evolución y destino del paciente, registro y calidad de los pacientes. El instrumento utilizado consistió en un cuestionario con 26 preguntas abiertas y cerradas tipo selección múltiple con opción de especificación, elaborada por los sustentantes junto con la asesora de tesis. Este instrumento se encuentra en los anexos de la investigación.

Validación y Confiabilidad Del Instrumento

La validez del instrumento fue garantizada mediante la **revisión y corrección por parte de la asesora metodológica de la investigación**, así como por profesionales con experiencia en el área de emergencias, quienes evaluaron la claridad, pertinencia y coherencia de las preguntas en relación con los objetivos y variables del estudio.

Para establecer la confiabilidad del instrumento, se realizó una **prueba piloto** mediante la aplicación del formulario a expedientes clínicos de pacientes con características similares, atendidos en un centro de salud pública, lo que permitió identificar posibles inconsistencias, ambigüedades o dificultades en el llenado del instrumento. A partir de esta prueba piloto se realizaron los ajustes necesarios antes de su aplicación definitiva, asegurando así la consistencia y fiabilidad de los datos recolectados.

Procedimientos

Inicialmente, se solicitaron los permisos correspondientes a las autoridades académicas de la **Universidad Católica Nordestana (UCNE)** para la realización del presente estudio. Posteriormente, se gestionó la autorización institucional ante la dirección del centro privado con el fin de acceder a los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el servicio de emergencias durante el período de estudio.

Una vez obtenidos los permisos, se procedió a la revisión sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes diagnosticados con Síndrome Coronario Agudo. La recolección de los datos se realizó en las instalaciones del centro de salud, utilizando el instrumento previamente validado, garantizando en todo momento la confidencialidad de la información.

Los datos obtenidos fueron registrados de manera organizada en el formulario de recolección y posteriormente digitados en una base de datos electrónica. Una vez procesada la información, los resultados fueron presentados en tablas estadísticas, analizados e interpretados, comparándolos con estudios previos de características similares. Finalmente, se elaboraron las conclusiones y recomendaciones del estudio a partir de los hallazgos obtenidos.

Análisis Estadísticos

Para el análisis de la información recolectada mediante la aplicación del instrumento, los datos fueron organizados y codificados previamente, enumerando cada una de las variables para facilitar su manejo y verificación. Posteriormente, los datos fueron introducidos y procesados en el programa **Microsoft Excel 2019**, donde se elaboraron tablas de distribución de frecuencia y porcentaje.

El análisis estadístico fue de tipo **descriptivo**, permitiendo presentar los resultados de manera clara y comprensible, conforme a los objetivos planteados en la investigación. Los

resultados obtenidos fueron interpretados y discutidos a la luz de la literatura científica revisada y de estudios previos relacionados con los tiempos de atención y el manejo inicial del Síndrome Coronario Agudo.

Alcances y Límites

La presente investigación se orientó al análisis de los tiempos de atención y manejo inicial del síndrome coronario agudo en el servicio de emergencia del Centro Médico Siglo 21 durante el período septiembre-diciembre 2024, con un enfoque descriptivo y retrospectivo. El estudio se limitó a la revisión de los expedientes clínicos encontrados en la base de datos SAMI de los pacientes que asistieron al servicio de emergencia y a quienes se le diagnosticó con síndrome coronario agudo. En este estudio no se pretendió evaluar la eficacia del tratamiento a largo plazo.

Como limitaciones para realizar esta investigación, estuvo el hecho del poco tiempo con el que se contó para llevar a cabo la investigación y que al ser un estudio retrospectivo la información obtenida se limitó a los datos encontrados en los expedientes clínicos de los pacientes.

Capitulo IV. Presentación De Los Resultados

Capítulo IV. Presentación de los resultados

Introducción

En este capítulo se presentarán los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de recolección de datos aplicados a los pacientes con síndrome coronario agudo que asistieron al servicio de emergencia de un centro privado de San Francisco De Macorís desde el primero de septiembre hasta el treinta y uno de diciembre el año dos mil veinte y cinco. Los datos se presenta de manera entendible y ordenada en tablas que reflejan las diferentes variables estudiadas, tales como el tipo de síndrome coronario agudo según el sexo, frecuencia del síndrome coronario agudo según el sexo, frecuencia del síndrome coronario agudo según la edad, tiempo de llegada hasta la realización del electrocardiograma, tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la llegada a emergencias, tiempo de evaluación médica, electrocardiograma realizado en los primeros 10 minutos, presencia de registro clínico completo, aplicación del protocolo del síndrome coronario agudo, procedencia de los pacientes, presencia de motivos de demora, tiempo desde que iniciaron los síntomas hasta la búsqueda de ayuda, registro de signos vitales, evaluación del dolor torácico, administración de medicamentos en tiempo adecuado y la operatividad del electrocardiograma.

Resultados

Tabla 1.

Distribución según el sexo de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje.
Masculino	22	63 %
Femenino	13	37 %
Total	35	100 %

Nota. Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el Centro Médico privado de San Francisco de Macorís, septiembre–diciembre 2025.

En la tabla 1 se observa que el 63 % de los pacientes corresponde al sexo masculino, predominando sobre el femenino con un 37 %

Tabla 2.

Tipo de Síndrome Coronario agudo según el sexo.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje.
IAM con elevación ST (F)	4	11 %
IAM sin elevación ST (F)	3	8.5 %
Angina inestable (F)	3	8.5 %
Dolor no coronario (F)	2	6 %
IAM con elevación ST	5	14 %
(M)		
IAM sin elevación ST (M)	9	26 %

Angina inestable (M)	7	20 %
Dolor no coronario (M)	2	6 %
Total	35	100 %

Nota. Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el Centro Médico privado de San Francisco de Macorís, septiembre–diciembre 2025.

En la tabla 2 se observa que el Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del segmento ST fue el tipo de síndrome coronario agudo más frecuente en el sexo masculino con un 26 %, seguido de la angina inestable con un 20 %, el Infarto Agudo al Miocardio con elevación del segmento ST con un 14 % y el dolor no coronario con un 6 %. En el sexo femenino el Infarto Agudo al Miocardio con elevación del segmento ST fue el más frecuente con un 11 %, seguido por el Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del segmento ST y la angina inestable ambos con un 8.5 %, el dolor no coronario solo representó el 6 %.

Tabla 3.

Frecuencia del Síndrome Coronario Agudo según rango edad.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
35–45 años	2	6 %
45–55 años	4	11 %.
55–65 años	7	20 %
Mayor de 65 años	22	63 %
Total	35	100 %

Nota. Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el Centro Médico privado de San Francisco de Macorís, septiembre–diciembre 2025.

En la tabla 3 se observa que el 63 % de los pacientes correspondió a un rango de edad mayor a 65 años, el 20 % al rango de 55 a 65 años, el 11 % al rango de 45 a 55 años y el 6 % al rango de 35 a 45 años.

Tabla 4.

Tiempo llegada entre la llegada y la realización del electrocardiograma (EKG).

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 10 minutos	9	26 %
10–20 minutos	25	71 %
Más de 20 minutos	1	3 %
Total	35	100 %

Nota. Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el Centro Médico privado de San Francisco de Macorís, septiembre–diciembre 2025.

En la tabla 4 se observa que el 71 % de los pacientes se le realizó el electrocardiograma entre 10 a 20 minutos, el 26 % de los pacientes se le realizó en menos de 10 minutos y el 3 % de los pacientes en más de 10 minutos.

Tabla 5.

Tiempo del inicio síntomas hasta la llegada.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
30 a 120 minutos	2	6 %
Más de 2 horas	33	94 %
Total	35	100 %

Nota. Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el Centro Médico privado de San Francisco de Macorís, septiembre–diciembre 2025.

En la tabla 5 se observa que el 94 % de los pacientes tardaron más de dos horas en acudir a la sala de emergencias desde que iniciaron con la sintomatología, mientras que solo el 6 % de los pacientes acudieron entre 30 minutos a 2 horas.

Tabla 6.

Tiempo transcurrido para la evaluación médica.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 10 minutos	35	100 %
Total	35	100 %

Nota. Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el Centro Médico privado de San Francisco de Macorís, septiembre–diciembre 2025.

En la tabla 6 se evidencia que el 100 % de los pacientes fue evaluado médicamente en menos de 10 minutos.

Tabla 7.

Realización del Electrocardiograma en menos de 10 minutos.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	26 %
No	26	74 %
Total	35	100 %

Nota. Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el Centro Médico privado de San Francisco de Macorís, septiembre–diciembre 2025.

En la tabla 7 se observa que al 74 % de los pacientes no se le realizó el electrocardiograma en los primeros 10 minutos tras su llegada a la sala de emergencias, mientras que al 26 % si se les realizó.

Tabla 8.

Reperusión dentro del tiempo estándar.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sí	20	57 %
No	15	43 %
Total	35	100 %

Nota. Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el Centro Médico privado de San Francisco de Macorís, septiembre–diciembre 2025.

En la tabla 8 se observa que al 57 % de los pacientes se le realizó la reperusión dentro del tiempo estándar, mientras que el 43 % no.

Tabla 9.

Registro clínico completo.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sí	35	100 %
No	0	0 %
Total	35	100 %

Nota. Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el Centro Médico privado de San Francisco de Macorís, septiembre–diciembre 2025.

En la tabla 9 se observa el 100 % de los pacientes contó con un registro clínico completo.

Tabla 10.

Aplicación del protocolo de síndrome coronario agudo.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sí	22	63 %
No	13	37 %
Total	35	100 %

Nota. Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el Centro Médico privado de San Francisco de Macorís, septiembre–diciembre 2025.

En la tabla 10 se observa que en el 63 % de los pacientes se aplicó el protocolo del síndrome coronario agudo, mientras que el 37 % no se le aplicó.

Tabla 11.

Procedencia de los pacientes.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	22	63 %
Rural	13	37 %
Total	35	100 %

Nota. Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el Centro Médico privado de San Francisco de Macorís, septiembre–diciembre 2025.

En la tabla 11 se observó que el 63 % de los pacientes que acudieron al servicio de emergencias del centro médico Siglo 21 procedió de zonas urbanas, mientras que el 37 % pertenece a zonas rurales.

Tabla 12.

Factores asociados a la demora.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sí	13	37 %
No	22	63 %
Total	35	100 %

Nota. Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el Centro Médico privado de San Francisco de Macorís, septiembre–diciembre 2025.

En la tabla 12 se observa que el 63 % de los pacientes no tuvieron factores asociados a la demora, mientras que el 37 % de los pacientes sí.

Tabla 13.

Tiempo inicio de síntomas a búsqueda de atención.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 hora	3	9 %
2 a 8 horas	18	51 %
8 a 16 horas	9	26 %
Más de 16 horas	5	14 %
Total	35	100 %

Nota. Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el Centro Médico privado de San Francisco de Macorís, septiembre–diciembre 2025.

En la tabla 13 se observa que el 51 % de los pacientes buscó atención médica entre dos a ocho horas tras el inicio de los síntomas, el 26 % lo hizo entre ocho a diez y seis horas, el 14 % lo hizo en más de diez y seis horas y solo el 9 % busco ayuda en menos de una hora.

Tabla 14.

Registro de signos vitales.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sí	35	100 %
No	0	0 %
Total	35	100 %

Nota. Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el Centro Médico privado de San Francisco de Macorís, septiembre–diciembre 2025.

En la tabla 14 se observa que el 100 % de los pacientes tuvo registro de signos vitales.

Tabla 15.

Evaluación del dolor torácico.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sí	35	100 %
No	0	0 %
Total	35	100 %

Nota. Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el Centro Médico privado de San Francisco de Macorís, septiembre–diciembre 2025.

En la tabla 15 se observa que al 100 % de los pacientes se le realizó una evaluación del dolor torácico.

Tabla 16.

Administración de medicamentos en el tiempo adecuado.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sí	22	63 %
No	13	37 %
Total	35	100 %

Nota. Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el Centro Médico privado de San Francisco de Macorís, septiembre–diciembre 2025.

En la tabla 16 se observó que el 63 % de los pacientes se le administro los medicamentos pertinentes en el tiempo adecuado, mientras que al 37 % no.

Tabla 17.

Operatividad del electrocardiograma.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sí	35	100 %
No	0	0 %
Total	35	100 %

Nota. Expedientes clínicos de pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el Centro Médico privado de San Francisco de Macorís, septiembre–diciembre 2025.

En la tabla 17 se observa que en el 100 % de los casos el electrocardiograma estuvo operativo.

Capítulo V. Discusión

Capítulo V. Discusión

Introducción

En el presente capítulo se realiza un análisis crítico e interpretativo de los resultados obtenidos en el capítulo IV, derivados de la aplicación del instrumento de recolección de datos a pacientes diagnosticados con Síndrome Coronario Agudo atendidos en el servicio de emergencia del Centro Médico privado de San Francisco de Macorís durante el periodo septiembre a diciembre 2025. La discusión tiene como finalidad contrastar los hallazgos encontrados con la evidencia científica disponible y con estudios previos relacionado, permitiendo contextualizar los datos y valorar su relevancia clínica y epidemiológica. Se examina de manera integral las características sociodemográficas de la población estudiada, tales como el sexo, edad y procedencia; así como la distribución de los distintos tipos de Síndrome Coronario Agudo. De igual forma se analizan las variables claves relacionadas con la oportunidad y calidad de la atención médica, incluyendo los tiempos de llegada al servicio de emergencia, la realización del electrocardiograma, la evaluación médica inicial, la aplicación de protocolo institucional, la administración de medicamentos, la reperfusión dentro del tiempo estándar y el registro clínico de los pacientes.

Este capítulo busca aportar una visión analítica que contribuya a mejorar la comprensión del comportamiento del Síndrome Coronario Agudo en la población atendida, así como servir de base para la formulación de conclusiones y recomendaciones, orientadas a optimizar los procesos de atención, fortalecer la herencia a los protocolos y mejorar los desenlaces clínicos en pacientes con esta condición

Análisis De Los Resultados

En relación con las características sociodemográficas, los resultados evidenciaron un predominio del sexo masculino entre los pacientes diagnosticados con síndrome coronario agudo. Este hallazgo concuerda con lo reportado por Noyola (2024), Ventura et al. (2017), Alfonca y Turner (2020) y Polanco et al. (2024), quienes documentaron una mayor incidencia de esta patología en hombres. Esta tendencia puede atribuirse a una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población masculina, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el sedentarismo y el tabaquismo, tal como se describe en los antecedentes.

Con respecto a la edad, se observó una mayor frecuencia de casos en pacientes mayores de 65 años, lo cual es consistente con los hallazgos de Noyola (2024), Montero et al. (2022) y Ventura et al. (2017), quienes reportaron que el síndrome coronario agudo se presenta con mayor incidencia en adultos mayores. Este comportamiento se explica por el proceso progresivo de aterosclerosis y la acumulación de factores de riesgo cardiovascular a lo largo del tiempo, descritos en el marco conceptual del estudio.

En cuanto al tipo de síndrome coronario agudo, el infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST fue el más frecuente en la población estudiada. Este resultado coincide con lo reportado por Ruiz (2020), quien señala que esta presentación clínica es la más común en los servicios de emergencia y requiere una evaluación diagnóstica minuciosa basada en la clínica, el electrocardiograma y la determinación de troponinas cardíacas. Asimismo, este hallazgo se encuentra en concordancia con las definiciones y clasificaciones establecidas por la Sociedad Americana del Corazón (2025) y la Sociedad Europea de Cardiología (2023).

En relación con los tiempos de atención, se evidenció que todos los pacientes fueron evaluados médicamente en menos de 10 minutos, lo cual constituye un indicador positivo de calidad en la atención inicial. No obstante, solo una proporción reducida de pacientes recibió un electrocardiograma dentro de los primeros 10 minutos, como lo recomiendan la ESC (2023) y la AHA (2025). Este retraso diagnóstico también ha sido descrito por Polanco et al. (2024) y Andrade (2020), quienes identificaron deficiencias en el cumplimiento de los tiempos establecidos por las guías clínicas, lo que repercute negativamente en el pronóstico de los pacientes.

Un hallazgo relevante fue el tiempo prolongado transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al servicio de emergencias, ya que la mayoría de los pacientes acudió después de las dos horas. Este resultado coincide con lo reportado por Andrade (2020), quien evidenció tiempos de traslado prolongados y un bajo reconocimiento de los síntomas del infarto por parte de los pacientes. Asimismo, Arias (2023) demostró que un mayor tiempo de isquemia se asocia con un incremento en la mortalidad y los desenlaces adversos intrahospitalarios.

En cuanto al manejo terapéutico, se observó que la aplicación del protocolo institucional y la administración de medicamentos en el tiempo adecuado se realizaron en poco más de la mitad de los casos. Estos resultados son similares a los encontrados por Polanco et al. (2024), quienes reportaron una baja adherencia a las guías clínicas en el manejo del infarto agudo al miocardio, lo que resalta la necesidad de optimizar los procesos de atención en los servicios de emergencia.

Por otra parte, la reperusión dentro del tiempo estándar se logró en una proporción moderada de pacientes, lo cual contrasta con los resultados de Pérez (2024) y Montero et al.

(2022), quienes reportaron mejores tasas de reperfusión y supervivencia cuando se optimizan los tiempos de atención y se aplican estrategias como el código infarto y el uso temprano de trombolíticos o angioplastia primaria.

Finalmente, se evidenció un cumplimiento del 100% en el registro clínico, la evaluación del dolor torácico, el registro de signos vitales y la disponibilidad del electrocardiograma, lo cual coincide con lo reportado por Grande et al. (2023), quienes destacan la importancia del rol del personal de enfermería y del triaje oportuno como indicadores clave de calidad en la atención del síndrome coronario agudo.

Conclusiones

El síndrome coronario agudo continúa representando un problema de salud pública de alta relevancia, afectando principalmente a la población masculina y a adultos mayores de 65 años, lo cual concuerda con la tendencia epidemiológica descrita en los antecedentes nacionales e internacionales. Este patrón refleja la influencia acumulativa de los factores de riesgo cardiovascular y el impacto del envejecimiento poblacional.

El infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST fue la forma clínica más frecuente en la población estudiada, lo que evidencia la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica en los servicios de emergencia, dado que esta presentación puede pasar inadvertida si no se realizan oportunamente los estudios diagnósticos recomendados.

A pesar de que la evaluación médica inicial se realizó de manera oportuna en la totalidad de los pacientes, se identificaron deficiencias significativas en la realización temprana del

electrocardiograma, lo cual representa una brecha crítica en el proceso diagnóstico y puede retrasar la toma de decisiones terapéuticas fundamentales para mejorar el pronóstico.

El retraso prehospitalario evidenciado, con tiempos prolongados entre el inicio de los síntomas y la llegada al servicio de emergencias, constituye uno de los principales factores que influyen negativamente en la evolución clínica de los pacientes con síndrome coronario agudo, aumentando el riesgo de complicaciones, mortalidad y secuelas cardiovasculares.

La aplicación parcial del protocolo institucional y la administración del tratamiento farmacológico dentro del tiempo recomendado reflejan la necesidad de fortalecer los procesos internos de atención y la adherencia a las guías clínicas, ya que el manejo oportuno y estandarizado es determinante para reducir la morbilidad asociada al síndrome coronario agudo.

La reperfusión dentro del tiempo estándar se logró en una proporción moderada de los pacientes, lo que evidencia oportunidades de mejora en la coordinación entre los servicios de emergencia, diagnóstico y hemodinamia, así como en la activación temprana de estrategias como el código infarto.

El adecuado registro clínico, la evaluación sistemática del dolor torácico y el control de los signos vitales constituyen fortalezas del servicio estudiado, demostrando el compromiso del personal de salud con la atención inicial del paciente y proporcionando una base sólida para la toma de decisiones clínicas.

Recomendaciones

1. Recomendaciones a la Institución de Salud (Centro Médico Privado)

- Implementar y actualizar de manera periódica protocolos institucionales estandarizados para la atención del síndrome coronario agudo, garantizando su aplicación obligatoria en el servicio de emergencia.
- Fortalecer el sistema de triaje con criterios específicos para patologías cardiovasculares, permitiendo la identificación temprana de pacientes con sospecha de SCA.
- Supervisar de forma continua los tiempos críticos de atención (puerta–electrocardiograma, puerta–diagnóstico y puerta–inicio de tratamiento).
- Asegurar la disponibilidad permanente de recursos humanos, insumos y equipamiento médico, especialmente en horarios de mayor demanda.
- Promover una cultura institucional de mejora continua, orientada a la calidad y seguridad del paciente.

2. Recomendaciones al Personal de Salud (Médicos y Enfermería)

- Cumplir de manera estricta los protocolos de atención establecidos para el manejo inicial del síndrome coronario agudo.
- Priorizar la atención inmediata de pacientes con signos y síntomas sugestivos de SCA, reduciendo retrasos innecesarios.
- Mantener una comunicación efectiva y oportuna entre los miembros del equipo multidisciplinario.

- Participar activamente en programas de capacitación y actualización continua sobre emergencias cardiovasculares.
- Registrar de manera completa y precisa los tiempos de atención y procedimientos realizados, contribuyendo a la evaluación de la calidad asistencial.

3. Recomendaciones a la Dirección y Gestión Administrativa

- Diseñar estrategias de gestión hospitalaria que optimicen la asignación de recursos humanos y materiales en el servicio de emergencia.
- Implementar indicadores de calidad específicos para la atención del síndrome coronario agudo.
- Facilitar el acceso a tecnologías de información clínica que permitan un seguimiento eficiente de los tiempos de atención.
- Respalidar institucionalmente las actividades de capacitación y auditoría clínica.

4. Recomendaciones a las Autoridades Sanitarias

- Establecer lineamientos y normativas nacionales o regionales que regulen los tiempos de atención del síndrome coronario agudo.
- Supervisar el cumplimiento de estándares de calidad en los servicios de emergencia, tanto públicos como privados.
- Fomentar programas de educación continua y certificación del personal de salud en emergencias cardiovasculares.
- Promover sistemas de referencia y contrarreferencia eficientes para pacientes con SCA.

5. Recomendaciones a las Instituciones Académicas

- Incentivar la investigación científica en el área de emergencias cardiovasculares y calidad de atención.
- Incorporar contenidos actualizados sobre manejo del síndrome coronario agudo en los programas de formación de posgrado.
- Fortalecer la vinculación entre las instituciones académicas y los servicios de salud para la aplicación de evidencia científica en la práctica clínica.
- Promover el desarrollo de tesis y estudios multicéntricos que contribuyan a mejorar los tiempos de atención.

6. Recomendaciones a la Comunidad y Pacientes

- Desarrollar programas de educación comunitaria sobre el reconocimiento temprano de los síntomas del síndrome coronario agudo.
- Fomentar la consulta oportuna ante la presencia de signos de alarma cardiovasculares.
- Promover estilos de vida saludables como estrategia de prevención de enfermedades cardiovasculares

Bibliografía.

- Cannon, A. K. (2009). Síndromes coronarios agudos: diagnóstico y manejo, Parte I. Obtenido de [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(11\)60509-0/abstract](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(11)60509-0/abstract)
- Medicina, A. N. (2014). Equilibrio de líquidos en la Insuficiencia Cardíaca . Academia de Medicina. Obtenido de <https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/div/equilibrio-de-liquidos-en-la-insuficiencia-cardiaca/>
- Mendoza, A. A. (2014). TIEMPO PUERTA-BALÓN PARA PACIENTES CON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO CON ST ELEVADO INGRESADOS EN LA EMERGENCIA DEL. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo. Obtenido de <https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/575/Tiempo%20puerta-bal%C3%B3n%20para%20pacientes%20con%20infarto%20agudo%20al%20miocardio%20con%20ST%20elevado%20ingresados%20en%20la%20emergencia%20del%20Centro%20de%20Diagn%C3%B3stico%20Medici>
- Haro, J. (2015). Estimación del tiempo puerta electrocardiograma en pacientes con síndrome coronario agudo que ingresan al servicio de Urgencias del Hospital General Querétaro. Universidad Autónoma de Querétaro . Obtenido de <https://ring.uaq.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/1523/RI004595.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ventura M*, G. G. (2016). Pronóstico de pacientes con Síndrome Coronario Agudo valorados con el GRACE score vs TIMI y sus factores de riesgo. Santo Domingo. Obtenido de <https://repositorioinvestigare.pucmm.edu.do/server/api/core/bitstreams/ed05f121-a3f8-439d-8a75-88386ff7571e/content>
- Ruiz, D. (2020). Manejo inicial en Emergencia Hospitalaria de pacientes con Síndrome Coronario Agudo. Universidad Católica de Cuenca . Obtenido de <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/045b6396-4774-4c81-9dc7-d61fe0cc067b/content>
- Sofía Feliz. (2020). Factores de riesgo asociados a Síndrome Coronario Agudo en pacientes manejados en sala de emergencia del Hospital Regional Dr. Antonio Musa. San Pedro de Macorís. Obtenido de

https://uceciencia.edu.do/index.php/OJS/article/download/191/181/733?utm_source=

Andrade. (2020). Tiempo puerta-aguja en pacientes adultos con Infarto Agudo al miocardio con elevacion del segmento ST en un hospital de segundo nivel con la estrategia codigo infarto. Universidad Autonoma de San Luis de Potosí, San Luis Potosí. Obtenido de <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7323/TesisE.FM.2020.Tiempo.Andrade.pdf?sequence=1>

21, C. M. (s.f.). Acerca de nosotros del Centro Medico Siglo 21. Centro Medico Siglo 21, San Francisco de Macoris. Obtenido de <https://cmsiglo21.com/nosotros>

Kunzi, V. (2021). Analisis del proceso de Atencion de Paciente con Sindrome Coronario Agudo que fueron asistidos en un sanatorio de . Universidad Nacional de Rosario, Rosario. Obtenido de <https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/11af0003-5b82-4225-b705-2a5322df4dbe/content>

A. Montero, G. G. (2022). Sindrome Coronario Agudo en el servicio de emergencia del Hospital Universitario Clinico Quirurgico Comandante Faustino Perez HERNANDEZ . Hospital Universitario Clinico Quirurgico Comandante Faustino Perez HERNANDEZ. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242022000100100&script=sci_arttext

Dr. Sergio Rodriguez. (2023). Evaluacion de los Tiempos de Atencion del Sindorme Coronario Agudo con Elevacion del segmento ST en mujeres y su relacion de desenlaces adversos. Universidad Nacional Autonoma de Mexico, Ciudad de Mexico . Obtenido de <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/57aa52f2-0cb8-4a6c-874c-91a461d44b0b/content>

A, N. (2024). Caracteristicas Clinico epidemiologicos en paciente quienes cursaron con Sindrome Coronario Agudo en el area de urgencia en el Hospital General La Villa. Universaidad Nacional de MEXICO , Ciudad de MEXICO. Obtenido de <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/b5e7cc6c-2b3d-4f5d-9eb2-c0369fc3eaae/content>

Grande M., B. I. (2023). Caracteristicas Clinicas y tiempos de atencion en una unidad de dolor toracico del servicio de emergencias de un centro argentino. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/apcyccv/v4n2/2708-7212-apcyccv-4-02-41.pdf>

- Perez. (2024). Diagnostico situacional sobre el manejo del Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Urgencias del Hospital General ISSSTE de Querétaro. Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro. Obtenido de <https://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/11067/1/MEESC-302850.pdf>
- Polanco E, V. k. (2024). Adherencia a tiempos de atención en el manejo del Síndrome Coronario Agudo tipo Infarto Agudo al Miocardio con elevación del segmento ST en sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud. Universidad Iberoamericana, Santo Domingo. Obtenido de <https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/handle/123456789/2489>
- Rao, S. D.-H.-R. (2025). ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients with Acute Coronary Syndromes. American College of Cardiology. Obtenido de <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001309>

Anexos



Análisis de los tiempos de atención y manejo inicial del síndrome coronario agudo en el servicio de emergencias del Centro Médico siglo 21. (septiembre a diciembre 2025)

Fuente de información:

- ☐ Historia clínica
- ☐ Entrevista al paciente
- ☐ Ambos

I. Datos generales del paciente

1. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
2. Edad (años): _____
3. Procedencia: ☐ Urbana ☐ Rural
4. Fecha de ingreso: ____ / ____ / 2025
5. Hora de ingreso a emergencia: _____

II- Antecedentes Clínicos

6. Antecedentes personales: (Marque los que correspondan)
 - ☐ Hipertensión arterial
 - ☐ Diabetes mellitus
 - ☐ Dislipidemia
 - ☐ Enfermedad coronaria previa
 - ☐ Tabaquismo
 - ☐ Obesidad
 - ☐ Ninguno

7. Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular:
☐ Sí ☐ No

8. Tratamiento cardiovascular previo:
☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, especifique: _____

III. Características clínicas al ingreso

9. Motivo de consulta principal:

- ☐ Dolor torácico
- ☐ Disnea
- ☐ Náuseas/vómitos
- ☐ Diaforesis
- ☐ Síncope
- ☐ Otro: _____

10. Características del dolor torácico (si aplica):

- Inicio: ☐ Súbito ☐ Progresivo
- Localización: ☐ Retroesternal ☐ Precordial ☐ Otro
- Irradiación: ☐ Brazo izquierdo ☐ Mandíbula ☐ Espalda ☐ No irradia
- Duración: ☐ < 20 min ☐ ≥ 20 min
- Intensidad (EVA 0–10): _____

11. Signos vitales al ingreso:

- Presión arterial: _____ mmHg
- Frecuencia cardíaca: _____ lpm
- Frecuencia respiratoria: _____ rpm
- Saturación O₂: _____ %

IV. TIEMPOS DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA

12. Tiempo desde el inicio de los síntomas a la llegada a emergencias
☐ < 5 min ☐ 5–10 min ☐ > 10 min

13. Tiempo desde el ingreso hasta la primera valoración médica:
☐ < 10 min ☐ 10–20 min ☐ > 20 min

14. Tiempo desde el ingreso hasta la realización del ECG:
☐ < 10 min ☐ 10–20 min ☐ > 20 min

15. Resultado inicial del ECG:
☐ Normal
☐ Elevación del ST
☐ Depresión del ST
☐ Onda T invertida

- ☐ Arritmia
- ☐ No registrado

V. Diagnóstico y manejo clínico inicial

17. Diagnóstico presuntivo inicial:

- ☐ Angina inestable
- ☐ IAM con elevación del ST (IAMCEST)
- ☐ IAM sin elevación del ST (IAMSEST)
- ☐ Dolor torácico no coronario

18. Exámenes solicitados al ingreso:

- ☐ Troponinas
- ☐ CK-MB
- ☐ Radiografía de tórax
- ☐ Otros: _____

19. Tratamiento inicial administrado: (Marque los que correspondan)

- ☐ Aspirina
- ☐ Clopidogrel
- ☐ Nitroglicerina
- ☐ Oxígeno
- ☐ Analgésicos
- ☐ Anticoagulantes

☐ Fibrinólisis

☐ Repercusión coronaria

20. Tiempo desde el ingreso hasta la administración del primer medicamento:

- ☐ < 10 min ☐ 10–20 min ☐ > 20 min

21. Si existe en las emergencias protocolo de manejo (en físico)

☐ SI

☐ NO

22. Si la respuesta es si se manejó de acuerdo al protocolo en relación al tiempo de abordaje medios diagnóstico utilizado y tratamientos realizados

☐ Totalmente

☐ Parcialmente

☐ Ninguno

☐ Especifique los obstáculos para no aplicar el protocolo en caso negativo-

VI. Evolución y destino del paciente

21. Evolución clínica inicial:

- ☐ Estable
- ☐ Inestable hemodinámica mente

22. Complicaciones durante la atención inicial:

- ☐ Arritmias
- ☐ Shock cardiogénico
- ☐ Paro cardíaco
- ☐ Ninguna

23. Destino del paciente:

- ☐ Hospitalización
- ☐ Unidad de cuidados intensivos
- ☐ Referencia a otro centro
- ☐ Alta médica
- ☐ Fallecimiento

VII. Registro y calidad de atención

24. ¿Los tiempos de atención están claramente registrados en la historia clínica?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Parcialmente

25. Según los criterios clínicos, la atención inicial fue:

- ☐ Oportuna
- ☐ Parcialmente oportuna
- ☐ No oportuna

26. Cuáles fueron los obtaculos que presento el paciente para acudir a la atención

☐ Fisco

☐ Económica

☐ Administrativo

☐ Relacionados con el personal de salud o sistema de salud

☐ Otros especifiquen _____

