



UNIVERSIDAD CATÓLICA NORDESTANA

UCNE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

Análisis de los Tiempos de Atención y Manejo Inicial del Síndrome Coronario Agudo
en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl, período enero-
diciembre 2025.

Monográfico presentado como requisito para optar por el Título de
Doctor en Medicina

Sustentantes:

Cristopher José García Roque	2019-0530
Darwin Manuel Adino José	2019-0761
Jonardy Campo Moreta	2020-0025

Asesor:

Johnny Roy Vargas Peña, MD, MFC, MCS, SI

San Francisco de Macorís, R. D.
Enero, 2026.

**ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN Y MANEJO INICIAL DEL
SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS
DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL.**

Contenido	Pág.
Agradecimientos	i
Dedicatoria	ii
Resumen Ejecutivo	viii
Capítulo I: Introducción y Trasfondo	1
Introducción	1
Antecedentes	3
Marco Contextual.....	6
Planteamiento del Problema.....	8
Justificación	9
Objetivos	11
Variables e Indicadores	12
Definición de Términos	17
Capítulo II: Revisión de la Literatura	22
Introducción	22
Marco Conceptual o Teórico.....	22
Capítulo III: Metodología	38
Introducción	38
Diseño y Tipo de Investigación.....	38
Descripción de la Población y Muestra.....	38
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	39
Descripción del Instrumento de Recolección de Datos	39
Validez y Confiabilidad del Instrumento	39
Procedimientos.....	40
Análisis de los Datos.....	40
Alcances y Limitaciones del Estudio	40
Capítulo IV: Presentación de los Resultados	43
Introducción	43
Presentación de los Resultados	43
Capítulo V: Discusión	61
Introducción	61
Análisis de los Resultados.....	61
Conclusiones	66
Recomendaciones.....	68
Referencias Bibliográficas	70
Anexos	

Agradecimientos

A Dios: Gracias señor todo poderoso por habernos acompañado durante estos años de carrera, por ser nuestro pilar, fortaleza en los momentos más difíciles y tediosos, gracias por nunca permitirnos rendirnos y poder cumplir con este gran logro.

A la Universidad Católica Nordestana: Gracias por acogernos en sus instalaciones, por habernos ofrecido facilidades y herramientas para nuestra formación profesional, gracias por los maravillosos docentes que se dedicaron con vocación a nosotros para que el día de hoy tuviéramos los conocimientos necesarios para llegar hasta donde estamos.

A nuestro asesor el Dr. Johnny Roy Vargas Peña: Gracias por su gran desempeño y dedicación hacia nuestro grupo, por impulsarnos a dar lo mejor de nosotros para hacer una investigación de calidad, gracias por todos sus conocimientos compartidos con nosotros para la finalización de nuestro monográfico.

Los sustentantes.

Dedicatoria

A Dios Todo poderoso: Por ser mi guía, mi fortaleza y mi refugio en cada etapa de este camino. Por sostenerme en los momentos de cansancio, darme paz en la incertidumbre y permitirme culminar esta etapa tan importante de mi formación profesional.

A mi padre José Francisco García Blanco: A quien debo gran parte de este logro. Gracias por cada sacrificio, por las largas jornadas de trabajo, por nunca rendirte y hacer de mi educación una prioridad. Tus esfuerzos, fueron fundamentales para que hoy pueda alcanzar el sueño de convertirme en el profesional que siempre soñé. Gracias por enseñarme, con hechos más que con palabras, el valor del trabajo honesto, humilde, la responsabilidad y la perseverancia.

A mi madre Ana Iris Roque: Enfermera de vocación y de corazón, gracias por ser mi mayor inspiración dentro y fuera del área de la salud. Verte ejercer con entrega, humanidad y amor por los pacientes sembró en mí el deseo de servir y de convertirme en el profesional. Gracias por tu apoyo incondicional, por cada consejo, cada palabra de aliento y por enseñarme que la verdadera medicina se ejerce con conocimiento, pero sobre todo con compasión.

A mis hermanas Ashley Guadalupe García y Lesley de la Luz García: Por ser mi luz en los momentos de cansancio, mi compañía constante, Gracias por su amor, por estar presentes en cada etapa de este camino y por cuidarme incluso en los pequeños detalles. Su amor y preocupación fueron un impulso invaluable para seguir adelante, ustedes fueron el mayor regalo que me pudo dar la vida.

A mi tía Rafelina de la Luz García Blanco: Aun estando a la distancia, siempre estuvo presente de corazón. Gracias por tu apoyo constante, por preocuparte genuinamente por mí, por cada llamada, cada consejo y cada ayuda brindada a la distancia. Tu respaldo, tu fe

en mí y tu disposición para ayudar en todo momento fueron una muestra clara de tu amor y de que la distancia nunca fue un obstáculo para acompañarme en este camino.

A mis abuelos Ángela de la Luz Blanco y Francisco García: Por su apoyo, sus oraciones y la fe constante que depositaron en mí desde el inicio de este camino.

A Fernando Abraham de León Rodríguez: Mi hermano de vida. Gracias por crecer conmigo, por estar en cada etapa, en los momentos buenos y en los difíciles. Has sido apoyo, refugio y compañía desde niño hasta hoy. Compartiste mis sueños cuando aún no sabía cómo alcanzarlos y celebraste cada paso como si fuera tuyo. Saber que siempre estás ahí me dio fuerzas para no rendirme.

A mi abuela Ángela del Carmen Martínez: Mi segunda madre y uno de los pilares más grandes de mi vida. Gracias por criarme desde pequeño con amor infinito, disciplina y una entrega que solo una madre sabe dar. Aunque hoy no se encuentre físicamente conmigo, su presencia me acompaña en cada paso que doy, en cada decisión y en cada logro alcanzado. Siempre soñó con verme convertido en médico, y hoy sé, con el corazón lleno de gratitud, que este triunfo también es suyo. Su amor sigue vivo en mí y es parte de la persona y del profesional que soy.

A la familia Martínez y Blanco: Por acompañarme, apoyarme y creer en mí en cada etapa de este proceso.

A Jonardy Campo Moreta: Por compartir conmigo este camino. Gracias por cada desvelada, por el apoyo constante, por la paciencia en los días de cansancio y por tu amor que nunca faltó. Acompañarnos durante este proceso hizo la diferencia y convirtió una etapa exigente en una experiencia más llevadera y única. Cruzarnos en este camino fue la casualidad más bonita de la existencia; eres la mejor persona que la vida me pudo presentar. Llegar juntos hasta esta etapa es el reflejo de nuestro esfuerzo, pero, sobre todo, del compromiso de alma que nos une.

A Darwin M Adino José: Mi hermano, aunque no de sangre, pero regalado por la vida. Gracias por llegar a mi camino en el momento justo y quedarte. Por compartir no solo la carrera, sino también los días difíciles, el cansancio, las dudas y las pequeñas victorias que solo quien vive este proceso entiende. Tu apoyo, tu lealtad y tu presencia constante hicieron este trayecto más llevadero y real. En los hospitales, en las aulas y fuera de ellos, siempre estuviste ahí como un verdadero hermano.

A Justina Jiménez: Gracias por su bondad sincera y su corazón tan noble. Gracias por ofrecerme alimento, cuidado y apoyo en momentos importantes de mi vida, siempre con una entrega desinteresada y sin esperar nada a cambio. Sin ser parte de su familia, me ofreció cariño, protección y un trato lleno de amor. Sus gestos, sencillos pero llenos de cariño, fueron un refugio en este camino y una muestra de que la solidaridad y el afecto también construyen sueños.

Cristopher José García Roque

A Dios todo poderoso: Le doy gracias por darme la fuerza cuando sentía que no podía más, que estaba cansado y en los momentos que más te necesite me ayudaste a seguir adelante y no rendirme a tu nombre encomiendo este logro ya que sin ti fuera imposible.

A mi madre Amparo José Sánchez: Gracias por todos tus esfuerzos desde niño tú me enseñaste a leer y hacer siempre mis clases, que siempre fuera arreglado a la uní, me preparaste para la vida y este momento, sé que no he sido el mejor hijo del mundo, pero me esforcé para cambiar mi vida y que estés orgullosa de tu único hijo, que bueno que en esta vida eres mi mamá y te volvería a elegir siempre, gracias por ser la mejor madre del mundo.

A mi padre Orlando Adino Flores: No tengo con que agradecer todo lo que usted hace por mí, desde que tengo uso de razón hasta ahora levantándote a trabajar a las 4 AM sin rendirte ni decir estoy cansado para darme lo mejor, usted cambió su vida para darme todo, recuerdo un día usted me dijo estudia para que no pases todo lo yo pasé, pero como no ser como el hombre que ha dado todo por mí, gracias por ser mi papá.

A Cristopher J. García Roque: El hermano que me regaló esta carrera, el que siempre ha estado ahí conmigo desde el día que conocí hasta hoy, ayudándome y dándome ánimos, te quiero mucho bro, es curioso que siempre quise un hermano y Dios me dio uno que es más que uno de sangre, gracias por siempre estar ahí y por ser un verdadero amigo.

A Jonardy Campo Moreta: Mi otra hermana que me dio esta hermosa carrera, la que siempre está ahí apoyando todas mis locuras y también cuando necesito consejos o alguien que me escuche has estado, te quiero mucho flaca, gracias por estar y ser la otra hermana que nunca tuve, pero Dios me regaló.

A todas las personas: Aquellas personas que si me pongo a escribir en este agradecimiento nunca termino, quiero darle las gracias por darme apoyo incondicional y haber aportado ese granito de arena para que todo esto sea posible les doy infinitas gracias.

Darwin Manuel Adino José

A Dios: Por haberme dado la vida, salud, paciencia, sabiduría, confianza en mí misma y seguridad para haber llegado hasta donde estoy hoy.

A mi madre Yobanna Moreta: Por ser mi mayor ejemplo que seguir, gracias por hacer de mí la persona que soy, brindarme todo tu apoyo y no darme la espalda en todo este proceso de tantos sacrificios, por tu paciencia, por las horas de trabajo para que no me faltara nada, por cada consejo para que hoy llegara a la meta y demostrarme que todo en la vida se logra con esfuerzo.

A mi padre Leonardo Campo: Por siempre estar ahí a la disposición cuando necesitaba algo, por enseñarme que todo en la vida se gana con honestidad y responsabilidad, gracias por haber confiado en mí y apoyarme para hacerme saber que sí podía alcanzar lo que tanto me propuse en la vida.

A mi abuela Justina Jiménez: Por también hacer de mí la persona que soy hoy, por tu gran apoyo a través de todos los años de esfuerzo, gracias por todas las cosas brindadas por ti para yo avanzar en la carrera y llegar a la meta.

A mis abuelos Rafael Tobías Campos y Ana Antonia Rodríguez: Aunque ya no estén presente en este mundo siempre me daban porras antes de entrar a la carrera para ser su gran doctora como me decían, por ser uno de mis motores para seguir adelante y poder decir logré ser su Dra. Campo y hacerlos sentir orgullosos.

A Joelisa Núñez: Por cuidarme como tu otra hija, por ese apoyo incondicional y sobre todo gracias por siempre estar a la disposición de ayudarme en el transcurso de mi carrera.

A mi Familia: A mi querida familia, quiero expresar mi más agradecimiento, ustedes son la base de mi existencia y el motor de mis logros. Cada miembro de mi familia ha contribuido de manera única en este proceso, brindándome amor y apoyo.

A Cristopher J. García Roque: Gracias por estar conmigo y dar ese voto de confianza en mí y siempre decirme que las cosas estarían bien cuando me encontraba al punto del colapso, por los momentos de estudios y las desveladas juntos, gracias por apoyarme siempre en el transcurso de la carrera. Cumplir este logro juntos es un deseo para muchos y una realidad para nosotros.

A Darwin M. Adino José: Al hermano que me regaló la universidad, gracias por haber formado parte de este gran éxito, por ser ese compañero de estudio que estuvo presente durante este tiempo, por las risas y ocurrencias que me mantenían con ánimo para no rendirme.

A Orlenny Mercedes y Alexa Mercedes: Por su gran apoyo y confianza hacia mí para poder seguir adelante, aunque a veces las tenía un poco alejadas por la carrera, pero gracias por todo su amor.

Jonardy Campo Moreta

Resumen Ejecutivo

La presente investigación tuvo como objetivo analizar los tiempos de atención y el manejo inicial del Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período comprendido entre enero y diciembre del año 2025. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 20 pacientes con diagnóstico confirmado de Síndrome Coronario Agudo atendidos en el servicio de emergencias durante el período de estudio. La muestra coincidió con la población, incluyéndose todos los casos que cumplieron los criterios de inclusión y contaban con información completa y pertinente para el análisis de las variables de interés. Entre los principales hallazgos, se evidenció que, en cuanto a las características sociodemográficas, el 65.0% de los pacientes correspondió a personas de 53 años o más, el 55.0% fue de sexo masculino y el 70.0% procedía de zonas urbanas. Respecto a los tiempos de atención durante el manejo inicial, el 55.0% de los pacientes fue clasificado en triage dentro de un tiempo adecuado, el 45.0% recibió evaluación médica inicial oportuna posterior al triage y el 50.0% fue sometido a la realización del electrocardiograma en un tiempo adecuado desde su llegada al servicio de emergencias. Asimismo, el 55.0% tuvo un tiempo adecuado hasta el primer contacto médico; en el 35.0% de los casos no aplicó la colocación de fibrinólisis y el 55.0% recibió el antiagregante plaquetario en un tiempo adecuado, igual o menor a 10 minutos. En relación con los factores que ocasionaron retrasos en los tiempos críticos del manejo inicial, el 55.0% de los casos contó con disponibilidad suficiente de personal de salud, el 50.0% se atendió en un contexto de alta saturación del servicio de emergencias y el 85.0% dispuso de electrocardiógrafo funcional. Además, el 50.0% del personal presentó alta capacidad para reconocer oportunamente los síntomas del Síndrome Coronario Agudo, el 55.0% de los pacientes tuvo movilización intrahospitalaria adecuada y el

45.0% no experimentó demoras administrativas. En cuanto a las consecuencias clínicas y operativas, el 50.0% de los pacientes no presentó complicaciones intrahospitalarias, el 55.0% no requirió ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, el 45.0% tuvo una estancia hospitalaria corta y el 50.0% presentó deterioro hemodinámico leve. Asimismo, el 50.0% de los casos presentó retrasos en el flujo del servicio de emergencias y el 80.0% no falleció durante las primeras 24 horas. El análisis de los cruces de variables evidenció que la mayor frecuencia correspondió a pacientes que recibieron ECG funcional y no fallecieron en las primeras 24 horas, a pacientes con movilización intrahospitalaria adecuada que no presentaron complicaciones, a pacientes sin complicaciones que no requirieron ingreso a la UCI y a aquellos que no presentaron complicaciones intrahospitalarias, pero sí deterioro hemodinámico leve. El estudio concluyó que, los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo correspondieron predominantemente a personas de mayor edad, de sexo masculino y procedentes de zonas urbanas. Se evidenció variabilidad en los tiempos de atención durante el manejo inicial, con retrasos en etapas clave como la evaluación médica posterior al triage y la realización del electrocardiograma. Aunque se contó con recursos humanos y tecnológicos en la mayoría de los casos, la saturación del servicio, las limitaciones en el reconocimiento oportuno de los síntomas, las dificultades en la movilización intrahospitalaria y las demoras administrativas influyeron en la oportunidad de la atención. A pesar de ello, los desenlaces clínicos tempranos fueron favorables, con baja mortalidad, y los cruces de variables mostraron que la atención oportuna, especialmente la realización del electrocardiograma y la movilización adecuada se asoció con una evolución clínica más favorable.

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN Y TRASFONDO

Capítulo I: Introducción y Trasfondo

Introducción

El síndrome coronario agudo (SCA), se entiende como un conjunto de condiciones clínicas que comparten un mismo origen: la disminución súbita del flujo sanguíneo en las arterias coronarias, lo que provoca isquemia del músculo cardíaco y puede evolucionar hasta un infarto. (Montero et al., 2022). Debido a esta fisiopatología común, el SCA representa una de las emergencias cardiovasculares más relevantes a nivel mundial y constituye un importante problema de salud pública por su elevada incidencia, mortalidad y secuelas asociadas.

Este impacto global también se refleja en el contexto dominicano. Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de muerte en la República Dominicana, representando aproximadamente el 38.8% de los fallecimientos, de los cuales cerca del 23% corresponden a cardiopatía isquémica. (Virani et al., 2021). Dentro de este grupo, el síndrome coronario agudo ocupa un lugar prioritario, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de diagnóstico y tratamiento oportuno en los servicios de emergencia.

En este sentido, la mortalidad en los síndromes coronarios agudos se encuentra estrechamente relacionada con el tipo de síndrome, la disponibilidad de recursos hospitalarios y, sobre todo, el tiempo en que se instaura la terapia adecuada, tal como lo establecen las guías clínicas europeas y americanas (Schäfer et al., 2022). En el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCAST), la mortalidad hospitalaria en pacientes que no reciben terapia de reperfusión en el tiempo recomendado oscila entre un 15% y un 30%. Sin embargo, cuando la reperfusión se realiza de forma temprana, la mortalidad disminuye a un 8% en pacientes tratados con trombólisis y a cerca de un 4% en aquellos sometidos a angioplastia primaria o estrategias combinadas. (Schäfer et al., 2022). Asimismo, la

insuficiencia cardíaca se presenta en el 23% de los pacientes no reperfundidos y se reduce al 13% en quienes reciben tratamiento oportuno.

Estos hallazgos demuestran que la reducción de la mortalidad en el SCA depende directamente de la rapidez y calidad de la atención brindada. Por esta razón, el análisis de los tiempos de atención se ha convertido en un elemento esencial para optimizar el manejo del paciente con síndrome coronario agudo. La oportunidad en la realización del electrocardiograma inicial, la toma de biomarcadores cardíacos y la activación de las terapias de reperfusión son factores determinantes para mejorar el pronóstico clínico.

De igual manera, la atención del paciente con SCA requiere intervenciones médicas inmediatas y coordinadas. Entre estas se incluyen la evaluación clínica inicial, la realización de un electrocardiograma de 12 derivaciones dentro de los primeros 10 minutos del ingreso, la determinación de troponinas séricas de alta sensibilidad y la instauración de terapia antiagregante y anticoagulante según el tipo de síndrome. (Thygesen et al., 2019). Estas acciones permiten clasificar el riesgo del paciente y definir tempranamente la estrategia terapéutica más adecuada.

En el Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, el síndrome coronario agudo constituye una de las principales causas de ingreso en el área de emergencias. Esta situación resalta la importancia de evaluar la oportunidad y calidad de la atención brindada a estos pacientes. La coordinación entre el personal médico, el laboratorio clínico y la unidad de hemodinamia es fundamental para cumplir con los tiempos recomendados por las guías internacionales.

En este capítulo se presenta la estructura teórica que sustenta la investigación. En él se incluyen los antecedentes más relevantes vinculados al tema, el marco conceptual, la formulación del problema, la justificación y los objetivos, tanto el general como los

específicos. Asimismo, se describen las variables con sus respectivos indicadores y se incorporan las definiciones operativas de los términos.

Antecedentes

El estudio de Ruiz (2020), titulado “Manejo inicial en emergencia hospitalaria de pacientes con síndrome coronario agudo: Revisión bibliográfica”, España. Entre los resultados más relevantes se encontró que el Síndrome coronario agudo continúa siendo una de las emergencias cardiovasculares más frecuentes a nivel mundial, y que el dolor precordial estuvo presente en el 89.84 % de los casos analizados. Asimismo, se evidenció que el electrocardiograma fue utilizado en el 100 % de los pacientes, permitiendo confirmar la presentación más frecuente: el SCASEST. El tratamiento inicial incluyó la doble terapia antitrombótica, el uso de antianginosos, la trombólisis con Estreptoquinasa o Alteplase y la intervención coronaria percutánea dentro de un tiempo óptimo inferior a 120 minutos.

Bernal (2021), realizó un estudio titulado: “Caracterización del paciente con síndrome coronario agudo, antes y durante la contingencia sanitaria en el Hospital Regional 1° de Octubre”, México. Los resultados mostraron que el tiempo promedio desde el inicio del acmé del dolor hasta la llegada al hospital fue de 6 horas con 26 minutos en 2019 y 5 horas con 44 minutos en 2020. La atención por el médico de urgencias osciló entre 10 minutos y 1 hora durante ambos años, mientras que la valoración por cardiología se realizó en menos de 15 minutos tanto en 2019 como en 2020. Se observó una disminución en el número de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo durante el 2020, aunque sin cambios significativos en el perfil clínico de los mismos.

Orjuela y Soto (2021), realizaron el estudio titulado “Factores asociados a la falta de oportunidad en la terapia de reperfusión miocárdica en pacientes con síndrome coronario agudo en una institución de salud”, Colombia. Los resultados mostraron que la mayoría de los eventos (63.00%) ocurrió en horarios nocturnos, fines de semana o días festivos, que solo el

47.00% de los pacientes con ST elevado llegó dentro de las primeras 12 horas, y que el 52.00% recibió una intervención coronaria primaria de forma tardía, superando los 90 minutos. Además, la falta de oportunidad se asoció significativamente con el horario del evento, el tiempo hasta el ECG, el tiempo de atención médica inicial y el tiempo de valoración por el hemodinamista.

Reyes y Lilia (2021), en el estudio titulado “Comparación de los tiempos de atención médica del paciente con infarto agudo al miocardio con elevación del ST del servicio de urgencias en el HGZ 2 con los tiempos recomendados en el código infarto”, México. Los resultados mostraron que, en 26 pacientes evaluados, con edad media de 63.50 ± 9.70 años y predominio masculino (69.20%), el tiempo puerta-aguja fue adecuado, pero los tiempos de transferencia (109.60 ± 29.30 minutos) y puerta-balón (585.00 ± 243.80 minutos) fueron significativamente mayores a los recomendados ($p < 0.001$).

Por su parte, Solans et al. (2021), en su trabajo “Descripción de los factores de riesgo presentes en pacientes con síndrome coronario agudo atendidos en urgencias”, España. Los resultados evidenciaron una población de 351 pacientes, mayoritariamente hombres (67%), con edad media de 71.62 años. Entre los factores asociados al episodio agudo destacaron acudir por sus propios medios dentro de las primeras seis horas, presentar dolor opresivo y clasificarse como prioridad II. Clínicamente predominaron hipertensión arterial, dislipidemia, antecedentes cardíacos y polimedicación, y en la evolución se observó un perfil de alto riesgo con elevación de troponina, diagnóstico de infarto agudo de miocardio y necesidad de tratamiento invasivo.

La investigación de Tabares, et al. (2021), titulada “Las ‘Vías Clínicas’ como estrategia de mejoramiento en el manejo del Síndrome Coronario Agudo: una revisión narrativa”, Colombia. Los resultados revelaron que la implementación de vías clínicas mejoró significativamente el tiempo puerta-balón, redujo la estancia hospitalaria y aumentó las altas

tempranas, sin generar efectos adversos en la seguridad del paciente. Sin embargo, no se encontraron cambios significativos en la mortalidad ni en los tiempos puerta-aguja o puerta-ECG.

Otro estudio relacionado es el de Montero, et al. (2022), cuyo título fue “Síndrome coronario agudo en el servicio de emergencias del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández, de Matanzas, Cuba”. Entre los hallazgos más importantes se reportó que el 83 % de los pacientes llegó a la unidad en transporte sanitario y que el grupo de edad más afectado fue el de 70 a 79 años. Predominó el sexo masculino y el síndrome coronario agudo con elevación del ST fue la presentación más frecuente. Se observó un mayor número de diagnósticos durante los meses de invierno y en horas de la mañana. Además, la trombólisis administrada en las primeras seis horas mostró resultados favorables, evidenciados por la desaparición del dolor y la regresión electrocardiográfica.

El estudio de Noyola (2023), titulado “Características clínico-epidemiológicas en pacientes quienes cursaron con síndrome coronario agudo en el área de urgencias en el Hospital General La Villa, Cuba, en el periodo 2022-2023”. Entre los resultados más relevantes se identificó un claro predominio del sexo masculino (74.00%), mayor afectación en los grupos de 60-69 años y 50-59 años, y una presentación clínica caracterizada principalmente por infarto agudo de miocardio con elevación del ST (77.00%). Además, se evidenció alta frecuencia de factores de riesgo como sedentarismo, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus y tabaquismo, así como una mortalidad más elevada en hombres que en mujeres.

Otro estudio relacionado es el de Martínez et al. (2024), cuyo título fue “Impacto del sexo en los tiempos de cateterismo y en el uso de pretratamiento antiagregante plaquetario en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST)”, España. Sus resultados mostraron que las mujeres eran mayores y más frágiles que los

hombres, recibían con mayor frecuencia clopidogrel, y se sometían en menor proporción a coronariografía precoz, a pesar de tener las mismas indicaciones clínicas. No obstante, el análisis ajustado reveló que la fragilidad y no el sexo, fue el factor determinante en los retrasos del cateterismo.

Pérez (2024), desarrolló el estudio titulado “Diagnóstico situacional sobre el manejo del síndrome coronario agudo en el servicio de urgencias del Hospital General ISSSTE de Querétaro, Mexico, durante el 2018-2022”. En los resultados se identificó una alta prevalencia de comorbilidades (93.6 %), destacando la hipertensión arterial (65 %) y la diabetes mellitus (38 %). Se documentó además una variabilidad en la localización del infarto, siendo la presentación postero anterior la más frecuente dentro de las categorías específicas. En cuanto al tratamiento, la fibrinólisis presentó una efectividad del 87.6 %, mientras que la angioplastia primaria alcanzó un éxito del 95.1 %. La tasa global de supervivencia fue de 93.6 %.

Jiménez et al. (2025), en el estudio “Índice de pronóstico multidimensional como predictor de síndrome coronario agudo en adultos mayores hipertensos”, desarrollaron un estudio longitudinal analítico en la Unidad de Medicina Familiar No. 04 “Niños Héroes”, México, entre noviembre de 2024 y abril de 2025. Los resultados mostraron que los participantes tuvieron edad media de 69.50 años, con alta prevalencia de diabetes mellitus (46.50%) y dislipidemia (33.60%). Se documentaron seis casos de síndrome coronario agudo, cuatro con elevación del ST, principalmente en el grupo con puntaje alto del índice; sin embargo, la curva ROC evidenció una capacidad predictiva baja (AUC 0.44, sensibilidad 88%, especificidad 0%).

Marco Contextual

El Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl abrió sus puertas el 25 de julio de 1926, con la finalidad de brindar servicios médicos a la población de San Francisco de Macorís. Antes de convertirse en un centro asistencial, el inmueble había funcionado como

cuartel y fue adquirido por Juan Francisco Brea de Castillo, quien facilitó su transformación en un hospital nombrado en honor a San Vicente de Paúl, reconocido por su labor caritativa. (Morales, 2019).

En la actualidad, la institución forma parte de la Región III del sistema de salud de la República Dominicana y ofrece cobertura a varias provincias del nordeste, incluyendo Duarte, Samaná, María Trinidad Sánchez, Río San Juan y Salcedo, lo que equivale a una población estimada de 963,559 habitantes. El municipio abarca zonas urbanas, urbanizaciones, barrios, distritos municipales y comunidades rurales. Como centro asistencial de tercer nivel, dispone de 500 camas y servicios especializados en áreas como emergencia, cirugía, laboratorio clínico y patología. (Lizarazo, 2019).

El Hospital San Vicente de Paúl ofrece servicios de atención en salud a los usuarios que requieran atenciones ambulatorias o de internamiento, especialmente a aquellos de bajos recursos, ciudadanos de la región nordeste. (Lizarazo, 2019).

El servicio de emergencias está estructurado con estaciones de triage, sala de curaciones, cinco áreas destinadas a nebulización, farmacia, unidad de trauma shock, sección de ginecología, diez camas para observación, área de descanso para el personal, estaciones de enfermería y un espacio académico donde los residentes de emergenciología analizan casos clínicos. (Morales, 2019).

La misión del hospital se orienta a ofrecer atención sanitaria oportuna y de calidad a los habitantes del nordeste, posicionándose como un referente regional. Su visión busca consolidarlo como un hospital universitario docente, sustentado en la mejora continua y la autosostenibilidad. Entre sus valores fundamentales destacan el compromiso institucional, la equidad, la oportunidad, el respeto y el trato humanizado hacia los usuarios. (Morales, 2019).

Tras la remodelación realizada en 1998, el centro asumió formalmente un rol docente. Desde entonces, recibe estudiantes de las carreras de ciencias de la salud de la Universidad

Autónoma de Santo Domingo (UASD) y de la Universidad Católica Nordestana (UCNE), así como alumnos de las escuelas de auxiliares de enfermería CAAE y ADOSECAEN. (Morales, 2019).

Planteamiento del Problema

El Síndrome Coronario Agudo (SCA), constituye una de las principales emergencias cardiovasculares y representa una causa importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Su pronóstico depende en gran medida de la rapidez con la que el paciente recibe atención médica durante las primeras horas del evento. En este sentido, los tiempos críticos como el tiempo puerta-ECG, puerta-aguja y puerta-balón son indicadores fundamentales para evaluar la calidad del manejo inicial. Cualquier retraso durante estas etapas puede traducirse en un incremento significativo del daño miocárdico, complicaciones agudas y riesgo de muerte.

En el contexto de la República Dominicana, particularmente en la provincia Duarte, el Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl es el principal centro de referencia para la atención de emergencias cardiovasculares. No obstante, diversos factores institucionales, operativos y asistenciales pueden influir en la eficacia del manejo inicial del síndrome coronario agudo. Entre las posibles causas de retrasos se encuentran la saturación del servicio de emergencias, limitaciones en la disponibilidad inmediata de electrocardiograma, demoras en el reconocimiento inicial del cuadro clínico, descoordinación entre los equipos de emergencia y cardiología, y tiempos prolongados para la toma y reporte de biomarcadores cardíacos.

Estas dificultades generan consecuencias relevantes para la salud del paciente, incluyendo la demora en el ECG inicial y en el inicio del tratamiento; el aumento del tiempo puerta-ECG y la posibilidad de diagnósticos tardíos; tiempos de espera prolongados para la evaluación médica; retrasos en el inicio de terapias de reperfusión como la trombólisis o la

referencia oportuna para angioplastia; dificultad para identificar cuellos de botella en el flujo de atención; variabilidad clínica que produce retrasos en las decisiones terapéuticas; demora en el diagnóstico definitivo; baja adherencia a los estándares internacionales de atención; llegada tardía del paciente al hospital y, en consecuencia, un incremento de la mortalidad al recibir atención en fases avanzadas del daño miocárdico. De igual modo, afectan los indicadores institucionales de calidad y limitan la capacidad del servicio para responder eficazmente a la demanda.

Ante este panorama, resulta necesario realizar un análisis detallado de los tiempos de atención y del manejo inicial que reciben los pacientes con síndrome coronario agudo en el servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paúl.

A partir de esta problemática, se plantean las siguientes interrogantes para investigación:

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl durante el período enero- diciembre 2025?

¿Cuáles son los tiempos de atención registrados durante el manejo inicial de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias?

¿Qué factores ocasionan retrasos en los tiempos críticos del manejo inicial del Síndrome Coronario Agudo?

¿Qué consecuencias clínicas y operativas se asocian a los tiempos prolongados de atención en el Síndrome Coronario Agudo?

Justificación

El Síndrome Coronario Agudo (SCA) continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad en los servicios de emergencias a nivel mundial y nacional. Su evolución clínica depende, en gran medida, de la rapidez con la que se identifican los síntomas, se

confirma el diagnóstico mediante electrocardiografía y se inicia el tratamiento oportuno, especialmente en los casos que requieren perfusión temprana. En consecuencia, la evaluación de los tiempos de atención constituye un elemento esencial para garantizar una atención oportuna, reducir complicaciones y mejorar la supervivencia de los pacientes afectados. (Rao, et al. 2025).

La realización de esta investigación resulta conveniente porque permite analizar un proceso crítico en la atención cardiovascular dentro del principal centro asistencial del nordeste dominicano: el Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl. En este contexto, diversos factores institucionales, operativos y clínicos pueden incidir en la rapidez con que los pacientes reciben manejo inicial, lo cual hace necesario un estudio sistemático que permita comprender cómo se están desarrollando actualmente estos procesos. La elección de este tema se justifica, además, porque el síndrome coronario agudo es una condición tiempo-dependiente, donde cada minuto de retraso incrementa el riesgo de daño miocárdico irreversible, complicaciones mayores y mortalidad precoz, por lo que su análisis contribuye directamente a mejorar la calidad asistencial.

La investigación busca aportar soluciones a problemáticas relevantes, como los posibles retrasos en el triage, en la realización del electrocardiograma, en la interpretación diagnóstica, en la disponibilidad de terapia inicial o en la coordinación entre el personal de emergencias y cardiología. Estos aspectos, poco documentados en el contexto local, requieren ser identificados para plantear intervenciones correctivas que permitan fortalecer el flujo de atención del paciente con sospecha de síndrome coronario agudo.

Su relevancia social radica en que los resultados pueden beneficiar tanto a los pacientes que acuden al servicio de emergencias como a la institución de salud, al ofrecer evidencia que facilite la toma de decisiones orientadas a mejorar los tiempos de respuesta y la adherencia a las guías clínicas vigentes. De igual modo, el estudio tiene implicaciones

prácticas al permitir la formulación de propuestas concretas como la optimización de protocolos, el fortalecimiento de la capacitación del personal y la mejora de los circuitos intrahospitalarios, medidas que pueden reducir la morbilidad asociada al síndrome coronario agudo en la población de San Francisco de Macorís y zonas aledañas.

Desde una perspectiva académica, la investigación aporta un valor teórico al documentar los factores que intervienen en el retraso del manejo inicial en un hospital regional de referencia, información que, hasta el momento, no ha sido ampliamente reportada en la literatura local. Además, contribuye a enriquecer el cuerpo de conocimientos sobre la calidad de la atención cardiovascular en entornos de recursos limitados, lo que puede servir como base para futuros estudios comparativos o para el diseño de intervenciones institucionales.

Objetivos

Objetivo General

Analizar los tiempos de atención y el manejo inicial del Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl.

Objetivos Específicos

Describir las características sociodemográficas de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl durante el período enero- diciembre 2025.

Describir los tiempos de atención registrados durante el manejo inicial de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias.

Identificar los factores que ocasionan retrasos en los tiempos críticos del manejo inicial del Síndrome Coronario Agudo.

Determinar las consecuencias clínicas y operativas asociadas a los tiempos prolongados de atención en el Síndrome Coronario Agudo.

Variables e Indicadores

Objetivo	Variables	Definición	Indicadores	Escala
Describir las características sociodemográficas de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl durante el período enero- diciembre 2025.	Características Sociodemográficas	Conjunto de atributos personales, sociales y poblacionales que permiten describir y clasificar a los individuos según variables como edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación y procedencia, facilitando el análisis del perfil de la población estudiada en	Edad	18-22 años 23- 27 años 28-32 años 33-37 años 38-42 años 43-47 años 48-52 años Mayor de 53 años
			Sexo	Masculino Femenino
			Procedencia	Rural Urbana

		un contexto determinado.		
Describir los tiempos de atención registrados durante el manejo inicial de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias.	Tiempos de atención en el manejo inicial del síndrome coronario agudo	Intervalos en minutos entre los pasos críticos del proceso de atención inicial del paciente con síndrome coronario agudo, desde su llegada al servicio de emergencias hasta la realización de intervenciones diagnósticas y terapéuticas clave.	Tiempo puerta-triage	Adecuado: ≤ 5 minutos Retraso: 6-10 minutos Retraso severo: > 10 minutos
			Tiempo triage-evaluación médica inicial	Adecuado: ≤ 10 minutos Retraso: 11-20 minutos Retraso severo: > 20 minutos
			Tiempo puerta-ECG	Adecuado: ≤ 10 minutos Retraso: 11-20 minutos Retraso severo: > 20 minutos

			Tiempo puerta- primer contacto médico	Adecuado: ≤ 15 minutos Retraso: 16- 30 minutos Retraso severo: > 30 minutos
			Tiempo puerta- fibrinólisis (si aplica)	Adecuado: ≤ 30 minutos Retraso: 31- 45 minutos Retraso severo: > 45 minutos
			Tiempo puerta- primera dosis de antiagregante	Adecuado: ≤ 10 minutos Retraso: 11- 20 minutos Retraso severo: > 20 minutos

Identificar los factores que ocasionan retrasos en los tiempos críticos del manejo inicial del Síndrome Coronario Agudo.	Factores asociados al retraso	Elementos estructurales, logísticos, clínicos y organizativos que influyen en que los tiempos de atención superen los estándares recomendados	Disponibilidad de personal	Si No
			Saturación del servicio	Alta Moderada Baja
			Disponibilidad de electrocardiógrafo	Si No
			Capacidad del personal para reconocer síntomas	Alta Media Baja
			Tiempo de movilización del paciente dentro del hospital	Adecuado: ≤ 5 minutos Retraso: 6-10 minutos Retraso severo: > 10 minutos
Determinar las consecuencias		Efectos negativos	Demoras administrativas (registro, autorización, etc.)	Hubo retraso No hubo retraso
			Complicaciones intrahospitalarias	Arritmias Shock

clínicas y operativas asociadas a los tiempos prolongados de atención en el Síndrome Coronario Agudo.	Consecuencias clínicas y operativas	sobre el estado del paciente y sobre la dinámica del servicio derivados de los tiempos de atención prolongados.		cardiogénic o Falla cardíaca Otra Ninguna
			Necesidad de cuidados avanzados (UCI)	Si No
			Estancia hospitalaria no	Estancia corta: ≤ 3 días Estancia moderada: 4- 6 días Estancia prolongada: ≥ 7 días
			Deterioro hemodinámico	Leve Moderado Grave
			Retrasos en el flujo del servicio	Si No

			Mortalidad dentro de las primeras 24 horas	Si No
--	--	--	--	--------------

Definición de Términos

Arritmia: Alteración del ritmo cardíaco caracterizada por una frecuencia acelerada, lenta o irregular, originada por disfunciones en el sistema eléctrico del corazón. (Boskis, 2024).

Código infarto: Protocolo asistencial integral y multidisciplinario destinado a optimizar la atención oportuna y coordinada del paciente con Infarto Agudo de Miocardio. (Borrayo, 2020).

Cuidados intensivos: Sistema estructurado de atención dirigido a pacientes en estado crítico, que brinda cuidados médicos y de enfermería altamente especializados, con monitorización continua y soporte avanzado de funciones vitales ante fallas orgánicas potencialmente mortales. (Marshall et al., 2020).

Electrocardiograma: Es un estudio diagnóstico que permite registrar la actividad eléctrica que genera el corazón durante cada latido, ofreciendo información esencial para identificar alteraciones cardíacas. (Lara, 2024).

Estancia hospitalaria: Cantidad de días que un paciente permanece hospitalizado desde su ingreso hasta el alta médica, clasificándose en corta (≤ 3 días), moderada (4- 6 días) o prolongada (≥ 7 días). (Gómez et al., 2023).

Falla cardíaca: Síndrome clínico complejo derivado de alteraciones estructurales o funcionales que comprometen el llenado ventricular o la capacidad de eyección sanguínea del corazón. (Shams et al., 2025).

Fibrinólisis: Consiste en la administración intravenosa de un medicamento capaz de disolver un coágulo que obstruye una arteria, permitiendo restablecer el flujo sanguíneo y

asegurar que los tejidos reciban el oxígeno y los nutrientes que necesitan. (Espinosa y Reverter, 2021).

Hemodinamia: Procedimiento diagnóstico y terapéutico mínimamente invasivo que emplea catéteres guiados por fluoroscopia para el estudio y tratamiento de enfermedades congénitas o adquiridas del sistema vascular. (Echeverri et al., 2019).

Intervención Coronaria Percutánea (ICP): Es un procedimiento terapéutico mínimamente invasivo cuyo propósito es corregir el estrechamiento u obstrucción de una arteria coronaria para mejorar el suministro de sangre al tejido afectado. Autor institucional. (Montero et al., 2022).

Mortalidad: Indicador que expresa el número de fallecimientos ocurridos dentro de una población durante un período determinado. (Fernández, 2020).

Protocolo de actualización en el manejo de síndrome coronario agudo: se centran en la rapidez diagnóstica y la estrategia de reperfusión en <90 min para IAMCEST, o trombólisis si hay retraso, además de terapia antiplaquetaria dual optimizado, manejo agresivo de lípidos y prevención secundaria con rehabilitación cardíaca y adherencia a poli píldoras para reducir eventos a largo plazo. (Raos, et al., 2025).

Reperfusion: Se refiere al proceso mediante el cual se restituye el flujo de sangre hacia un área que previamente había experimentado una disminución o interrupción de este debido a una obstrucción arterial. (Clínica Universidad de Navarra, 2022).

Shock cardiogénico: Condición clínica originada por una disfunción cardíaca primaria, caracterizada por hipoperfusión tisular evidenciada mediante manifestaciones clínicas y alteraciones bioquímicas. (Kosaraju et al., 2025).

Síndrome Coronario Agudo (SCA): Hace referencia a un conjunto de condiciones caracterizadas por una reducción brusca o una interrupción significativa del flujo sanguíneo dirigido al músculo cardíaco. (Montero et al., 2022).

Tiempo puerta- electrocardiograma (ECG): Lapso comprendido entre la llegada del paciente al servicio de emergencias y la realización del primer electrocardiograma, clasificándose como adecuado (≤ 10 minutos), retraso (11- 20 minutos) o retraso severo (> 20 minutos). (Kienbacher et al., 2022).

Tiempo puerta- fibrinólisis: Intervalo de tiempo desde el ingreso del paciente al servicio de emergencias hasta la administración del tratamiento fibrinolítico, cuando está indicado, categorizado como adecuado (≤ 30 minutos), retraso (31- 45 minutos) o retraso severo (> 45 minutos). (Kienbacher et al., 2022).

Tiempo puerta- primer contacto médico: Tiempo transcurrido desde la llegada del paciente al servicio de emergencias hasta el primer contacto directo con un médico, considerándose adecuado (≤ 15 minutos), retraso (16- 30 minutos) o retraso severo (> 30 minutos). (Kienbacher et al., 2022).

Tiempo puerta- primera dosis de antiagregante: Período entre la llegada del paciente al servicio de emergencias y la administración inicial de un fármaco antiagregante plaquetario, clasificado como adecuado (≤ 10 minutos), retraso (11- 20 minutos) o retraso severo (> 20 minutos). (Kienbacher et al., 2022).

Tiempo puerta- triage: Intervalo comprendido entre el ingreso del paciente al servicio de emergencias y su clasificación según el sistema de triage, categorizado como adecuado (≤ 5 minutos), retraso (6- 10 minutos) o retraso severo (> 10 minutos). (Kienbacher et al., 2022).

Tiempo triage-evaluación médica inicial: Lapso entre la asignación del nivel de triage y la primera valoración médica del paciente, considerándose adecuado (≤ 10 minutos), retraso (11- 20 minutos) o retraso severo (> 20 minutos). (Kienbacher et al., 2022).

Triage: Es un mecanismo de clasificación que organiza a los pacientes según la gravedad de su condición, permitiendo gestionar de manera segura y eficiente la atención cuando la demanda supera la disponibilidad de recursos. (Soler et al., 2020).

CAPÍTULO II
REVISIÓN DE LA LITERATURA

Capítulo II: Revisión de la Literatura

Introducción

El Capítulo II desarrolla el marco conceptual que sustenta esta investigación, estableciendo las definiciones, teorías y categorías claves necesarias para comprender el fenómeno estudiado. En este apartado se organizan y explican los conceptos fundamentales que permiten interpretar adecuadamente las variables de estudio, así como la relación entre ellas. De esta manera, el capítulo proporciona la base teórica que orienta el análisis, facilita la coherencia metodológica y contribuye a una mejor comprensión de los resultados presentados posteriormente.

Marco Conceptual o Teórico

Síndrome Coronario Agudo

El síndrome coronario agudo (SCA) se emplea para identificar a los pacientes que presentan indicios o confirmación clínica de isquemia miocárdica de aparición reciente. Esta condición se produce como consecuencia de una reducción súbita del flujo sanguíneo en las arterias coronarias. Aunque esta disminución puede deberse a diferentes causas, la más frecuente es la ruptura de una placa aterosclerótica, fenómeno que da lugar a la formación de un trombo y compromete de manera aguda la perfusión cardíaca. Otras etiologías menos comunes incluyen la embolia coronaria, reportada aproximadamente en un 2,9% de los casos, la isquemia asociada al consumo de cocaína, así como la disección o el vasoespasma de las arterias coronarias. (Cruz et al., 2024).

Estas manifestaciones clínicas no son ajenas al contexto de salud cardiovascular en la República Dominicana, donde los factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes y el consumo de tabaco continúan siendo altamente prevalentes.

Desde la perspectiva electrocardiográfica, el SCA se clasifica según las alteraciones observadas en el electrocardiograma (ECG). Una de sus formas es el síndrome coronario

agudo con elevación del segmento ST (SCAST), caracterizado por la elevación de dicho segmento en el trazado eléctrico. La segunda variante es el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCANST), en el cual no se evidencia esta elevación. Esta última categoría incluye tanto el infarto agudo de miocardio (IAM) sin elevación del segmento ST como la angina inestable. La diferencia principal entre ambos radica en los biomarcadores: mientras en el IAM sin elevación del ST se detectan valores positivos de troponina de alta sensibilidad, en la angina inestable estos permanecen dentro del rango normal. (Jayaraj et al., 2019).

Síndrome Coronario Agudo tipo Infarto Agudo de Miocardio (IAM)

El Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es definido por el consenso conjunto de 2018 entre la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), el Colegio Americano de Cardiología (ACCF), la Asociación Americana del Corazón (AHA) y la Federación Mundial del Corazón (WHF) como la presencia de una lesión miocárdica reciente, evidenciada por biomarcadores cardíacos elevados en el contexto clínico de isquemia miocárdica aguda. Esta definición integra tanto la alteración analítica como la demostración clínica o instrumental del compromiso isquémico. (Revista Española de Cardiología, 2019).

Según Thygesen et al. (2019), en función del mecanismo fisiopatológico que provoca la reducción del aporte de oxígeno en un territorio específico del músculo cardíaco, el IAM se clasifica en cinco categorías principales:

IAM tipo 1: corresponde a los casos originados por la ruptura, erosión, fisura o ulceración de una placa aterosclerótica, lo que desencadena la formación de un trombo intraluminal en una o varias arterias coronarias. Este proceso limita de forma aguda el flujo sanguíneo y produce necrosis miocárdica. Aunque suele asociarse con enfermedad coronaria obstructiva significativa, en aproximadamente un 5-10% de los pacientes, particularmente en

mujeres, puede presentarse con aterosclerosis no obstructiva o incluso sin evidencia angiográfica de enfermedad coronaria.

IAM tipo 2: se refiere a la necrosis del tejido miocárdico causada por un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno, sin relación directa con la inestabilidad de una placa aterosclerótica. Entre los mecanismos implicados se incluyen estados de hipertensión o hipotensión, arritmias tanto bradiarritmias como taquiarritmias, anemia, hipoxemia, vasoespasma coronario, disección coronaria espontánea, embolia coronaria y disfunción microvascular.

IAM tipo 3: se diagnostica cuando el cuadro clínico sugiere un infarto agudo y el evento conduce a la muerte antes de obtener resultados de biomarcadores cardíacos, lo que impide su confirmación analítica.

IAM tipo 4: está vinculado a la intervención coronaria percutánea. Se clasifica como tipo 4A cuando el infarto ocurre en relación directa con el procedimiento, y tipo 4B cuando se asocia con trombosis del stent previamente implantado.

IAM tipo 5: se presenta en el contexto de una cirugía de revascularización coronaria mediante injerto (derivación aortocoronaria).

Desde la perspectiva del electrocardiograma (ECG), el IAM se divide en dos grandes presentaciones clínicas según la presencia o ausencia de elevación del segmento ST. El Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del ST (IAMST) se caracteriza por una elevación clara de este segmento en el trazado electrocardiográfico, mientras que el Infarto Agudo de Miocardio sin Elevación del ST (IAMNST) se distingue por la ausencia de dicha elevación. Esta diferenciación es fundamental, ya que determina estrategias terapéuticas distintas y se asocia a diferencias importantes en el pronóstico del paciente. (Thygesen et al., 2019).

Síndrome Coronario Agudo tipo Angina Inestable

La angina inestable se caracteriza por episodios de isquemia miocárdica que ocurren en reposo o ante esfuerzos mínimos, sin que exista evidencia de lesión aguda ni necrosis de los cardiomiocitos. Con la introducción de las troponinas de alta sensibilidad, el diagnóstico de esta entidad ha disminuido de manera considerable, ya que muchos casos que antes se clasificaban como angina inestable ahora cumplen criterios bioquímicos para Infarto Agudo de Miocardio sin elevación del segmento ST (IAMNST). (Collet et al., 2021).

Los pacientes con angina inestable presentan un riesgo significativo de eventos adversos; sin embargo, en comparación con quienes cursan un IAMNST, se benefician en menor medida de terapias antiagregantes intensivas o de estrategias invasivas tempranas durante las primeras 72 horas. (Collet et al., 2021). Esta diferenciación terapéutica es clave para priorizar intervenciones y optimizar recursos en la atención cardiovascular.

Epidemiología

A escala global, las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de muerte. En la República Dominicana representan aproximadamente el 38.8% de los fallecimientos, y cerca del 23% de estas muertes corresponden específicamente a cardiopatía isquémica. Estas cifras reflejan la magnitud del problema en el país y la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y manejo temprano. (Virani et al., 2021).

En Estados Unidos, las estadísticas son igualmente relevantes: se estima que alrededor de una cuarta parte de todas las defunciones anuales se relacionan con patologías cardíacas. Además, se reporta que un infarto ocurre cada 40 segundos, con una incidencia aproximada de 605,000 casos nuevos y 200,000 episodios recurrentes por año. (Virani et al., 2021).

En relación con la edad de presentación, Krumholz et al. (2019), señalan que el primer episodio de infarto suele manifestarse en edades avanzadas, con una media de 65.6 años en hombres y 72.0 años en mujeres. En cuanto a mortalidad, en Estados Unidos se registraron tasas de 27 defunciones por cada 100,000 habitantes en el año 2018. Este descenso progresivo

en la mortalidad se atribuye a los avances terapéuticos y al mejoramiento continuo en el manejo integral del infarto en las últimas décadas.

De manera específica, en el síndrome coronario agudo con elevación del ST, la mortalidad hospitalaria presenta diferencias marcadas según la oportunidad del tratamiento de reperfusión. En pacientes que no reciben una intervención oportuna, la mortalidad puede situarse entre un 15% y un 30%. En contraste, cuando se administra tratamiento temprano, la mortalidad disminuye a aproximadamente 8% en quienes reciben trombólisis y a cerca de 4% en los que son sometidos a angioplastia primaria o a estrategias combinadas de trombólisis y angioplastia. (Krumholz et al., 2019).

Factores de Riesgo

Más del 90% de los casos de cardiopatía coronaria se presentan en personas que poseen al menos un factor de riesgo. A medida que aumenta el número de estos factores, se incrementa proporcionalmente la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular. Se estima que los cinco factores modificables de mayor impacto es el hipercolesterolemia, la diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad y el tabaquismo. En conjunto con los factores no modificables, estos determinantes explican más de la mitad de las muertes por enfermedades cardiovasculares y cerca del 90% de los casos de infarto agudo de miocardio. (Lanas et al., 2020).

Factores No Modificables

Según Roth et al. (2020), dentro de los factores de riesgo no modificables se encuentran la edad, el sexo y la historia familiar:

La edad constituye uno de los determinantes más relevantes en el desarrollo de enfermedad coronaria difusa y se asocia con peores desenlaces en pacientes hospitalizados por síndrome coronario agudo sin elevación del ST.

En cuanto al sexo, ser hombre incrementa de forma independiente el riesgo de cardiopatía isquémica. En las mujeres, la incidencia y gravedad de la enfermedad coronaria aumentan significativamente tras la menopausia, alcanzando valores comparables a los observados en hombres de edad similar.

Por su parte, la historia familiar se considera de importancia clínica cuando existe antecedente de muerte cardiovascular en un familiar de primer grado antes de los 55 años en varones o antes de los 65 años en mujeres. El riesgo aumenta aún más cuando existen múltiples familiares afectados.

Estos factores, al no ser modificables, sirven como base para la estratificación inicial del riesgo cardiovascular en los pacientes.

Factores Modificables

Según Mechanic et al. (2025), existen diversos factores de riesgo modificables que, al ser controlados, contribuyen significativamente a mejorar el estado de salud del paciente y a disminuir la probabilidad de eventos coronarios agudos. Dentro de ellos se encuentran:

La hipertensión arterial es un factor de riesgo independiente que depende tanto de los niveles de presión como del tiempo de evolución. Favorece la inestabilidad de las placas ateromatosas, altera la función endotelial, afecta la reactividad coronaria y aumenta el estrés hemodinámico. El adecuado control farmacológico y las modificaciones del estilo de vida reducen de manera sustancial el riesgo de infarto.

El tabaquismo es otro factor determinante. Fumar al menos 20 cigarrillos al día multiplica por seis el riesgo de infarto en mujeres y por tres en hombres, comparado con quienes nunca han fumado. El tabaco eleva los niveles de LDL y triglicéridos, reduce el HDL, favorece la oxidación de lipoproteínas, promueve inflamación vascular y activa el sistema nervioso simpático, provocando taquicardia, aumento de la presión arterial y vasoconstricción

coronaria, lo cual incrementa la demanda de oxígeno del miocardio precisamente cuando el aporte se reduce.

La dislipidemia se relaciona estrechamente con el desarrollo de la aterosclerosis coronaria. Alteraciones como el aumento del colesterol total, LDL, VLDL, triglicéridos, lipoproteína(a) y apolipoproteína C-III, así como la disminución del HDL, se asocian con un mayor riesgo de enfermedad coronaria. La corrección de estas alteraciones lipídicas disminuye de forma significativa la probabilidad de infarto.

La diabetes mellitus, tanto por la resistencia a la insulina como por la hiperglucemia crónica, se vincula directamente con la progresión de la aterosclerosis. En el estudio INTERHEART, la diabetes explicó alrededor del 10% del riesgo poblacional de presentar un primer infarto. Desde 2002 se considera un equivalente de riesgo cardiovascular, lo que implica la necesidad de un manejo agresivo de los factores de riesgo, especialmente el control de la presión arterial y del perfil lipídico.

La obesidad, definida generalmente por un índice de masa corporal superior a 30 kg/m², promueve o agrava numerosos factores aterogénicos. Su asociación con el sedentarismo potencia aún más el riesgo, existiendo una relación lineal entre el aumento del índice de masa corporal y el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, independientemente de la edad.

La enfermedad renal crónica, incluso en etapas leves o moderadas, se reconoce como un equivalente de cardiopatía isquémica debido a su estrecha relación con la disfunción endotelial, la inflamación crónica y la aterosclerosis acelerada. Organismos como la Fundación Nacional del Riñón y la ACC/AHA la incluyen dentro de los factores de muy alto riesgo cardiovascular.

Además de los mencionados, existen otros elementos que contribuyen al riesgo cardiovascular, como antecedente de accidente cerebrovascular, hábitos dietéticos

inadecuados, sedentarismo, elevación de interleucina 6, síndrome metabólico, microalbuminuria y niveles aumentados de proteína C reactiva.

Manifestaciones Clínicas

La manifestación más frecuente del síndrome coronario agudo es el dolor o malestar torácico. Este discomfort típico suele describirse como una sensación de opresión, peso, ardor o dolor retroesternal, conocida comúnmente como angina. Dicho dolor puede irradiarse al brazo izquierdo, a ambos brazos, al brazo derecho, al cuello o a la mandíbula. El episodio puede presentarse de forma intermitente, con duración de varios minutos, o mantenerse de manera continua. Con frecuencia se acompaña de otros síntomas como diaforesis, náuseas, dolor epigástrico, dificultad respiratoria o síncope. Estas manifestaciones tienden a intensificarse ante el esfuerzo físico o el estrés emocional y a disminuir con el reposo. (Collet et al., 2021).

Aproximadamente un tercio de los pacientes puede presentar un cuadro clínico atípico. Esta forma de presentación incluye síntomas como dolor epigástrico aislado, sensación de indigestión, disnea o fatiga sin dolor torácico. Los patrones atípicos se observan con mayor frecuencia en adultos mayores, mujeres, personas con diabetes, pacientes con enfermedad renal crónica y aquellos con deterioro cognitivo. (Collet et al., 2021). Esta variabilidad en la presentación clínica hace necesario un alto índice de sospecha diagnóstica, especialmente en poblaciones con alta carga de factores de riesgo cardiovascular.

Valoración Médica Inicial, Diagnóstico y Estratificación de Riesgo

Ante la sospecha de infarto agudo de miocardio (IAM), el paciente debe ser remitido al servicio de urgencias para una valoración exhaustiva. Durante los primeros 10 minutos tras su ingreso, debe realizarse y evaluarse un electrocardiograma (EKG) de 12 derivaciones, además de obtenerse las muestras sanguíneas para troponina C. Actualmente existen pruebas rápidas de alta sensibilidad para la detección de troponina sérica, lo cual permite establecer un

diagnóstico oportuno de IAMCEST en un período de 1 a 2 horas desde el ingreso. (Thygesen et al., 2019).

No obstante, estas pruebas han reducido la especificidad diagnóstica, dado que pueden detectarse niveles elevados de troponina en pacientes sin un evento coronario agudo, como ocurre en casos de miocarditis, lesión miocárdica no isquémica, insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, accidente cerebrovascular, hemorragia intracraneal o choque séptico, entre otros. (Thygesen et al., 2019).

La estratificación inicial del riesgo en pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo (SCA) se realiza para valorar dos aspectos fundamentales: la probabilidad de que el cuadro corresponda efectivamente a un SCA y el riesgo de presentar complicaciones letales tempranas. Para este fin se han validado dos modelos ampliamente utilizados: la escala TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction) y la escala GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events). (Thygesen et al., 2019).

La aplicación de estas escalas resulta especialmente útil en hospitales de referencia dominicanos, donde permiten orientar decisiones clínicas y priorizar la atención de los pacientes con mayor riesgo.

Atención Prehospitalaria del Síndrome Coronario Agudo

Los objetivos del sistema de atención prehospitalaria son: 1) realizar el reconocimiento oportuno de los síntomas y facilitar la búsqueda inmediata de atención médica, 2) desplegar un equipo capacitado para brindar atención médica de emergencia y 3) trasladar al paciente a una institución capaz de ofrecer cuidados coronarios avanzados, incluyendo terapia de reperfusión primaria (ICP o trombólisis). Idealmente, el personal del equipo de emergencias debe efectuar un EKG de 12 derivaciones en el lugar de encuentro con el paciente con sospecha de síndrome coronario agudo (SCA) y, si se identifica un posible IAMCEST, activar al equipo responsable de la intervención médica durante el trayecto hacia el centro de

atención. Aunque en aproximadamente el 36% de los casos estas activaciones resultan ser falsas, la estrategia de activación temprana reduce el tiempo entre el diagnóstico de IAMCEST y el inicio de la terapia de reperusión en unos 15 minutos. La administración de aspirina (ASA) y nitroglicerina sublingual en el contexto de un SCA también debe iniciarse desde el primer contacto con el paciente. (Pérez y Rey, 2021).

Atención Inicial en el Departamento de Emergencias del Síndrome Coronario Agudo

El manejo inicial del paciente con IAMCEST en el servicio de urgencias incluye reposo en cama, monitorización electrocardiográfica continua y administración temprana de terapia antitrombótica. La severidad de los síntomas determinará las intervenciones adicionales a implementar. Aunque la administración rutinaria de oxígeno ha sido una práctica común, su indicación se limita a pacientes con hipoxemia (saturación menor del 90%), insuficiencia respiratoria o presencia de factores de riesgo que predispongan a hipoxemia. (Rao et al., 2025).

La nitroglicerina sublingual se indica inicialmente para el control del dolor torácico isquémico, pudiendo continuarse posteriormente con infusión intravenosa en casos de dolor precordial persistente, falla cardíaca congestiva o hipertensión arterial no controlada. El uso de betabloqueadores continúa siendo motivo de debate; no obstante, su administración durante las primeras 24 horas posteriores al ingreso está ampliamente aceptada. La vía oral suele ser segura, mientras que la vía intravenosa se reserva para cuadros de emergencia hipertensiva. Por el contrario, los betabloqueadores están contraindicados en pacientes con riesgo de choque cardiogénico. (Rao et al., 2025).

La terapia con estatinas de alta intensidad se fundamenta en su efecto pleiotrópico, capacidad para reducir los niveles de colesterol y mejora en los resultados cardiovasculares. Asimismo, el inicio de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o

antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) debe realizarse dentro de las primeras 24 horas de admisión, siempre que no existan contraindicaciones. (Rao et al., 2025).

Manejo del Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST

La terapia de reperfusión coronaria, mediante intervención coronaria percutánea primaria (ICPP) o trombólisis, constituye el objetivo terapéutico principal en el manejo del paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. La ICPP oportuna es la medida de elección, debe realizarse dentro de los 90 minutos desde el primer contacto con el personal de salud, en instituciones que cuentan con unidad de hemodinamia y siempre que el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas no supere las 12 horas. En los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST y choque cardiogénico, el tiempo transcurrido no limita la indicación del procedimiento. (Dettling et al., 2025).

La revascularización coronaria reduce la mortalidad, alivia los síntomas, disminuye la estancia hospitalaria y mejora el pronóstico. El tiempo para su realización y la elección del tratamiento definitivo (angioplastia o cirugía cardiovascular) dependen de múltiples factores, incluyendo las condiciones clínicas del paciente, comorbilidades, factores de riesgo y la severidad o extensión de la lesión observada en la arteriografía. (Dettling et al., 2025).

Las ventajas de la reperfusión mecánica frente a la farmacológica incluyen menores tasas de muerte temprana, re-infarto y hemorragia intracraneal o mayor, la cual se observa en el 2.8% de los pacientes trombolizados, porcentaje que ha disminuido con la introducción de agentes como el activador del plasminógeno tisular recombinante (rtPA). Sin embargo, cuando el inicio de la ICPP implica un retraso mayor a 120 minutos, se indica la trombólisis, si no existen contraindicaciones, seguida de la remisión del paciente en las próximas 3 a 24 horas hacia un centro con disponibilidad de hemodinamia. Con la implementación adecuada de la terapia de reperfusión, la mortalidad a 30 días por causa isquémica coronaria ha disminuido de aproximadamente 20% a menos del 5%. (Dettling et al., 2025).

Terapia Antitrombótica

Dado el papel crítico de la trombosis coronaria en el desarrollo del infarto agudo de miocardio, la terapia antitrombótica es fundamental en el manejo del síndrome coronario agudo. (Boden et al., 2024).

Agentes Antiplaquetarios

Se recomienda la administración de ácido acetilsalicílico (ASA) desde el primer contacto con el paciente con sospecha de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. La dosis inicial debe continuarse con una dosis diaria de mantenimiento, que se mantiene de forma indefinida. (Boden et al., 2024).

Además de la aspirina, se debe administrar un inhibidor del receptor plaquetario P2Y₁₂ (clopidogrel, Prasugrel o ticagrelor) en pacientes de alto riesgo. En aquellos sometidos a intervención coronaria percutánea, la dosis de carga debe administrarse lo antes posible o durante el procedimiento, seguida de una dosis de mantenimiento durante al menos un año. (Boden, et al., 2024).

Ticagrelor y Prasugrel han demostrado ser más eficaces que clopidogrel y se prefieren en pacientes con bajo riesgo de sangrado (sin antecedentes de ACV o AIT). No obstante, en algunos contextos, el clopidogrel es el fármaco incluido en el plan obligatorio de salud, lo que hace que sea el más frecuentemente utilizado en la práctica clínica. (Boden et al., 2024).

Los inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa, agentes intravenosos más antiguos, tienen un papel limitado, pero cuando se emplean pueden proporcionar una rápida inhibición plaquetaria previa a la reperusión mecánica, reduciendo la carga trombótica del vaso afectado. (Boden et al., 2024).

Agentes anticoagulantes

Se recomienda el uso de anticoagulantes parenterales en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Su objetivo es inhibir la generación de

trombina y reducir los eventos trombóticos, siendo más eficaces cuando se combinan con inhibidores plaquetarios que cuando se administran de forma aislada. (Shah et al., 2023).

La enoxaparina ha demostrado mayor eficacia que la heparina no fraccionada, especialmente en pacientes manejados con estrategia no invasiva. En este contexto, los anticoagulantes se administran por al menos dos días y preferiblemente hasta completar la hospitalización (hasta 8 días), o hasta la realización de la intervención coronaria percutánea. El tratamiento anticoagulante suele suspenderse tras una intervención exitosa sin complicaciones. (Shah et al., 2023).

Las guías actuales recomiendan terapia antiplaquetaria combinada con anticoagulación con antagonistas de vitamina K en pacientes con alto riesgo de fibrilación auricular, válvulas mecánicas, tromboembolismo venoso o trastornos de hipercoagulabilidad. Se sugiere que la duración de la triple terapia sea lo más breve posible debido al elevado riesgo de sangrado. (Shah et al., 2023).

Estrategias de Reducción en los Tiempos de Reperusión Coronaria

La reducción de la mortalidad lograda en las últimas décadas en el tratamiento de los síndromes coronarios se atribuye principalmente a la implementación temprana de la terapia de reperusión en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, idealmente dentro de las primeras 12 horas desde el inicio de los síntomas. Esta intervención permite disminuir la trombosis coronaria, el tamaño del infarto, la incidencia de arritmias y la remodelación miocárdica. En consecuencia, el tiempo para la instauración de la terapia fibrinolítica o de la intervención coronaria percutánea primaria se ha convertido en el eje central del manejo de estos pacientes. Tanto las guías estadounidenses como las europeas han enfatizado los tiempos críticos que deben cumplirse para garantizar el éxito de la estrategia seleccionada. (Schäfer et al., 2022).

La elección entre una estrategia farmacológica o mecánica depende de la disponibilidad del centro y de la distancia hasta una unidad de hemodinamia. Si la intervención coronaria percutánea primaria puede realizarse en menos de 90 minutos desde la primera valoración médica (tiempo puerta-balón), esta constituye la terapia de elección. En caso contrario, se recomienda iniciar terapia fibrinolítica dentro de los primeros 30 minutos desde el primer contacto médico (tiempo puerta-aguja), siempre que no existan contraindicaciones absolutas, tales como antecedente de ictus hemorrágico, neoplasia intracraneal, malformaciones vasculares cerebrales, ictus isquémico en los últimos tres meses, sospecha de disección aórtica, hemorragia activa, diátesis hemorrágica, cirugía mayor reciente o traumatismo craneal o facial significativo en los últimos tres meses. Asimismo, existen contraindicaciones relativas que deben evaluarse individualmente en función del balance riesgo-beneficio. (Schäfer et al., 2022).

En el ámbito internacional, diversas investigaciones recientes han destacado la importancia de optimizar la fase prehospitalaria para reducir los tiempos críticos de reperfusión. Estudios multicéntricos desarrollados en Estados Unidos entre 2010 y 2024 evidencian que la aplicación de estrategias como reducir a menos de 20 minutos el intervalo entre la llamada de emergencia y la activación del equipo de hemodinamia, activar el sistema durante el traslado del paciente, asegurar la disponibilidad continua del cardiólogo, permitir la activación del laboratorio de hemodinamia mediante una sola llamada y mantener sistemas de retroalimentación permanente entre los servicios de emergencia y hemodinamia, logra disminuir entre 8 y 20 minutos los tiempos claves en la atención del infarto agudo de miocardio. (Schäfer et al., 2022).

De forma paralela, experiencias europeas publicadas entre 2015 y 2024 han mostrado beneficios asociados a la consolidación de redes de emergencias con ambulancias medicalizadas, protocolos de referencia prehospitalaria y disponibilidad permanente de salas

de cateterismo, lo que ha permitido optimizar de manera significativa los tiempos puerta-balón y puerta-aguja. En Latinoamérica, aunque se han registrado avances entre 2018 y 2024, aún persisten desafíos relacionados con la estandarización de protocolos y la cobertura de centros con capacidad de intervención coronaria percutánea. (Schäfer et al., 2022).

En la República Dominicana, estos hallazgos internacionales constituyen un referente para fortalecer la organización y respuesta del sistema sanitario. A nivel nacional, se han documentado avances en la realización temprana del electrocardiograma, la administración inicial de terapia antitrombótica y el acceso a fibrinólisis en centros de primer y segundo nivel. Sin embargo, todavía existen limitaciones en la activación precoz de los equipos de hemodinamia, la disponibilidad de transporte medicalizado, la cobertura continua de salas de cateterismo y la unificación de protocolos operativos que garanticen la reducción sostenida de los tiempos de reperfusión. Estas brechas reflejan la necesidad de continuar fortaleciendo las rutas de atención y el trabajo coordinado entre los distintos niveles del sistema sanitario dominicano. (Cruz et al., 2024).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Capítulo III: Metodología

Introducción

El presente capítulo expone la estrategia metodológica utilizada para el desarrollo de la investigación. Se describen el enfoque y el tipo de estudio, así como la población y muestra objeto de análisis. Asimismo, se detallan las técnicas e instrumentos empleados para la recolección de la información, el procedimiento seguido para su obtención y análisis, y finalmente se presentan los alcances y limitaciones del estudio.

Diseño y Tipo de Investigación

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Este diseño permitió analizar y describir los tiempos de atención y el manejo inicial de los pacientes con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo atendidos en el servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl, durante el período enero- diciembre 2025, sin la manipulación de variables y a partir de información ya registrada en los expedientes clínicos.

Descripción de la Población y Muestra

Población

La población estuvo constituida por 20 pacientes diagnosticados con Síndrome Coronario Agudo que fueron atendidos en el servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl durante el período comprendido entre enero y diciembre del año 2025.

Muestra

La muestra estuvo conformada por los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico confirmado de Síndrome Coronario Agudo atendidos en el servicio de Emergencias durante el período de estudio, que cumplieron con los criterios establecidos. En virtud de que la población fue reducida, se utilizó la totalidad de esta.

Se incluyeron todos los casos que cumplieron los criterios de inclusión y contaban con información completa y pertinente para el análisis de las variables de interés.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

En el presente estudio se incluyeron los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo que fueron atendidos en el servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl durante el período comprendido entre enero y diciembre del año 2025. Asimismo, se consideraron aquellos registros clínicos que contaban con información completa y legible sobre los tiempos de atención y el manejo inicial del evento coronario, lo cual permitió un análisis adecuado de las variables de interés.

Criterios de Exclusión

Por otro lado, se excluyeron los expedientes clínicos incompletos o con información ilegible, así como los correspondientes a pacientes que fueron referidos desde otros centros de salud y que recibieron manejo inicial previo documentado.

Descripción del Instrumento de Recolección de Datos

Para la recolección de la información se utilizó una ficha de recolección de datos elaborada por los investigadores, la cual constó de 21 enunciados, tipo selección múltiple, diseñada conforme a los objetivos del estudio y a las variables definidas.

Validez y Confiabilidad del Instrumento

El instrumento fue sometido a validación por el asesor metodológico, quien evaluó la pertinencia, claridad y congruencia de los ítems en relación con los objetivos del estudio.

La confiabilidad del instrumento se obtuvo al aplicar una prueba piloto a 2 expedientes clínico, con características similares a la población de estudio, lo que permitió verificar la aplicabilidad del instrumento y realizar los ajustes necesarios antes de su utilización definitiva.

Procedimientos

La investigación inició con la aprobación del tema por las autoridades académicas correspondientes. Posteriormente, se solicitó la autorización al Hospital San Vicente de Paúl para el acceso a los expedientes clínicos.

Una vez obtenidos los permisos, se procedió a la revisión sistemática de los registros médicos de los pacientes con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo atendidos en el servicio de Emergencias durante el período enero- diciembre 2025. La información fue recopilada utilizando la ficha de recolección de datos, garantizando la confidencialidad y anonimato de los pacientes.

Análisis de los Datos

Los datos obtenidos fueron organizados y procesados mediante el programa Microsoft Excel 2019. Se elaboraron tablas de frecuencia, porcentajes, las cuales permitieron analizar los tiempos de atención registrados durante el manejo inicial del Síndrome Coronario Agudo.

El análisis se realizó en función de los objetivos específicos del estudio, facilitando la interpretación de los resultados y la identificación de posibles retrasos en el proceso de atención.

Alcances y Limitaciones del Estudio

El estudio permitió describir de manera objetiva los tiempos de atención y el manejo inicial del Síndrome Coronario Agudo en el servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl durante el período enero- diciembre 2025.

Sin embargo, los resultados se limitan a un solo centro hospitalario, por lo que no pueden generalizarse a otros contextos. Asimismo, la investigación dependió de la calidad de los registros clínicos disponibles, lo que constituyó una limitación. En este sentido, durante la revisión de los expedientes se identificaron registros ilegibles y otros que no contaban con

información completa, lo que pudo influir en la precisión y el alcance de los resultados obtenidos.

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Capítulo IV: Presentación de los Resultados

Introducción

Este capítulo expone los resultados derivados de la aplicación del instrumento de recolección de datos, los cuales se presentan a través de tablas que incluyen las frecuencias, los porcentajes y su respectiva interpretación.

Presentación de los Resultados

Tabla 1

Distribución en torno a la edad de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
38-42 años	2	10.0	10.0
43-47 años	3	15.0	25.0
48-52 años	2	10.0	35.0
53 o más	13	65.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

En relación con la edad del paciente, se evidenció que la moda correspondió a pacientes de 53 años o más, seguido del rango de edad de 43 a 47 años.

Tabla 2

Distribución según el sexo de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	11	55.0	55.0
Femenino	9	45.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

En torno al sexo, la moda correspondió a pacientes de sexo masculino.

Tabla 3

Distribución en torno a la procedencia de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Urbano	14	70.0	70.0
Rural	6	30.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

Con respecto a la procedencia, la moda correspondió a los pacientes que provenían de zonas urbanas.

Tabla 4

Distribución en torno al tiempo transcurrido desde la llegada de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl hasta el triage

Tiempo llegada-triage	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adecuado (≤ 5 min)	11	55.0	55.0
Retraso (6-10 min)	6	30.0	85.0
Retraso severo (>10 min)	3	15.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

En cuanto al tiempo transcurrido desde la llegada del paciente hasta el triage, la moda correspondió a la clasificación como adecuado.

Tabla 5

Distribución en torno al tiempo transcurrido desde el triage hasta la evaluación médica inicial de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl

Tiempo triage-evaluación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adecuado (≤ 10 min)	9	45.0	45.0
Retraso (11-20 min)	8	40.0	85.0
Retraso severo (>20 min)	3	15.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

En relación con el tiempo transcurrido desde el triage hasta la evaluación médica inicial, la moda correspondió a los atendidos de forma adecuada.

Tabla 6

Distribución en torno al tiempo transcurrido desde la llegada de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl hasta la realización del electrocardiograma (ECG)

Tiempo llegada-ECG	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adecuado (≤ 10 min)	10	50.0	50.0
Retraso (11-20min)	7	35.0	85.0
Retraso severo (>20 min)	3	15.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

En relación con el tiempo transcurrido desde la llegada del paciente hasta la realización del electrocardiograma, la moda correspondió a adecuado.

Tabla 7

Distribución en torno al tiempo transcurrido desde la llegada de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl hasta el primer contacto médico

Tiempo llegada- contacto médico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adecuado (≤ 15 min)	11	55.0	55.0
Retraso (16-30 min)	6	30.0	85.0
Retraso severo (>30 min)	3	15.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

Respecto al tiempo transcurrido desde la llegada del paciente hasta el primer contacto médico, se evidenció que la moda presentó una adecuada atención.

Tabla 8

Distribución en torno al tiempo transcurrido desde la llegada de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl hasta la administración de fibrinólisis

Tiempo llegada-fibrinólisis	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adecuado (≤ 30 min)	5	25.0	25.0
Retraso (31-45 min)	5	25.0	50.0
Retraso severo (>45 min)	3	15.0	65.0
No aplica	7	35.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

En cuanto al tiempo transcurrido desde la llegada del paciente hasta la administración de fibrinólisis, la moda fue no aplica.

Tabla 9

Distribución en torno al tiempo transcurrido desde la llegada de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl hasta la administración de antiagregante plaquetario

Tiempo llegada- antiagregante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adecuado (≤ 10 min)	11	55.0	55.0
Retraso (11-20 min)	8	40.0	95.0
Retraso severo (>20 min)	1	5.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

En la Tabla 9 se observa la distribución del tiempo transcurrido desde la llegada del paciente hasta la administración del antiagregante plaquetario. Se evidenció que la moda correspondió a los pacientes que recibieron el antiagregante en un tiempo adecuado (≤ 10 minutos).

Tabla 10

Distribución en torno a la disponibilidad de personal de salud durante la atención del paciente con Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl

Disponibilidad de personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	11	55.0	55.0
No	9	45.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

En relación con la disponibilidad de personal de salud durante la atención del paciente, la Tabla 10 muestra que la moda correspondió a los casos que contaron con personal suficiente.

Tabla 11

Distribución en torno al nivel de saturación del servicio de emergencias durante la atención de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl

Nivel de saturación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Alta	10	50.0	50.0
Moderada	6	30.0	80.0
Baja	4	20.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

En relación con la distribución del nivel de saturación del servicio de emergencias, se evidenció que la moda correspondió a un nivel de saturación alto.

Tabla 12

Distribución en torno a la disponibilidad de electrocardiógrafo funcional durante la atención de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl

ECG Funcional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	17	85.0	85.0
No	3	15.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

En cuanto a la disponibilidad de electrocardiógrafo funcional durante la atención, la moda correspondió a los pacientes que contaron con un electrocardiógrafo funcional.

Tabla 13

Distribución en torno a la capacidad del personal para reconocer oportunamente los síntomas del Síndrome Coronario Agudo de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl

Capacidad de reconocimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Alta	10	50.0	50.0
Media	7	35.0	85.0
Baja	3	15.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

Respecto a la capacidad del personal para reconocer oportunamente los síntomas del Síndrome Coronario Agudo, la moda correspondió al personal médico que presentó una capacidad alta.

Tabla 14

Distribución en torno al tiempo de movilización de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl dentro del hospital

Tiempo de movilización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adecuado (≤ 5 min)	11	55.0	55.0
Retraso (6-10 min)	6	30.0	85.0
Retraso severo (>10 min)	3	15.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

En la Tabla 14 se muestra la distribución del tiempo de movilización del paciente dentro del hospital, la moda correspondió a los pacientes que presentaron retraso en la movilización.

Tabla 15

Distribución en torno a la presencia de demoras administrativas durante la atención de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl

Demoras administrativas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	9	45.0	45.0
No	11	55.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

En relación con la presencia de demoras administrativas durante la atención, la moda correspondió a los pacientes que no presentaron demoras administrativas.

Tabla 16

Distribución en torno a las complicaciones intrahospitalarias presentadas de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Arritmias	3	15.0	15.0
Shock cardiogénico	3	15.0	30.0
Falla cardíaca	4	20.0	50.0
Ninguno	10	50.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

En relación con las complicaciones intrahospitalarias, la moda correspondió a los pacientes que no presentaron complicaciones.

Tabla 17

Distribución en torno al ingreso de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Ingreso en UCI	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	9	45.0	45.0
No	11	55.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

En cuanto al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, la moda correspondió a los pacientes que no requirieron ingreso en la UCI.

Tabla 18

Distribución en torno a la duración de la estancia hospitalaria de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl

Estancia hospitalaria	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Estancia corta (≤ 3 días)	9	45.0	45.0
Estancia moderada (4-6 días)	5	25.0	70.0
Estancia prolongada (>7 días)	6	30.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

En la Tabla 18 se observa la distribución de la duración de la estancia hospitalaria de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo, donde se evidenció que la moda presentó una estancia hospitalaria corta, comprendida por menor o igual a 3 días.

Tabla 19

Distribución en torno al grado de deterioro hemodinámico presentado por los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl

Deterioro hemodinámico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Leve	10	50.0	50.0
Moderado	4	20.0	70.0
Grave	6	30.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

En relación con el deterioro hemodinámico, la moda correspondió a los pacientes que presentaron deterioro leve.

Tabla 20

Distribución en torno a los retrasos en el flujo del servicio de emergencias de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo del Hospital San Vicente de Paúl

Retraso en el flujo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	10	50.0	50.0
No	10	50.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

Con respecto a los retrasos en el flujo del servicio de emergencias, la Tabla 20 muestra que la moda correspondió a los casos que presentaron retrasos en el flujo de atención y los que no presentaron retrasos en la misma proporción.

Tabla 21

Distribución en torno a los fallecimientos en las primeras 24 horas de atención de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl

Fallecimiento en 24 h	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	4	20.0	20.0
No	16	80.0	100.0
Total	20	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

Con respecto al fallecimiento en las primeras 24 horas, la moda correspondió a los pacientes que no fallecieron durante las primeras 24 horas.

Tabla 22

Distribución en torno a los pacientes que recibieron ECG funcional y el fallecimiento en las primeras 24 horas

ECG funcional	Si falleció	No falleció	Frecuencia	Porcentaje
Si	1 (5.0%)	16 (80.0%)	17	85.0
No	3 (15.0%)	0	3	15.0
Total	10	4	20	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

Al cruzar las tablas de ECG funcional con el fallecimiento en las primeras 24 horas, se observó que la moda correspondió a los pacientes que recibieron ECG funcional, no fallecieron en las primeras 24 h.

Tabla 23

Distribución en torno al tiempo de movilización intrahospitalaria y las complicaciones presentadas en pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl, período enero- diciembre 2025.

Tiempo de Movilización intrahospitalaria	Arritmias	Shock cardiogénico	Falla cardiaca	Ninguna	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	0	0	1 (5.0%)	10 (50.0%)	11	55.0
Retraso	3 (15.0%)	0	2 (10.0%)	1 (5.0%)	6	30.0
Retraso severo	0	3 (15.0%)	0	0	3	15.0
Total	3	3	3	11	20	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

Al realizar el cruce entre la movilización y las complicaciones intrahospitalarias en pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo, se observó que la mayor frecuencia correspondió a los pacientes con movilización adecuada que no presentaron complicaciones.

Tabla 24

Distribución en torno a las complicaciones intrahospitalarias y el requerimiento de ingreso en UCI de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl, período enero- diciembre 2025.

Complicaciones intrahospitalarias	Si ingresó en UCI	No ingresó en UCI	Frecuencia	Porcentaje
Arritmias	3 (15.0%)	0	3	15.0
Shock cardiogénico	3 (15.0%)	0	3	15.0
Falla cardíaca	3 (15.0%)	0	3	15.0
Ninguna	0	11 (55.0%)	11	55.0
Total	9	11	20	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

Al realizar el cruce entre las complicaciones intrahospitalarias y el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo, se observó que la mayor frecuencia correspondió a los pacientes que no presentaron complicaciones y que no requirieron ingreso a la UCI.

Tabla 25

Distribución en torno a las complicaciones intrahospitalarias y el deterioro hemodinámico de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl, período enero- diciembre 2025

Complicaciones intrahospitalarias	Leve	Moderado	Grave	Frecuencia	Porcentaje
Arritmias	0	3 (15.0%)	0	3	15.0
Shock cardiogénico	0	0	3 (15.0%)	3	15.0
Falla cardíaca	0	0	3 (15.0%)	3	15.0
Ninguna	10 (50.0%)	1 (5.0%)	0	11	55.0
Total	10	4	6	20	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias, período enero- diciembre 2025.

Al cruzar las complicaciones intrahospitalarias con el grado de deterioro hemodinámico, la moda correspondió a los pacientes que no presentaron ninguna complicación intrahospitalaria, pero tuvieron un deterioro hemodinámico leve.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Capítulo V: Discusión

Introducción

Este capítulo presenta el análisis y la discusión de los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento de recolección de datos a pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paúl durante el período enero-diciembre 2025. Los hallazgos, previamente expuestos en el Capítulo IV, se analizan en función de los objetivos planteados en la investigación, permitiendo identificar patrones relevantes en las características sociodemográficas, los tiempos de atención, los factores asociados a retrasos y las consecuencias clínicas y operativas derivadas de dichos retrasos.

Análisis de los Resultados

Al analizar los resultados en relación con los distintos objetivos planteados, se obtuvieron los siguientes hallazgos:

En cuanto a las características sociodemográficas de los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo, se evidenció el 65.0% correspondió a pacientes de 53 años o más, el 55.0% fue de sexo masculino y el 70.0% procedía de zonas urbanas. Lo cual coincide con lo reportado Reyes y Lilia (2021), en el estudio titulado “Comparación de los tiempos de atención médica del paciente con infarto agudo al miocardio con elevación del ST del servicio de urgencias en el HGZ 2 con los tiempos recomendados en el código infarto”, donde los resultados mostraron que, los pacientes evaluados, tenían una edad media de 63.50 ± 9.70 años y predominio masculino (69.20%), así como con Solans et al. (2021), en su trabajo “Descripción de los factores de riesgos presentes en pacientes con síndrome coronario agudo atendidos en urgencias”, donde los resultados evidenciaron una población de 351 pacientes, mayoritariamente hombres (67%), con edad media de 71.62 años.

En relación con los tiempos de atención durante el manejo inicial, el 55.0% de los pacientes fue clasificado en triage dentro de un tiempo adecuado, el 45.0% recibió evaluación médica inicial de manera adecuada posterior al triage y el 50.0% fue sometido a la realización del electrocardiograma en un tiempo adecuado desde su llegada al servicio de emergencias. Asimismo, el 55.0% de los pacientes tuvo un tiempo adecuado desde su llegada a el primer contacto médico, en el 35.0% no aplico la colocación de fibrinólisis y el 55.0% recibió el antiagregante plaquetario en un tiempo adecuado, igual o menor a 10 minutos desde su llegada. Estos resultados difieren de los reportados por Orjuela y Soto (2021), en el estudio “Factores asociados a la falta de oportunidad en la terapia de reperfusión miocárdica en pacientes con síndrome coronario agudo en una institución de salud”, donde los resultados mostraron que solo el 47.00% de los pacientes con ST elevado llegó dentro de las primeras 12 horas, y que el 52.00% recibió una intervención coronaria primaria de forma tardía, superando los 90 minutos. Además, la falta de oportunidad se asoció significativamente con el horario del evento, el tiempo hasta el ECG, el tiempo de atención médica inicial y el tiempo de valoración por el hemodinamista. Además, Ruiz (2020), su estudio titulado “Manejo inicial en emergencia hospitalaria de pacientes con síndrome coronario agudo: Revisión bibliográfica”, reportó que el electrocardiograma fue utilizado en el 100 % de los pacientes, el tratamiento inicial incluyó la doble terapia antitrombótica, el uso de antianginosos, la trombólisis con Estreptoquinasa o Alteplase.

Respecto a los factores que ocasionan retrasos en los tiempos críticos del manejo inicial, se identificó que el 55.0% de los casos contó con disponibilidad suficiente de personal de salud, el 50.0% presentó un nivel de saturación alto del servicio de emergencias y el 85.0% contó con un electrocardiógrafo funcional durante la atención. De igual forma, el 50.0% del personal presentó una capacidad alta para reconocer oportunamente los síntomas del Síndrome Coronario Agudo, el 55.0% de los pacientes presentó un tiempo adecuado en la

movilización intrahospitalaria y el 45.0% no experimentó demoras administrativas durante su atención. Estos resultados coinciden con los encontrados por Orjuela y Soto (2021), en el estudio titulado “Factores asociados a la falta de oportunidad en la terapia de reperfusión miocárdica en pacientes con síndrome coronario agudo en una institución de salud”, quienes evidenciaron que la falta de oportunidad de tratamiento se asoció significativamente con el horario del evento, el tiempo hasta el ECG, el tiempo de atención médica inicial, el tiempo de valoración por el hemodinamista y factores organizativos.

En relación con las consecuencias clínicas y operativas asociadas a los tiempos prolongados de atención, se evidenció que el 50.0% de los pacientes no presentó complicaciones intrahospitalarias, el 55.0% no requirió ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, el 45.0% presentó una estancia hospitalaria corta, menor o igual a 3 días y el 50.0% presentó deterioro hemodinámico leve. Asimismo, el 50.0% de los casos presentó retrasos en el flujo del servicio de emergencias, el otro 50.0% no lo presentó y el 80.0% de los pacientes no falleció durante las primeras 24 horas de atención. Estos hallazgos guardan relación con lo descrito por Tabares, et al. (2021), en su investigación titulada “Las ‘Vías Clínicas’ como estrategia de mejoramiento en el manejo del Síndrome Coronario Agudo: una revisión narrativa”, donde los resultados revelaron que la implementación de vías clínicas mejoró significativamente el tiempo puerta-balón, redujo la estancia hospitalaria y aumentó las altas tempranas, sin generar efectos adversos en la seguridad del paciente. Sin embargo, no se encontraron cambios significativos en la mortalidad ni en los tiempos puerta-aguja o puerta-ECG.

Al analizar el cruce de tablas entre la realización del ECG funcional y el fallecimiento en las primeras 24 horas en pacientes con Síndrome Coronario Agudo, se evidenció que la mayor frecuencia correspondió a los pacientes que recibieron ECG funcional y no fallecieron en las primeras 24 horas. Este resultado guarda concordancia con lo reportado por Ruiz

(2020), quien destaca el uso del electrocardiograma en el 100 % de los pacientes como una herramienta clave para la confirmación diagnóstica y la instauración temprana del tratamiento. Asimismo, Orjuela y Soto (2021), identificaron que los retrasos en la realización del ECG se asocian significativamente con una menor oportunidad terapéutica, lo que puede influir negativamente en la evolución clínica. En este sentido, los hallazgos del presente estudio refuerzan la relevancia del ECG funcional como elemento determinante en la reducción de la mortalidad temprana.

En cuanto a la comparación entre la movilización y las complicaciones intrahospitalarias, se observó que la mayor frecuencia correspondió a los pacientes con movilización adecuada que no presentaron complicaciones. Aunque la mayoría de los antecedentes revisados se enfocan en los tiempos de atención y las estrategias terapéuticas iniciales, estudios como el de Tabares et al. (2021), resaltan que la implementación de vías clínicas contribuye a una evolución hospitalaria más favorable, reduciendo la estancia hospitalaria sin comprometer la seguridad del paciente. Estos resultados son coherentes con los hallazgos del presente estudio, donde la movilización adecuada puede interpretarse como parte de un manejo clínico estructurado que favorece una evolución intrahospitalaria sin complicaciones.

Respecto a la comparación entre las complicaciones intrahospitalarias y el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se evidenció que la mayor frecuencia correspondió a los pacientes que no presentaron complicaciones y no requirieron ingreso a la UCI. Este resultado es consistente con lo reportado por Pérez (2024), quien documentó una elevada tasa de supervivencia asociada a un manejo oportuno y efectivo del SCA. De igual manera, Solans et al. (2021), describen que los pacientes con evolución clínica más estable presentan menor necesidad de tratamiento invasivo, lo que se traduce en una menor demanda de cuidados críticos.

Al cruzar las complicaciones intrahospitalarias con el grado de deterioro hemodinámico, se observó que la moda correspondió a los pacientes que no presentaron complicaciones, pero sí un deterioro hemodinámico leve. Este hallazgo puede relacionarse con lo descrito por Montero et al. (2022), quienes reportaron resultados favorables cuando las alteraciones clínicas fueron identificadas y tratadas de forma temprana, especialmente en las primeras horas del evento. Asimismo, Jiménez et al. (2025), resaltan la importancia de la estratificación del riesgo para identificar pacientes con mayor probabilidad de evolución desfavorable, lo que sugiere que un deterioro hemodinámico leve, bajo vigilancia adecuada, no necesariamente progresa hacia complicaciones mayores.

Conclusiones

Los pacientes atendidos por Síndrome Coronario Agudo en el servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paúl durante el período enero-diciembre de 2025 correspondieron predominantemente a personas de 53 años o más, de sexo masculino y procedentes de zonas urbanas.

En relación con los tiempos de atención durante el manejo inicial, se evidenció que poco más de la mitad de los pacientes fue clasificada en triage dentro de un tiempo adecuado. Sin embargo, menos de la mitad recibió la evaluación médica inicial de manera oportuna posterior al triage, y solo la mitad de los pacientes fue sometida a la realización del electrocardiograma en un tiempo adecuado desde su llegada al servicio de emergencias. Asimismo, se evidenció que la mayoría de los pacientes tuvo un tiempo adecuado desde su llegada hasta el primer contacto médico. En una proporción considerable de los casos no aplicó la colocación de fibrinólisis, mientras que más de la mitad de los pacientes recibió el antiagregante plaquetario en un tiempo adecuado, igual o menor a 10 minutos desde su llegada al servicio de emergencias.

Respecto a los factores que influyen en los retrasos de los tiempos críticos del manejo inicial del Síndrome Coronario Agudo, se concluye que, aunque en más de la mitad de los casos se contó con disponibilidad suficiente de personal de salud y con electrocardiógrafo funcional durante la atención, una proporción importante de los pacientes fue atendida en un contexto de alta saturación del servicio de emergencias. Asimismo, solo la mitad del personal presentó una capacidad alta para reconocer oportunamente los síntomas del Síndrome Coronario Agudo, poco más de la mitad de los pacientes tuvo una movilización intrahospitalaria adecuada y menos de la mitad no experimentó demoras administrativas.

En cuanto a las consecuencias clínicas y operativas vinculadas a los tiempos prolongados de atención, se observó que la mayoría de los pacientes no presentó

complicaciones intrahospitalarias ni requirió ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, y que una proporción importante tuvo una estancia hospitalaria corta. No obstante, se evidenció la presencia de deterioro hemodinámico leve en una parte significativa de los pacientes. Asimismo, se identificaron retrasos en el flujo del servicio de emergencias en una parte de los casos, mientras que en otros no se presentaron, y se constató que la mayoría de los pacientes no falleció durante las primeras 24 horas de atención.

Finalmente, el análisis de los cruces de variables permitió evidenciar que la realización oportuna del electrocardiograma funcional se asoció con una menor mortalidad en las primeras 24 horas, mientras que una movilización intrahospitalaria adecuada se relacionó con la ausencia de complicaciones intrahospitalarias y una menor necesidad de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos. Asimismo, el cruce entre las complicaciones intrahospitalarias y el grado de deterioro hemodinámico mostró que la mayor frecuencia correspondió a pacientes que no presentaron complicaciones, pero sí un deterioro hemodinámico leve.

Recomendaciones

Al Ministerio de Salud Pública

Fortalecer las políticas de organización, supervisión y evaluación de los servicios de emergencias, promoviendo la estandarización de los protocolos de atención del Síndrome Coronario Agudo y asegurando la dotación adecuada de recursos humanos, tecnológicos y logísticos, con énfasis en la reducción de los retrasos en los tiempos críticos del manejo inicial.

A la Dirección del Hospital San Vicente de Paúl

Implementar estrategias de mejora orientadas a optimizar los tiempos de atención en el servicio de emergencias, priorizando la disminución de la saturación del servicio, la disponibilidad permanente de equipos diagnósticos funcionales, especialmente el electrocardiógrafo, y la agilización de los procesos administrativos que inciden en el flujo asistencial.

Al Servicio de Emergencias

Reforzar la aplicación sistemática y oportuna de los protocolos de manejo del Síndrome Coronario Agudo, garantizando una adecuada clasificación en triage, la realización temprana del electrocardiograma y una movilización intrahospitalaria eficiente, con el fin de disminuir los retrasos en la evaluación médica inicial y prevenir complicaciones intrahospitalarias.

Al Personal de Salud

Promover programas de capacitación dirigidos al personal médico y de enfermería, enfocados en el reconocimiento oportuno de los signos y síntomas del Síndrome Coronario Agudo, la toma de decisiones clínicas basadas en guías actualizadas y el monitoreo hemodinámico continuo, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y reducir el riesgo de deterioro clínico.

Al Departamento de Planificación y Gestión Hospitalaria

Diseñar e implementar estrategias que optimicen el flujo de atención en el servicio de emergencias, mediante la reorganización de los procesos administrativos, la adecuada distribución del personal según la demanda asistencial y la evaluación periódica de los tiempos de respuesta, con miras a disminuir los retrasos operativos identificados.

A Futuras Investigaciones

Desarrollar estudios con muestras más amplias y diseños metodológicos analíticos o longitudinales que permitan profundizar en la relación entre los tiempos de atención, los factores operativos y los desenlaces clínicos en pacientes con Síndrome Coronario Agudo, contribuyendo a la generación de evidencia científica que apoye la toma de decisiones en los servicios de emergencias.

Referencias Bibliográficas

- Bernal Sandoval, A. (2021). *Caracterización del paciente con síndrome coronario agudo, antes y durante la contingencia sanitaria en el Hospital Regional 1° de Octubre* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio UNAM. <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/09dbf95f-3a30-41a7-9465-277ed3459ad7/content>
- Boden, W. E., Eagle, K., & Granger, C. B. (2007). Reperfusion strategies in acute ST-segment elevation myocardial infarction: A comprehensive review of contemporary management options. *Journal of the American College of Cardiology*, 50(10), 917–929. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2007.04.084>
- Borrayo-Sánchez, G., Flores-Morales, A., Salas-Collado, L., & Altamirano-Bustamante, M. (2020). Hacia una medicina de excelencia en México: El protocolo Código Infarto, una visión desde la bioética traslacional. *Gaceta Médica de México*, 156(5), 372–378. <https://doi.org/10.24875/gmm.20000090>
- Boskis, D. M. (2024, 6 de agosto). ¿Qué es la arritmia cardíaca? *Boskis Grupo Cardiológico*. <https://boskis.com/blog/arritmia-cardiaca/>
- Clínica Universidad de Navarra. (2022). Reperusión. *En Diccionario médico*. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/reperfusion>
- Collet, J.-P., Thiele, H., Barbato, E., Barthélémy, O., Bauersachs, J., Bhatt, D. L., Dendale, P., Dorobantu, M., Edvardsen, T., Folliguet, T., Gale, C. P., Gilard, M., Jobs, A., Jüni, P., Lambrinou, E., Lewis, B. S., Mehilli, J., Meliga, E., Merkely, B., Siontis, G. C. M. (2021). Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Revista Española de Cardiología*, 74(6), 544.e1–544.e73. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.12.024>

- Cruz Díaz, L., López, L., Gutiérrez, A., Santana, V., & Hernández, M. (2024). Morfología cardíaca, lesiones coronarias y electrocardiografía en angioplastia primaria: Síndrome coronario agudo en una cohorte de la República Dominicana. *Ciencia y Salud*, 8(3), 55–64. <https://doi.org/10.22206/cysa.2024.v8i3.2942>
- Dettling, A., Huber, K., Kristensen, S. D., Aradi, D., Schrage, B., & Clemmensen, P. (2025). Antiplatelet therapy in acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock. *Clinical Research in Cardiology*, 114(10), 1237–1245. <https://doi.org/10.1007/s00392-025-02619-2>
- Echeverri, D., Peña, I., Suárez, A., & Cabrales, J. (2016). Hemodinamia e intervencionismo cardiovascular: ¿Evolución o revolución? *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(3), 159–162. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2015.10.012>
- Espinosa, G., & Reverter, J. C. (2021). Coagulación y fibrinólisis plasmática: Estados de hipercoagulabilidad. *Medicina Integral*, 38(4), 156–166. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-coagulacionfibrinolisis-plasmatica-estados-hipercoagulabilidad-13018800>
- Fernández, M. (2020, 23 de marzo). Qué diferencia hay entre tasa de mortalidad y tasa de letalidad. *20 minutos*. <https://www.20minutos.es/noticia/4197183/0/diferencia-tasa-mortalidad-letalidad/>
- Gómez-Peña, D. A., Bareño-Silva, J., & Palacios-Barahona, U. (2023). Los determinantes de la estancia hospitalaria en un hospital universitario de alta complejidad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 41(3). <https://www.redalyc.org/journal/120/12076139006/html/>
- Jayaraj, J. C., Davatyan, K., Subramanian, S. S., & Priya, J. (2019). Epidemiology of myocardial infarction. En *Myocardial infarction*. *IntechOpen*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.74768>

- Jiménez-Cruz, J., Sarmiento-Galván, D. K., & Quintanilla-Jara, J. C. (2025). Índice de pronóstico multidimensional como predictor de síndrome coronario agudo en adultos mayores hipertensos. *Atención Familiar*, 32(5e), 30.
<https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2025.5e.93425>
- Kienbacher, C. L., Steinacher, A., Fuhrmann, V., Herkner, H., Laggner, A. N., & Roth, D. (2022). Factors influencing door-to-triage- and triage-to-patient administration-time. *Australasian Emergency Care*, 25(3), 219–223. [://doi.org/10.1016/j.auec.2022.01.001](https://doi.org/10.1016/j.auec.2022.01.001)
- Kosaraju, A., Pendela, V. S., & Hai, O. (2025). Cardiogenic shock. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482255/>
- Krumholz, H. M., Normand, S.-L. T., & Wang, Y. (2019). Twenty-year trends in outcomes for older adults with acute myocardial infarction in the United States. *JAMA Network Open*, 2(3), e191938. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.1938>
- Lanas, F., Avezum, A., Bautista, L. E., Díaz, R., Luna, M., Islam, S., Yusuf, S., & INTERHEART Investigators in Latin America. (2007). Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America: The INTERHEART Latin American study. *Circulation*, 115(9), 1067–1074.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.633552>
- Lara Prado, J. I. (2016). El electrocardiograma: Una oportunidad de aprendizaje. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 59(6), 39–42.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0026-17422016000600039
- Martínez-Guisado, A., Cepas-Guillén, P., Díez-Villanueva, P., López Lluva, M. T., Jurado-Román, A., Bazal-Chacón, P., Negreira-Caamaño, M., Olavarri-Miguel, I., Elorriaga, A., Rivera-López, R., Escribano, D., Salinas, P., Vaquero-Luna, J., Prieto, A., Pérez-Cebey, L., Carrasquer, A., Llaó, I., Torres Mezcúa, F. J., Giralt-Borrell, T., & Matute-

- Blanco, L. (2024). Impacto del sexo en los tiempos de cateterismo y en el uso de pretratamiento antiagregante plaquetario en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Emergencias*, 36(2), 123.
<https://doi.org/10.55633/s3me/016.2024>
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J.-L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
- Mechanic, O. J., Gavin, M., & Grossman, S. A. (2025). Acute myocardial infarction. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459269/>
- Montero-Jimeno, A. de J., García-Güell, A., Zayas-Sánchez, A., Fernández-Medina, L. J., & García-Pérez, C. M. (2022). Síndrome coronario agudo en el servicio de emergencias del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico comandante Faustino Pérez Hernández, de Matanzas. *Revista Médica Electrónica*, 44(1), 100–115.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242022000100100
- Morales Lizarazo, E. (2025). *San Vicente Fundación 1913–2013: La historia de un hospital con muchas empresas. Cien años, una vida entera por la vida* [Reseña de libro]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12495/16965>
- Noyola Benítez, A. (2023). *Características clínico-epidemiológicas en pacientes que cursaron con síndrome coronario agudo en el área de urgencias del Hospital General La Villa en el periodo 2022–2023* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/b5e7cc6c-2b3d-4f5d-9eb2-c0369fc3eaae/content>

- Orjuela, M. L., & Soto, L. C. (2021). Factores asociados a la falta de oportunidad en la terapia de reperfusión miocárdica en pacientes con síndrome coronario agudo en una institución de salud. *Revista Colombiana de Cardiología*, 28(6), 573–582.
<https://doi.org/10.24875/rccar.m21000099>
- Pérez, H. P., & Rey García, K. B. (2021). Evaluación de la calidad de la asistencia prehospitalaria de pacientes con síndrome coronario agudo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252021000200013
- Pérez, N. M. (2024). *Diagnóstico situacional sobre el manejo del síndrome coronario agudo en el servicio de urgencias del Hospital General ISSSTE de Querétaro durante el periodo 2018–2022* [Tesis de especialidad]. Universidad Autónoma de Querétaro.
<https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/11067>
- Rao, S. V., O'Donoghue, M. L., Ruel, M., Rab, T., Tamis-Holland, J. E., Alexander, J. H., Baber, U., Baker, H., Cohen, M. G., Cruz-Ruiz, M., Davis, L. L., De Lemos, J. A., DeWald, T. A., Elgendy, I. Y., Feldman, D. N., Goyal, A., Isiadinso, I., Menon, V., Morrow, D. A., ... Williams, M. S. (2025). *2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI guideline for the management of patients with acute coronary syndromes: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines*. *Circulation*, 151(13).
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001309>
- Revista Española de Cardiología. (2019). Consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto. *Revista Española de Cardiología*, 72(1), 72.e1–72. e27.
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.11.011>
- Roth, G. A., Mensah, G. A., Johnson, C. O., Addolorato, G., Ammirati, E., Baddour, L. M., Barengo, N. C., Beaton, A. Z., Benjamin, E. J., Benziger, C. P., Bonny, A., Brauer,

- M., Brodmann, M., Cahill, T. J., Carapetis, J., Catapano, A. L., Chugh, S. S., Cooper, L. T., Coresh, J., ... Fuster, V. (2020). Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990–2019. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(25), 2982–3021. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010>
- Reyes, N., & Lilia, A. (2021). *Comparación de los tiempos de atención médica del paciente con infarto agudo al miocardio con elevación del ST del servicio de urgencias en el HGZ 2 con los tiempos recomendados en el código infarto*. <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/2087>
- Ruiz Brito, D. M. (2020). *Manejo inicial en emergencia hospitalaria de pacientes con síndrome coronario agudo: Revisión bibliográfica*. <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8614>
- Schäfer, A., König, T., Bauersachs, J., & Akin, M. (2022). *Novel therapeutic strategies to reduce reperfusion injury after acute myocardial infarction*. *Current Problems in Cardiology*, 47(12), 101398. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2022.101398>
- Shah, S. R., Hochberg, C. P., Pinto, D. S., & Gibson, C. M. (2023). *Reperfusion strategies for ST-elevation myocardial infarction*. *Current Cardiology Reports*, 9(4), 281–288. <https://doi.org/10.1007/BF02938376>
- Shams, P., Malik, A., & Chhabra, L. (2025). Heart failure (congestive heart failure). En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430873/>
- Solans-Atance, A., Pérez-Corral, M., & Benito-Ruiz, E. (2021). *Descripción de los factores de riesgo presentes en pacientes con síndrome coronario agudo atendidos en urgencias*. *Nure Investigación*, (114), 1–10. <https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:153132661>
- Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2020). *El triage: Herramienta fundamental en urgencias y emergencias*. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33,

55–68. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272010000200008

Tabares, D. C. T., Vásquez, L. G. F., & Jiménez, D. A. C. (2021). *Las “vías clínicas” como estrategia de mejoramiento en el manejo del síndrome coronario agudo: Una revisión narrativa*. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health*, 4(1), e-7721. <https://doi.org/10.18041/2665-427X/ijeph.1.7721>

Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Chaitman, B. R., Bax, J. J., Morrow, D. A., White, H. D., & Executive Group on behalf of the Joint ESC/ACC/AHA/WHF Task Force. (2019). *Fourth universal definition of myocardial infarction (2019)*. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(18), 2231–2264. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.08.1038>

Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., Delling, F. N., Djousse, L., Elkind, M. S. V., Ferguson, J. F., Fornage, M., Khan, S. S., Kissela, B. M., Knutson, K. L., Kwan, T. W., Lackland, D. T., American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2020). *Heart disease and stroke statistics- 2020 update*. *Circulation*, 141(9). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000757>

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA NORDESTANA

UCNE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

Instrumento

Tema: Análisis de los Tiempos de Atención y Manejo Inicial del Síndrome Coronario Agudo en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl, período enero-diciembre 2025.

1. Edad del paciente:

☐ 18-22 años

☐ 23-27 años

☐ 28-32 años

☐ 33-37 años

☐ 38-42 años

☐ 43-47 años

☐ 48-52 años

☐ 53 años o más

2. Sexo del paciente:

☐ Masculino

☐ Femenino

3. Procedencia del paciente:

☐ Urbana

☐ Rural

4. Tiempo transcurrido desde la llegada del paciente hasta el triage:

☐ Adecuado (≤ 5 minutos)

☐ Retraso (6-10 minutos)

☐ Retraso severo (> 10 minutos)

5. Tiempo transcurrido desde el triage hasta la evaluación médica inicial:

☐ Adecuado (≤ 10 minutos)

☐ Retraso (11-20 minutos)

☐ Retraso severo (> 20 minutos)

6. Tiempo transcurrido desde la llegada del paciente hasta la realización del electrocardiograma (ECG):

☐ Adecuado (≤ 10 minutos)

☐ Retraso (11-20 minutos)

☐ Retraso severo (> 20 minutos)

7. Tiempo transcurrido desde la llegada del paciente hasta el primer contacto médico:

☐ Adecuado (≤ 15 minutos)

☐ Retraso (16- 30 minutos)

☐ Retraso severo (> 30 minutos)

8. Tiempo transcurrido desde la llegada del paciente hasta la administración de fibrinólisis (si aplica):

☐ Adecuado (≤ 30 minutos)

☐ Retraso (31- 45 minutos)

☐ Retraso severo (> 45 minutos)

☐ No aplica

9. Tiempo transcurrido desde la llegada del paciente hasta la primera dosis de antiagregante plaquetario:

☐ Adecuado (≤ 10 minutos)

☐ Retraso (11-20 minutos)

☐ Retraso severo (> 20 minutos)

10. Durante la atención del paciente, había disponibilidad suficiente de personal de salud:

☐ Sí

☐ No

11. Nivel de saturación del servicio de emergencias al momento de la atención:

☐ Alta

☐ Moderada

☐ Baja

12. Disponibilidad de electrocardiógrafo funcional durante la atención:

☐ Sí

☐ No

13. Capacidad del personal para reconocer oportunamente los síntomas del Síndrome Coronario Agudo:

☐ Alta

☐ Media

☐ Baja

14. Tiempo de movilización del paciente dentro del hospital:

☐ Adecuado (≤ 5 minutos)

☐ Retraso (6-10 minutos)

☐ Retraso severo (> 10 minutos)

15. Se presentaron demoras administrativas durante la atención del paciente:

☐ Sí

☐ No

16. El paciente presentó complicaciones intrahospitalarias:

☐ Arritmias

☐ Shock cardiogénico

☐ Falla cardíaca

☐ Otras

☐ Ninguna

17. El paciente requirió ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):

☐ Sí

☐ No

18. Duración de la estancia hospitalaria:

☐ Estancia corta (≤ 3 días)

☐ Estancia moderada (4-6 días)

☐ Estancia prolongada (≥ 7 días)

19. Grado de deterioro hemodinámico presentado por el paciente:

☐ Leve

☐ Moderado

☐ Grave

20. La atención prolongada del paciente generó retrasos en el flujo del servicio de emergencias:

☐ Sí

☐ No

21. El paciente falleció dentro de las primeras 24 horas de atención:

☐ Sí

☐ No