

**República Dominicana**  
**UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA – UNIBE**



**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela de Medicina**

**Trabajo profesional final para optar por el título de especialista en  
Medicina de Emergencia y Desastres**

**Frecuencia de Síndrome Coronario Agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del  
segmento ST en pacientes con síntomas atípicos asistidos en la emergencia del Hospital  
General de la Plaza de la salud periodo de enero - diciembre 2024**

**Realizado por:**

**Juan Carlos De Los Santos 21-1075**

**Sarah E. Grullón Mena 21-1093**

**Asesorado por:**

**Dra. Violeta González Pantaleón - asesora metodológica**

**Dra. Aurora Mena – asesora clínica**

**“Los conceptos expuestos en la presente investigación son de la  
exclusiva responsabilidad de los autores.”**

**Santo Domingo, Distrito Nacional**

**Junio de 2025**

**Resumen:** El síndrome coronario agudo (SCA) representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Numerosos estudios han evidenciado que un gran porcentaje de los pacientes con infarto agudo al miocardio (IAM) no suelen experimentar un dolor torácico clásico; esta presentación atípica tiene poblaciones específicas, como adultos mayores, mujeres y personas con Diabetes Mellitus. Este trabajo es un estudio descriptivo y corte transversal con el objetivo de analizar la frecuencia del SCA con síntomas atípicos asistidos en la emergencia del Hospital General Plaza de la Salud durante enero - diciembre 2024, con el fin de mejorar las estrategias diagnósticas y terapéuticas, y reducir la morbimortalidad asociada. Se completó un formulario con información de 97 expedientes y se tomó por el diagnóstico principal dado por el especialista de emergencias e interconsultante como criterio para describir la presentación clínica del SCASEST. Se determinó que el sexo más afectado fue el masculino representando un 51%, afectando principalmente a la población de 56-66 años de edad en un 47 %, siendo la presentación atípica más frecuente en un 59%, tomando en cuenta que el 100% de la población contaba con troponinas positivas, y presentaban diversos síntomas atípicos, representando el 30% de los casos náuseas y vómitos, para su mayoría.

**Palabras clave:** síndrome coronario agudo, síntomas atípicos, frecuencia.

**Summary:** Acute coronary syndrome (ACS) is one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide. Numerous studies have shown that a large percentage of patients with acute myocardial infarction (AMI) do not typically experience classic chest pain; this atypical presentation affects specific populations, such as older adults, women, and people with diabetes mellitus. This descriptive, cross-sectional study aimed to analyze the frequency of ACS with atypical symptoms treated in the emergency department of Hospital General Plaza de la Salud from January to December 2024. This study aims to improve diagnostic and therapeutic strategies and reduce associated morbidity and mortality. A form was completed with information from 97 medical records, and the primary diagnosis given by the emergency department specialist and the consulting physician was used as a criterion to describe the clinical presentation of NSTEMI-ACS. It was determined that the most affected sex was male, representing 51%, affecting mainly the population aged 56-66 years in 47%, being the most frequent atypical at 59%, taking into account that 100% of the population had positive troponins, and presented various atypical symptoms, with nausea and vomiting representing 30% of cases, for the majority.

**Key words:** Acute coronary syndrome, atypical symptoms, frequency

## Contenido

Resumen:.....	i
Summary:.....	ii
Introducción .....	1
Capítulo 1.....	2
El problema.....	2
1.1 Planteamiento del problema .....	3
1.2 Preguntas de investigación .....	4
1.3 Objetivos del estudio .....	5
1.3.1 Objetivo general.....	5
1.3.2 Objetivos específicos.....	5
1.5 Limitaciones.....	6
Capítulo 2.....	7
Marco teórico .....	7
2.1 Antecedentes y referencias .....	7
2.2 Marco conceptual.....	9
2.2.1 Epidemiología e historia natural del Síndrome Coronario Agudo.....	9
2.2.2 Fisiopatologías en el Síndrome Coronario Agudo y correlación clínica .....	10
2.2.3 Instrumentos diagnósticos.....	12
2.2.3.1 Electrocardiograma .....	12
2.2.3.2 Biomarcadores: troponina cardiaca de alta sensibilidad .....	13
2.2.3.3 Otros Biomarcadores .....	13
2.2.4 Nuevos biomarcadores .....	14
2.2.5 Papel del tratamiento antiplaquetario en SCASEST.....	15
2.3 Contextualización .....	16
2.3.1 Reseña del sector .....	16
2.3.2 Reseña de la institución .....	17
2.3.3 Aspectos sociales.....	17
2.3.4 Marco espacial .....	17
Capítulo 3.....	19
Diseño Metodológico .....	19
3.1. Contexto .....	19
3.2. Tipo de estudio.....	19

<b>3.3.- Variables y su operacionalización .....</b>	<b>20</b>
<b>3.4. Métodos y técnicas de investigación .....</b>	<b>22</b>
<b>3.5. Instrumentos de recolección de datos .....</b>	<b>22</b>
<b>3.6. Consideraciones éticas .....</b>	<b>22</b>
<b>3.7. Población y muestra.....</b>	<b>22</b>
<b>3.8. Procedimiento para el procesamiento y análisis de datos .....</b>	<b>23</b>
<b>Capítulo 4.....</b>	<b>24</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>24</b>
<b>Capítulo 5.....</b>	<b>37</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>37</b>
<b>Capítulo 6.....</b>	<b>42</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>42</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>44</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>46</b>

**Frecuencia de Síndrome Coronario Agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST en pacientes con síntomas atípicos asistidos en sala de Emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud periodo enero – diciembre 2024.**

## Introducción

El síndrome coronario agudo (SCA) es un conjunto de condiciones clínicas que resultan de la disminución repentina del flujo sanguíneo al corazón, siendo el infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST), una variante del SCA que presenta un desafío diagnóstico, especialmente en pacientes con síntomas atípicos. Estos síntomas, que no corresponden a los signos clásicos de dolor torácico intenso, suelen ser más frecuentes en ciertos grupos de pacientes, como las mujeres, los ancianos y aquellos con comorbilidades. Esta variabilidad en la presentación clínica podría aumentar el riesgo de diagnóstico erróneo y de retrasos en la intervención, lo que puede afectar negativamente el pronóstico del paciente (Ibáñez, 2023).

En muchos casos, los pacientes con IAMSEST presentan síntomas menos evidentes, como malestar general, fatiga, dificultad para respirar o dolor en la parte superior del abdomen, lo que puede llevar a una evaluación inicial equivocada, particularmente en un entorno de emergencia. La identificación temprana de estos síntomas atípicos y su relación con el diagnóstico de IAMSEST es crucial para una atención oportuna y eficaz (Rao, 2025).

Este estudio tiene como objetivo analizar la frecuencia de la presentación del infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST en pacientes con síntomas atípicos que acudieron al servicio de emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud. Al comprender mejor la prevalencia de este fenómeno en el contexto local y sus manifestaciones clínicas, se podrá mejorar la precisión diagnóstica y las estrategias de tratamiento para los pacientes afectados por esta condición.

La ejecución de esta investigación representa un gran aporte hacia el hospital, ya que los resultados de la misma nos permitirán determinar la frecuencia de Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) en esos pacientes con síntomas no habituales y las características de dicha población, lo que constituye un diagnóstico de la situación actual del problema en cuestión, además de que con la actualización de la información proveniente de este estudio futuras investigaciones tendrán una base sólida para su elaboración.

# Capítulo 1

## El problema

## 1.1 Planteamiento del problema

El Síndrome Coronario Agudo (SCA) es una entidad clínica que abarca un espectro de enfermedades coronarias agudas, incluyendo el Infarto Agudo al Miocardio con elevación del ST (IAMCEST) y el Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST), así como la angina inestable. El IAMSEST en particular, se caracteriza por la presencia de isquemia miocárdica sin la elevación del segmento ST en el electrocardiograma (ECG), lo que dificulta tanto su diagnóstico como su manejo (Gulati M, 2022).

El SCA se caracteriza por dolor torácico, siendo esta la segunda causa más frecuente de consulta en urgencias en los Estados Unidos, lo que representa más de 7 millones de visitas al año. Aunque las causas no cardíacas del dolor torácico son la causa de la gran mayoría de estos casos, existen manifestaciones clínicas, las cuales se denominan atípicas, que pueden ser peligrosas y potencialmente mortales que deben identificarse y tratarse con prontitud, ya que esto podría retrasar el diagnóstico y las intervenciones terapéuticas oportunas (Gulati M, 2022).

El SCA se manifiesta comúnmente como dolor torácico, y representa la segunda causa más frecuente de consulta en los servicios de emergencia en los Estados Unidos, con más de siete millones de visitas al año. Sin embargo, muchas de estas consultas obedecen a causas no cardíacas, y cuando el SCA se presenta con síntomas atípicos como disnea, dolor abdominal, náuseas o fatiga se incrementa el riesgo de un diagnóstico erróneo o tardío. Este retraso puede comprometer seriamente el pronóstico del paciente, ya que la intervención oportuna es crucial para reducir la morbilidad (Zeb U. K., 2024).

El SCA es una entidad clave en las salas de emergencia, La Organización Mundial de la Salud identifica a las enfermedades cardiovasculares como la principal causa de muerte a nivel global, con la cardiopatía isquémica responsable del 16% de todos los fallecimientos. En Latinoamérica la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares agrava esta situación. (OMS, 2020).

En la actualidad, en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud, la salud cardiovascular de los ciudadanos de la República Dominicana, comprenden un conjunto de variables que pueden interactuar entre sí, los cuales pueden modificar el riesgo de padecer un evento cardiovascular.

En este contexto, es fundamental estudiar la frecuencia con la que se presentan casos de IAMSEST con síntomas atípicos en los servicios de emergencia, especialmente en instituciones de referencia como el Hospital General de la Plaza de la Salud. Esta investigación busca contribuir al reconocimiento temprano de estos casos, optimizar los protocolos diagnósticos y mejorar la atención clínica, con el fin de reducir complicaciones y mejorar los desenlaces de los pacientes.

## 1.2 Preguntas de investigación

¿Cuáles son los factores de riesgo que tienen mayor incidencia en pacientes con Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del ST (IAMSEST)?

¿Cuáles son los equivalentes anginosos que más presentan los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) ¿

¿Cuál es la presentación clínica que más frecuentemente se presentan en pacientes con Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del ST (IAMSEST)?

¿Cuál es el sexo más afectado en presentaciones atípicas con Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del ST (IAMSEST)?

¿Cuál es la edad que predominan los Infartos Agudo al Miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) con presentaciones atípicas?

¿Cuáles son los principales medios diagnósticos de los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del ST (IAMSEST)?

¿Cuáles son los niveles de troponinas que presentan los pacientes con IAMSEST y síntomas atípicos al momento de su evaluación en emergencia?

¿Qué características electrocardiográficas muestra el segmento ST en los pacientes con IAMSEST que presentan síntomas atípicos?

¿Cuál es el destino clínico final de los pacientes con IAMSEST y síntomas atípicos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud?

### 1.3 Objetivos del estudio

#### 1.3.1 Objetivo general

Determinar la frecuencia de Síndrome Coronario Agudo tipo Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del segmento ST de los pacientes con síntomas atípicos asistidos en sala de emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud periodo enero - diciembre 2024.

#### 1.3.2 Objetivos específicos

Describir los factores de riesgos que tienen más incidencia en pacientes con Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) con síntomas atípicos.

Enumerar los equivalentes anginosos que presentan los pacientes con troponinas positivas.

Identificar la presentación clínica más frecuente en pacientes con Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del ST (IAMSEST).

Presentar las edades más afectadas con presentación clínica atípica que presenten Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del ST (IAMSEST).

Identificar el sexo más afectado con equivalentes anginosos que presenten Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del ST (IAMSEST).

Determinar la prevalencia de Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) en pacientes con síntomas atípicos.

Establecer los distintos niveles de troponinas que presentan los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) en pacientes con síntomas atípicos.

Presentar la característica electrocardiográfica del segmento st en aquellos pacientes que presentan Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) en pacientes con síntomas atípicos.

Identificar el destino final de cada paciente con Infarto Agudo al Miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) en pacientes con síntomas atípicos.

### 1.4 Justificación

El síndrome coronario agudo es una enfermedad la cual en las últimas décadas ha representado una de las causas más comunes de muerte no violenta, aunque la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica ha descendido en los últimos años en los países desarrollados, sigue siendo la causa de muerte en un tercio de las personas con edad superior a los 35 años. (karrasko, 2021)

La OMS estima que entre 19 y 159 casos por cada 100 mil habitantes cursan con muerte súbita en hombres secundario a un síndrome coronario agudo, es de conocimiento general que un grupo de personas cursan con un IAM sin presentar síntomas típicos y cambios significativos en el Electrocardiograma, razón por lo cual nos interesa en este estudio lograr identificar esos pacientes que cursan con un síndrome coronario agudo y su diagnóstico podría pasar desapercibido y no recibir el manejo oportuno, que conlleve con un desenlace no favorable para las personas. (Cuevas M. & Alonzo K, 2020)

### 1.5 Limitaciones

La principal limitación fue la estructura de la base de datos, ya que no se cuenta con una opción que brinde el diagnóstico final del paciente; otro aspecto limitante fue la escritura de las historias clínicas, ya que no todas contaban con todo el material necesario para recopilar los datos que necesitábamos para completar el formulario de recolección de datos, tomando así, más tiempo en la búsqueda de información.

## Capítulo 2

### Marco teórico

#### 2.1 Antecedentes y referencias

El espectro clínico de los síndromes coronarios agudos (SCA) es muy amplio e incluye desde la parada cardíaca, la inestabilidad eléctrica o hemodinámica con shock cardiogénico causado por isquemia o complicaciones mecánicas, como la insuficiencia mitral (IM) grave, hasta pacientes cuyo dolor torácico ya ha desaparecido cuando llegan al hospital (al, 2021).

Las características del SCA han sido descritas desde épocas remotas. En 1768, William Heberden presentó una de las descripciones más antiguas de la angina pectoris y, gracias a múltiples

estudios observacionales posteriores, se ha logrado una caracterización precisa del espectro de presentación de la enfermedad coronaria, lo que nos permite saber que no todos los pacientes con SCA llegan al servicio de urgencias manifestando un cuadro típico, lo que en ciertas situaciones puede llegar a generar confusión en los médicos y con ello retrasar el diagnóstico y tratamiento oportunos. (Sebastián Hoyos Gutiérrez, 2021)

La presentación clínica que tradicionalmente ha sido descrita como típica, consiste en un dolor similar al de la angina de esfuerzo estable, más intenso y duradero, que se presenta en el área retroesternal, con o sin extensión al lado izquierdo del tórax, el paciente lo describe como una sensación de presión o pesadez, con una duración superior a 20 minutos, que se puede irradiar a la extremidad superior izquierda o derecha, cuello o mandíbula y puede acompañarse de diaforesis, náuseas, dolor abdominal, síncope o disnea. Con menos frecuencia, los pacientes exponen dolor en el hemitórax derecho. El signo de Levine, en el que el paciente coloca su puño cerrado sobre el pecho al describir su dolor, es visto comúnmente en pacientes con infarto agudo de miocardio. Por el contrario, la presentación atípica se puede manifestar como molestia en epigastrio o síntomas diversos y menos específicos, incluso sin malestar torácico. (Sebastián Hoyos Gutiérrez, 2021)

En un estudio multicéntrico de pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM), el 33% de los pacientes presentó manifestaciones atípicas o sin dolor torácico. Este grupo tenía un promedio de edad mayor que los pacientes con dolor torácico (74.2 versus 66.9 años), mayor proporción de mujeres (49% versus 38%) y pacientes diabéticos (32.6% versus 25.4%) o con falla cardíaca previa (26.4% versus 12.3%). También se encontró que de los pacientes que tuvieron antecedente de enfermedad cerebrovascular, un 47% tuvo manifestaciones atípicas. (Sebastián Hoyos Gutiérrez, 2021)

En aquellos con presentación atípica se documentó un mayor tiempo para consultar al hospital (7.9 versus 5.3 horas), además tuvieron menor probabilidad de diagnóstico de SCA al momento de la admisión (22.2% versus 50.3%), lo que redujo la posibilidad de un tratamiento oportuno. (Sebastián Hoyos Gutiérrez, 2021)

Estos datos son coherentes con una revisión de tema realizada en Bogotá (Colombia), donde se especifica que del 5% al 10% de los pacientes con IAM es dado de alta debido a errores en el diagnóstico, con mortalidad del 6% al 8%. (Sebastián Hoyos Gutiérrez, 2021)

Entre los factores de riesgo para IAM sin dolor torácico están el antecedente de falla cardíaca, el accidente cerebrovascular previo, la edad mayor a 65 años, la presencia de Diabetes Mellitus, el género femenino, y la raza distinta a la blanca. A la inversa, solo un 17.5% de los pacientes que no tienen los citados antecedentes presenta un IAM sin dolor torácico. Con solo presentar tres de los anteriores antecedentes se aumenta la probabilidad de un IAM sin dolor en un 50%.

Cabe destacar que, en otros contextos clínicos también se relacionan con el IAM sin dolor torácico, entre estos se encuentran ser fumador, el antecedente de cirugía de bypass coronario, el antecedente familiar de enfermedad arterial coronaria, el antecedente de hipercolesterolemia, la historia de angioplastia coronaria, y la presencia de angina previa (Sebastián Hoyos Gutiérrez, 2021).

## 2.2 Marco conceptual

### 2.2.1 Epidemiología e historia natural del Síndrome Coronario Agudo

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad y entre ellas la enfermedad arterial coronaria es la manifestación más prevalente. Las enfermedades cardiovasculares constituyen uno de los problemas de salud más importantes de la medicina contemporánea, de ahí que sea un verdadero reto científico por su trascendencia biológica, psicológica, social y económica. Más de siete millones de personas mueren cada año como consecuencia de la cardiopatía isquémica, lo cual equivale a un 12,8% de todas las muertes. Este fenómeno seguirá en ascenso en los próximos años, de manera que para el 2030 se pronostican aproximadamente 24,2 millones. Además, se estima que uno de cada seis hombres y una de cada siete mujeres en Europa mueren de Infarto Agudo de Miocardio (IAM). (Battilana-Dhoedt JA, 2020)

La identificación de los pacientes que tienen SCA dentro de la gran proporción de pacientes con sospecha de dolor cardiaco supone un reto diagnóstico, sobre todo en los casos en que no hay síntomas claros o hallazgos electrocardiográficos. A pesar, de que hoy en día contamos con tratamientos modernos, las tasas de muerte, infarto de miocardio y readmisiones de los pacientes con SCA siguen siendo altas. Está bien establecido que los pacientes con SCA en sus diferentes presentaciones clínicas comparten un sustrato fisiopatológico común. (Battilana-Dhoedt JA, 2020)

Las observaciones patológicas, angioscópicas y biológicas han demostrado que la rotura o la erosión de la placa aterosclerótica, con los distintos grados de complicaciones trombóticas y embolización distal que dan lugar a una hipoperfusión miocárdica, son el mecanismo fisiopatológico básico de la mayoría de los SCA. (Battilana-Dhoedt JA, 2020)

Como se trata de un estado de la enfermedad aterotrombótica que pone en riesgo la vida del paciente, en la actualidad se han desarrollado criterios para la estratificación del riesgo que permitan al clínico tomar las decisiones oportunas sobre el manejo farmacológico y sobre las estrategias de revascularización miocárdicas de manera individualizada para cada paciente. (Battilana-Dhoedt JA, 2020)

Los datos de los registros coinciden en demostrar que el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) es más frecuente que el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). La incidencia anual es de 3/1.000 habitantes, pero esta cifra varía entre países. (Battilana-Dhoedt JA, 2020)

La mortalidad hospitalaria es más elevada en pacientes con SCACEST que entre los SCASEST (7 frente a un 3-5%, respectivamente), pero a los 6 meses las tasas de mortalidad son muy similares en las dos condiciones (el 12 y el 13%). El seguimiento a largo plazo ha demostrado que la tasa de muerte es 2 veces superior a los 4 años entre los pacientes con SCASEST que en los que tienen SCACEST. Esta diferencia en la evolución a medio y largo plazo puede deberse a diferencias en los perfiles de los pacientes, ya que los pacientes con SCASEST tienden a ser de más edad, con más comorbilidades, especialmente diabetes mellitus e insuficiencia renal. (Battilana-Dhoedt JA, 2020)

El incremento en la expectativa de vida trae como consecuencia periodos de exposición a factores de riesgo más largos, lo que beneficia en mayor probabilidad a padecer eventos adversos. Latinoamérica es una de las regiones del mundo con más alta carga de factores de riesgo cardiovascular, especialmente sobrepeso, dislipidemia y diabetes mellitus (Battilana-Dhoedt JA, 2020)

### 2.2.2 Fisiopatologías en el Síndrome Coronario Agudo y correlación clínica

El SCA normalmente se precipita por una trombosis aguda inducida por rotura o erosión de una placa coronaria aterosclerótica, con o sin vasoconstricción concomitante, lo que provoca una reducción brusca y crítica del flujo sanguíneo coronario. En el complejo proceso de rotura de una placa, la inflamación ha resultado ser un elemento fisiopatológico clave. En casos raros, el SCA puede tener una etiología no aterosclerótica, como arteritis, traumatismo, disección, tromboembolia, anomalías congénitas, adicción a la cocaína o complicaciones de un cateterismo cardiaco. (Battilana-Dhoedt JA, 2020)

Es necesario comprender el significado de los principales conceptos fisiopatológicos, como placa vulnerable, trombosis coronaria, paciente vulnerable, disfunción endotelial, atero-trombosis acelerada, mecanismos secundarios del SCASEST y daño miocárdico, para hacer un uso correcto de las estrategias terapéuticas disponibles. (Battilana-Dhoedt JA, 2020)

El proceso inflamatorio ejerce ciertos cambios en la placa ateromatosa que termina desarrollando una placa vulnerable. Se produce un adelgazamiento de la capa fibrosa de la placa, un aumento en el influjo de lípidos hacia el centro de la placa expandiendo el tamaño de la misma, y una estimulación aumentada de la neo-angiogénesis. Además, estos cambios promueven la formación de un núcleo necrótico en el centro de la placa, el cual a su vez puede empeorar el proceso inflamatorio. Este núcleo necrótico contiene células muertas principalmente macrófagos

y detritus, y el aumento en volumen del mismo contribuye a la ruptura de la placa y el desencadenamiento del SCA. Por lo tanto, la placa vulnerable posee un núcleo central lipídico, una capa fibrosa delgada, un infiltrado de macrófagos, zonas de calcificación y neovascularización. Las lesiones predictoras de SCA suelen ser leves desde el punto de vista angiográfico, y se caracterizan por una cápsula fina de fibro-ateroma, una gran carga de placa, un área luminal pequeña o combinaciones de estas características. (Battilana-Dhoedt JA, 2020)

Dependiendo del grado de obstrucción al flujo coronario se han distinguido varias presentaciones clínicas con una variedad de síntomas: 1) Dolor anginoso prolongado (> 20 min) en reposo. 2) Angina de novo, de nueva aparición, clase II o III de la clasificación de la sociedad cardiovascular canadiense. 3) Desestabilización reciente de una angina previamente estable con características de angina como mínimo de clase III (angina in crescendo). 4) Angina post-IAM. El dolor prolongado se observa en el 80% de los pacientes, mientras que la angina de novo o acelerada se observa solo en el 20% de los casos. (Battilana-Dhoedt JA, 2020)

El síntoma principal que pone en marcha la cascada diagnóstica y terapéutica es la aparición de dolor torácico, pero la clasificación de los pacientes se basa primordialmente en el electrocardiograma (ECG). Es decir, existen varias presentaciones clínicas de la cardiopatía isquémica las cuales incluyen la isquemia silente, la angina de pecho estable, la angina inestable, el infarto de miocardio, la insuficiencia cardíaca y la muerte súbita. (Battilana-Dhoedt JA, 2020)

En el SCA podemos encontrar dos categorías de pacientes, en primer lugar, son aquellos pacientes con dolor retroesternal agudo y elevación persistente del segmento ST del ECG. Esto se denomina SCACEST y generalmente refleja una oclusión coronaria aguda total. La mayoría de estos pacientes sufrirá, en último término, un IAMCEST. El objetivo terapéutico es realizar una reperfusión rápida, completa y persistente mediante angioplastia primaria o tratamiento fibrinolítico. En segundo lugar, están los pacientes con dolor retroesternal agudo, pero sin elevación persistente del segmento ST del ECG (SCASEST). Estos pacientes suelen tener una depresión persistente o transitoria del segmento ST o una inversión de las ondas T, ondas T planas, pseudo-normalización de las ondas T o ausencia de cambios en el ECG cuando se presentan los síntomas. La estrategia inicial en estos pacientes es aliviar la isquemia y los síntomas, monitorizar al paciente con ECG seriados y repetir las determinaciones de los marcadores de necrosis miocárdica. (Battilana-Dhoedt JA, 2020)

En el momento de la aparición de los síntomas, el diagnóstico del SCASEST se concretará, según el resultado obtenido a partir de la determinación de las troponinas, en infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST) o angina inestable. En algunos pacientes, se excluirá una cardiopatía isquémica como causa de los síntomas. Algunas características relacionadas con los síntomas pueden apuntar al diagnóstico de enfermedad arterial coronaria y guiar el manejo del paciente. La exacerbación de los síntomas por el ejercicio físico o su alivio en

reposo o después de la administración de nitratos confirma el diagnóstico de isquemia. Es importante identificar las circunstancias clínicas que puedan exacerbar o precipitar la aparición de SCASEST, como anemia, infección, inflamación, fiebre o trastornos metabólicos o endocrinos. Cuando nos encontramos ante un paciente sintomático, hay varias características clínicas que aumentan la probabilidad de un diagnóstico de enfermedad arterial coronaria y, por lo tanto, de SCASEST. Estas incluyen la edad avanzada, el sexo masculino, una historia familiar positiva y la existencia de aterosclerosis conocida en territorios no coronarios, como en el caso de la enfermedad periférica o la enfermedad arterial carotídea. La presencia de factores de riesgo, en especial diabetes mellitus e insuficiencia renal, así como manifestaciones previas de enfermedad arterial coronaria también aumenta la probabilidad de SCASEST. (Battilana-Dhoedt JA, 2020)

### 2.2.3 Instrumentos diagnósticos

#### 2.2.3.1 Electrocardiograma

El ECG de 12 derivaciones en reposo es el principal instrumento diagnóstico para la evaluación de los pacientes que se sospecha de SCA. Se debe realizar en los primeros 10 minutos de la llegada del paciente a urgencias o, preferiblemente, durante el primer contacto prehospitalario con los servicios médicos de urgencias y debe ser interpretado inmediatamente un médico cualificado. (al, 2021)

Aunque el ECG en el contexto de los SCASEST puede ser normal en más del 30% de los pacientes, las alteraciones electrocardiográficas características incluyen la depresión del segmento ST, la elevación transitoria del segmento ST y cambios en la onda T. Si las derivaciones estándar no son concluyentes y el paciente tiene signos o síntomas indicativos de isquemia miocárdica, deben registrarse derivaciones adicionales; la oclusión de la arteria circunfleja izquierda solo es detectable en las derivaciones V7-V9 y el infarto de miocardio ventricular derecho, solo en las derivaciones V3R y V4R. (al, 2021)

En pacientes con signos y síntomas indicativos de isquemia, la elevación persistente del segmento ST indica un diagnóstico de IAMCEST que requiere reperfusión inmediata. Es útil comparar el ECG con registros anteriores, sobre todo en pacientes con alteraciones electrocardiográficas preexistentes. Es recomendable obtener registros adicionales de ECG de 12 derivaciones en caso de síntomas persistentes o recurrentes o de diagnóstico incierto. En los pacientes con bloqueo de rama izquierda (BRI), el uso de criterios electrocardiográficos específicos (criterios de Sgarbossa) puede ayudar a identificar a los pacientes candidatos a coronariografía inmediata. Los pacientes con sospecha clínica alta de isquemia miocárdica y BRI deben recibir la misma atención que los pacientes con IAMCEST, independientemente de si el BRI se conocía previamente. (al, 2021)

Por el contrario, los pacientes hemodinámicamente estables que se presentan con dolor torácico y BRI solo tienen un riesgo de infarto de miocardio ligeramente más alto que los pacientes sin

BRI. En estos casos es necesario tener en cuenta la concentración de hs-cTn para tomar decisiones sobre la coronariografía inmediata. (al, 2021)

En los pacientes con bloqueo de rama derecha (BRD), la elevación del segmento ST indica IAMCEST, mientras que la depresión del ST en las derivaciones I, aVL y V5-6 indica SCASEST. En los pacientes con marcapasos ventricular el ECG no sirve de ayuda para el diagnóstico de SCASEST. (al, 2021)

En general, se recomienda la interpretación del ECG mediante tecnología a distancia en la fase prehospitalaria. (al, 2021)

### **2.2.3.2 Biomarcadores: troponina cardiaca de alta sensibilidad**

Los biomarcadores complementan a la evaluación inicial y al ECG de 12 derivaciones para el diagnóstico, la estratificación del riesgo y el tratamiento de los pacientes con sospecha de SCASEST. La determinación de un biomarcador de daño miocárdico, preferiblemente hs-cTn, es obligatoria en todos los pacientes con sospecha de SCASEST. (al, 2021)

Las troponinas cardiacas son biomarcadores de daño cardiomiocitario más sensibles y específicos que la creatincinasa (CK), su isoenzima miocárdica (CK-MB) y la mioglobina. Si la presentación clínica es compatible con isquemia miocárdica, la elevación dinámica de troponinas cardiacas por encima del percentil 99 de individuos sanos indica infarto de miocardio. En los pacientes con infarto al miocardio, las concentraciones de troponina cardiaca aumentan rápidamente tras la aparición de los síntomas (normalmente durante la primera hora si se emplean determinaciones de alta sensibilidad) y permanecen elevadas durante un tiempo variable (normalmente varios días). (al, 2021)

### **2.2.3.3 Otros Biomarcadores**

Entre los múltiples biomarcadores evaluados para el diagnóstico de los SCASEST, solo la CK-MB, la proteína C de unión a la miosina y la copeptina parecen tener importancia clínica en contextos específicos cuando se usan en combinación con troponina cardiaca T/I. (al, 2021)

Comparada con la troponina cardiaca, la CK-MB disminuye más rápidamente tras el infarto de miocardio y puede ser más útil para determinar el momento en que se produjo daño miocárdico y detectar el reinfarcto precoz. Sin embargo, es importante subrayar que se conoce muy poco sobre cómo diagnosticar el reinfarcto precoz. Se recomienda realizar una evaluación clínica completa que incluya las características del dolor torácico (las mismas que en el evento inicial), el ECG de 12 derivaciones para detectar nuevos cambios del segmento ST o la inversión de las ondas T y la determinación seriada de troponina cardiaca T/I y CK-MB. La proteína C de unión a la

miosina es más abundante que la troponina cardiaca y, por lo tanto, puede ser útil como alternativa o combinada con troponina cardiaca. La determinación de copeptina (extremo terminal carboxílico de la prohormona vasopresina) permite cuantificar el nivel de estrés endógeno en distintas afecciones, incluido el infarto de miocardio. Dado que el nivel de estrés endógeno suele estar elevado en la mayoría de los pacientes al inicio del infarto de miocardio, el valor añadido de la copeptina, comparada con la determinación convencional de troponina cardiaca (menos sensible) es considerable. Por lo tanto, se recomienda el uso sistemático de la determinación de copeptina como biomarcador adicional para descartar rápidamente el diagnóstico de infarto de miocardio, en el caso cada vez menos frecuente de que no sea posible la determinación de hs-cTn. La copeptina no tiene un valor añadido relevante en los hospitales que dispongan de protocolos rápidos validados y basados en la hs-cTn para el diagnóstico precoz del infarto de miocardio. (al, 2021)

Otras pruebas de laboratorio ampliamente disponibles son la tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe), la glucosa y el BNP, que proporcionan información pronóstica adicional y pueden ayudar a estratificar el riesgo. La determinación del dímero D está recomendada en la atención ambulatoria o en el servicio de urgencias para los pacientes con una probabilidad clínica baja o intermedia, o cuando la embolia pulmonar sea poco probable, para evitar la realización de pruebas de imagen innecesarias y la exposición a radiación. El dímero D es un elemento diagnóstico clave cuando se sospecha de embolia pulmonar. (al, 2021)

#### 2.2.4 Nuevos biomarcadores

Los niveles de péptido natriurético cerebral (BNP) y pro-BNP N-terminal (NT-pro-BNP) están elevados en el infarto agudo de miocardio y brindan información predictiva para la estratificación del riesgo en todo el espectro del SCA. Sin embargo, un único nivel bajo de BNP obtenido dentro de las 4 horas posteriores a la presentación de un paciente en el servicio de urgencias no identifica al paciente como de bajo riesgo de infarto agudo de miocardio o muerte en 30 días. (Coven, 2020)

En el futuro, una combinación de los niveles de troponina (biomarcador de necrosis miocárdica), NT-pro-BNP ( indicador de presión telediastólica del ventriculo izquierdo elevada y estrés de la pared) y proteína C reactiva (PCR, una estimación del grado de inflamación sistémica) puede resultar útil para predecir el resultado de los pacientes con SCA. (Coven, 2020)

La interleucina-6 es el principal determinante de las proteínas reactantes de fase aguda en el hígado, y el amiloide A sérico es otro reactante de fase aguda. Las elevaciones de cualquiera de estos pueden predecir un mayor riesgo de resultados adversos en pacientes con angina inestable. Cavusoqlu et al. sugieren que los niveles basales elevados de interleucina-10 plasmática están asociados con resultados adversos a largo plazo en pacientes con SCA. (Coven, 2020)

Se han investigado otros biomarcadores con sensibilidad y especificidad variables, incluyendo el ligando sCD40, la mieloperoxidasa, la proteína plasmática A asociada al embarazo, la colina, el factor de crecimiento placentario, la cistatina C, la proteína de unión a ácidos grasos, la albúmina modificada por isquemia, los ligandos de quimiocinas 5 y 18 (mediadores del reclutamiento de monocitos inducido por isquemia), la angiogenina, SCUBE1 (una nueva proteína plaquetaria) y otros. En un estudio que incluyó a 107 pacientes que se presentaron a un departamento de emergencias con dolor en el pecho, no se encontró que la albúmina modificada por isquemia tuviera una sensibilidad y especificidad superiores a los biomarcadores tradicionales, con una sensibilidad de 0,86 y una especificidad de 0,49. (Coven, 2020)

### 2.2.5 Papel del tratamiento antiplaquetario en SCASEST

La terapia antitrombótica es la piedra angular de las estrategias de tratamiento para pacientes que presentan SCASEST. En los últimos años, no ha habido cambios importantes en el tipo de tratamiento antitrombótico. Pero, el momento de la administración, la duración y la combinación de agentes antiplaquetarios siguen siendo temas de debate. De hecho, la terapia antiplaquetaria dual (DAPT) la cual consiste en aspirina (AAS) combinada con un inhibidor de P2Y12 (P2Y12i), como prasugrel, ticagrelor o clopidogrel, desempeña un papel clave en el manejo del SCA debido a su reducción significativa en eventos isquémicos a pesar de un mayor riesgo de sangrado. Las pautas de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de 2023 recomiendan el uso de un potente agente P2Y12i (ticagrelor o prasugrel) sobre clopidogrel debido a su superioridad en la reducción de eventos isquémicos. Entre estos agentes, se debe considerar prasugrel sobre el ticagrelor para pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP). (Díez-Villanueva, 2024)

Un problema clave actual es el momento de la administración de P2Y12i. El pretratamiento rutinario con un P2Y12i en pacientes con SCASEST en quienes se desconoce la anatomía coronaria y se planea una ICP temprana (<24 h) ya no se recomienda. Esta recomendación está respaldada por el ensayo ACCOAST, el cual no logró demostrar una reducción en los eventos isquémicos a los 30 días después de una dosis de carga de prasugrel, en comparación con el momento de la ICP, pero también mostró un riesgo de sangrado significativamente mayor. Una estrategia de pretratamiento podría tener una ventaja teórica para ayudar a lograr un efecto antiplaquetario temprano, ya que los medicamentos orales tienen un inicio de acción relativamente lento. Sin embargo, el diagnóstico erróneo y el riesgo de sangrado, así como una hospitalización prolongada si se realiza un injerto de derivación de la arteria coronaria, pueden inclinar la balanza de riesgos

y beneficios a favor de evitar el pretratamiento. Por lo tanto, una evaluación de la anatomía coronaria antes de la administración de un inhibidor de P2Y12 parece ser la estrategia más razonable en un contexto de SCA, a menos que el tratamiento invasivo se retrase más de 24 horas y el riesgo de sangrado del paciente sea bajo. (Díez-Villanueva, 2024)

El régimen de terapia antiplaquetaria dual (DAPT) predeterminado recomendado después de un SCA consiste en un P2Y12i más aspirina durante 12 meses seguido de monoterapia con aspirina. Sin embargo, esta es un área en evolución, y se están evaluando nuevas estrategias de DAPT paradigmáticas, con el objetivo de mantener la eficacia al mismo tiempo que se mejora la seguridad. Yendo más allá, desafiando el concepto fundamental de DAPT post-ICP, las investigaciones actuales en el campo están explorando un nuevo cambio de paradigma al considerar estrategias totalmente libres de aspirina. (Díez-Villanueva, 2024)

En conclusión, las estrategias antitrombóticas se encuentran en continuo desarrollo y las decisiones de tratamiento se deben individualizar, sopesando los beneficios antitrombóticos frente al riesgo de hemorragia. Los resultados de los ensayos clínicos en curso pueden determinar el mejor enfoque antitrombótico para pacientes con SCASEST. (Díez-Villanueva, 2024)

### 2.3 Contextualización

El hospital general de la plaza de la salud es una entidad de atención de salud sin fines de lucro que brinda servicios de salud desde el primer nivel de atención hasta trasplante de órganos, sobre todo a pacientes de escasos recursos económicos. (Hospital General Plaza de la Salud, 2025)

Los pacientes que se reciben en el centro provienen de las distintas provincias del país, así como también usuarios que acuden de todas partes del mundo que necesiten de sus servicios durante su estadía en el país.

Está ubicada en la Avenida Ortega y Gasset, Ensanche La Fe, Santo Domingo, Distrito Nacional de la República Dominicana. Considerado uno de los principales hospitales de referencia de República Dominicana.

#### 2.3.1 Reseña del sector

Se fundó en el año 1942 por orden del dictador Rafael Leónidas Trujillo con el fin de construir un acueducto y el antiguo hipódromo Perla Antillana. Fue inaugurado en 1941 en el lugar donde hoy se ubica la Plaza de la Salud. Este poblado en particular por individuos de clase media

Es uno de los sectores más importantes del Distrito Nacional. Limita con la Avenida Pedro Livio Cedeño y el barrio de Cristo Rey al norte, la Avenida San Martín y el Ensanche Kennedy al sur, la avenida López de Vega y el sector de Arroyo Hondo al oeste; y la Avenida Máximo Gómez y el sector de Villa Juana al este. Actualmente posee una población de 19,000 habitantes según el censo 2017 de población y vivienda y el mismo cuenta con una superficie de 601,000 mts<sup>2</sup>.

### 2.3.2 Reseña de la institución

El HGPS está dirigido por un Patronato creado por el Decreto N<sup>o</sup> 131, de fecha 18 de abril de 1996 y ratificado por el Congreso mediante la Ley No.78-99, de fecha 24 de julio de 1999. El Patronato está integrado por 16 miembros que incluyen distinguidos doctores, empresarios y personas dedicadas a servir a la comunidad dominicana, así como miembros *Ex officio*: el Secretario de Estado de Salud Pública y Bienestar Social, el Director del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, el Presidente del Consejo Nacional de Hombres de Negocios y el Secretario de Trabajo. (Hospital General Plaza de la Salud, 2025)

#### **Visión:**

HGPS para el 2026 se habrá convertido en un sistema de salud integral y de calidad, con capacidad para responder a las necesidades de sus usuarios.

#### **Misión:**

Nuestra misión es brindar atención médica de calidad a la población local y global, soportada por un equipo humano calificado y motivado en el marco de los valores institucionales.

#### **Valores:**

- Compromiso
- Ética
- Innovación
- Calidad
- Empatía

### 2.3.3 Aspectos sociales

El hospital General De La Plaza De La Salud recibe pacientes de todo tipo de especialidades médicas y de etnicidad dominicana. Los usuarios que más frecuentan y utilizan los servicios brindados por el hospital pertenecen a los estratos sociales de clase media y baja.

### 2.3.4 Marco espacial

- Dimensión: El estudio se realizó en el Hospital General De La Plaza De La Salud, Santo Domingo, República Dominicana.
- Territorio: Avenida Ortega y Gasset, Ensanche La Fe, Santo Domingo, Rep. Dom
- Límites:

Norte: Calle licenciado Arturo Logroño

Sur: Calle Francisco Villaespesa

Este: Avenida José Ortega Y Gasset

Oeste: Calle Pepillo Salcedo

## Capítulo 3.

# Diseño Metodológico

### 3.1. Contexto

Este estudio se realiza con el fin de determinar la frecuencia de Síndrome Coronario Agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST en pacientes con síntomas atípicos asistidos en emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud, y así evaluar y describir aquellos síntomas que puedan pasar desapercibidos en el contexto de un paciente que este cursando con un Infarto Agudo al Miocardio y lograr realizar las medidas pertinentes que puedan salvaguardar la vida del paciente. Por esto, la modalidad de este proyecto es de tipo investigación, ya que se basa en una descripción detallada, según los lineamientos de la metodología científica, con la finalidad de que los resultados de este signifiquen un aporte local para este centro de salud.

### 3.2. Tipo de estudio

Transversal con datos descriptivos.

### 3.3.- Variables y su operacionalización

1. Edad
2. Sexo
3. Hábitos tóxicos
4. Factores de riesgo cardiovasculares
5. Presentación clínica
6. Troponina
7. Nivel del segmento ST

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo</b>	<b>Subtipo</b>	<b>Indicador</b>
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Cuantitativo	Continua	- 45-55 - 56-66 - 67-77 - 78-88 - 89-99
<b>Sexo</b>	Agrupar y separar individuos en función de características biofisiológicas	Cualitativo	Nominal	- Masculino - Femenino
<b>Hábitos tóxicos</b>	Consumo frecuente de alguna sustancia	Cualitativa	Nominal	- Alcohol - Tabaco - Café

	dañina para la salud.			- Sustancias ilícitas
<b>Factores de riesgo cardiovascular</b>	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir algún evento vascular	Cualitativa	Nominal	- Obesidad - Dislipidemia - Hipertensión arterial - Sexo masculino - Herencia - Sedentarismo
<b>Troponina ultrasensible</b>	La troponina cardiaca es el marcador bioquímico más sensible y específico de daño/necrosis miocárdica	Cuantitativo	Continua	- Mayor a 19.0 ng/dl  - Menor a 19.0 ng/dl
<b>Presentación clínica</b>	Son aquellos signos y síntomas que suelen presentar los pacientes con un probable Infarto Agudo al Miocardio, pudiendo ser una presentación típica o un cuadro atípico	Cualitativo	Nominal	- Epigastralgia - Mareos - Diaforesis - Sensación de anugo - Disnea - Dolor torácico
<b>Nivel del segmento ST</b>	Es un segmento del electrocardiograma, el cual normalmente es isoeléctrico, y las alteraciones de este, como elevación o depresión pueden ser signos de diversas afecciones cardiacas, como isquemia o infarto.	cualitativo	Nominal	- Elevación del segmento st - Inversión del segmento st  - isoeléctrico

### 3.4. Métodos y técnicas de investigación

El método que se utilizó para este trabajo de investigación es observacional descriptivo transversal.

### 3.5. Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos de este trabajo de investigación se utilizó un cuestionario de 6 preguntas (opciones múltiples) (Ver anexo) de acuerdo a las variables presentadas, el cual fue creado por los autores. La información utilizada para completar el cuestionario se obtuvo a través de los expedientes clínicos de los pacientes de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud.

### 3.6. Consideraciones éticas

Acercas de las consideraciones éticas, nuestro trabajo de investigación no representa ningún tipo de peligro para la población elegida. Se respetaron los derechos humanos, los datos personales como es el nombre de los pacientes y se ajustó a los lineamientos tanto nacionales como de la Universidad Iberoamericana.

### 3.7. Población y muestra

La selección de la muestra fue tomada en base a la frecuencia hipotética de la población afectada (~10%) aplicada al universo de usuarios en sala de emergencias de adultos del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el año 2024 (N=~ 343). Utilizando la aplicación StatCalc de Epiinfo para determinar muestras finitas en un estudio descriptivo y se estimó que eran necesarios 99 expedientes clínicos para representar la población afectada con un intervalo de confianza (IC) 95% y margen de error de 5%. La selección de la muestra fue de manera no probabilística por conveniencia.

ei

StatCalc - Sample Size and Power

Population survey or descriptive study  
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
80%	50	50
90%	76	76
95%	99	99
97%	113	113
99%	141	141
99.9%	182	182
99.99%	211	211

Population size: 343

Expected frequency: 10%

Acceptable Margin of Error: 5%

Design effect: 1.0

Clusters: 1

### Crterios de inclusión

1. Expedientes clínicos de pacientes mayores de 18 años los cuales acudieron a la emergencia presentando sintomatología de infarto agudo al miocardio.
2. Pacientes con diagnóstico de infarto agudo al miocardio sin elevación del ST

### Crterios de exclusión

1. Récoros con información incompleta.
2. Pacientes con cambios en el electrocardiograma con elevación del segmento ST

### 3.8. Procedimiento para el procesamiento y análisis de datos

Se utilizó Microsoft Excel para la realización de las tablas, para las correlaciones estadísticas (estadística inferencial).

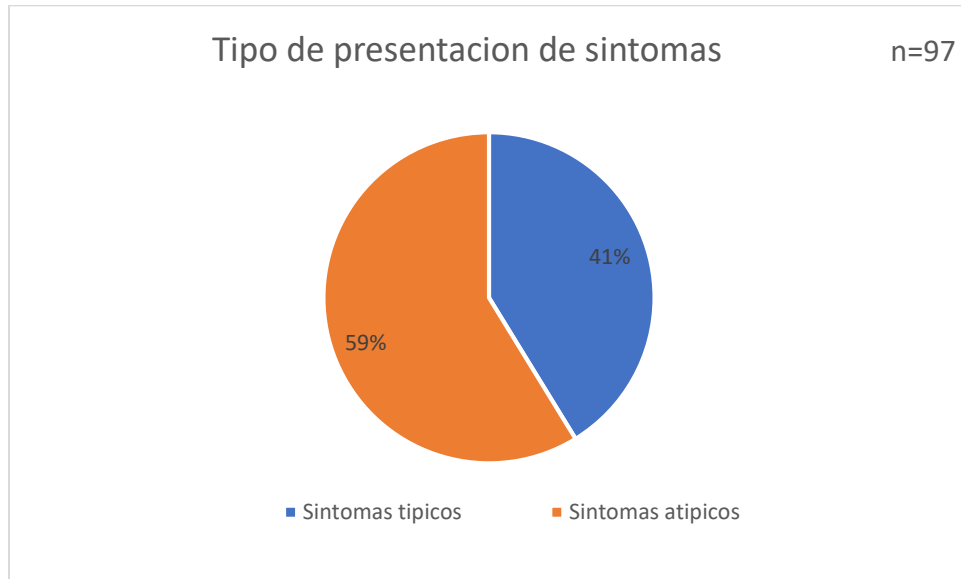
## Capítulo 4

## Resultados

## Capítulo 4. Resultados

### 4.1 Resultados

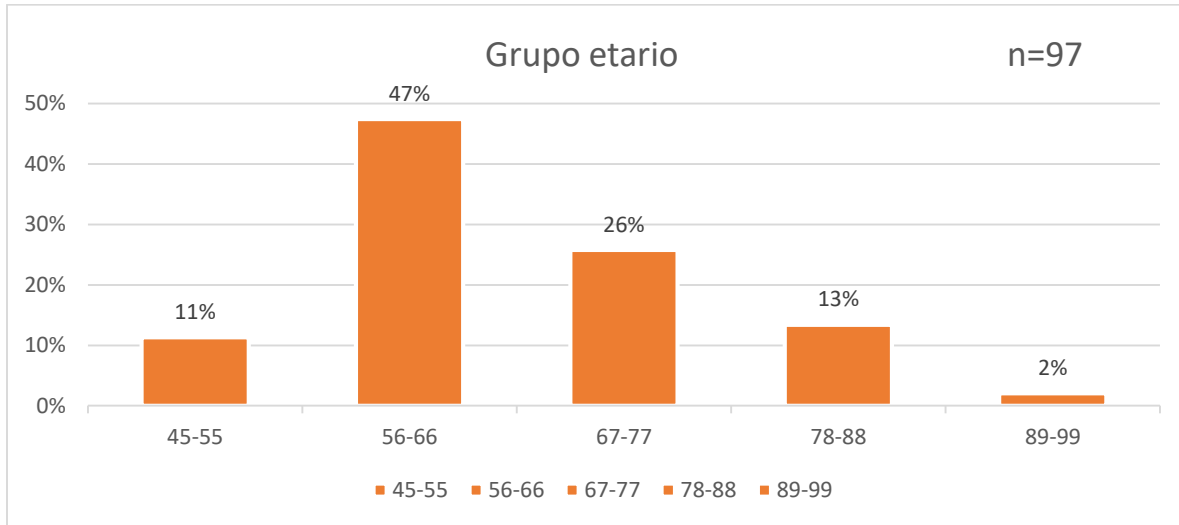
**Grafico 1.** Tipo de presentación de síntomas en los pacientes que cursaron con Síndrome Coronario Agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST con síntomas atípicos asistidos en emergencias del Hospital General de la Plaza De La Salud periodo enero-diciembre del año 2024.



Fuente: Tabla 1.

Con respecto al objetivo general se determinó que de los pacientes que cursaron con síndrome coronario agudo sin elevación del ST que acudieron a la sala de emergencias del hospital general de la plaza de la salud durante el periodo ya establecido fueron los de presentación clínica atípica, donde se contó con un universo de 343 pacientes de los cuales se tomaron 97 pacientes como muestra de los cuales presentaron un síndrome coronario agudo sin elevación del ST, de los cuales un 59% curso con síntomas atípicos, y un 41% que representa los síntomas típicos.

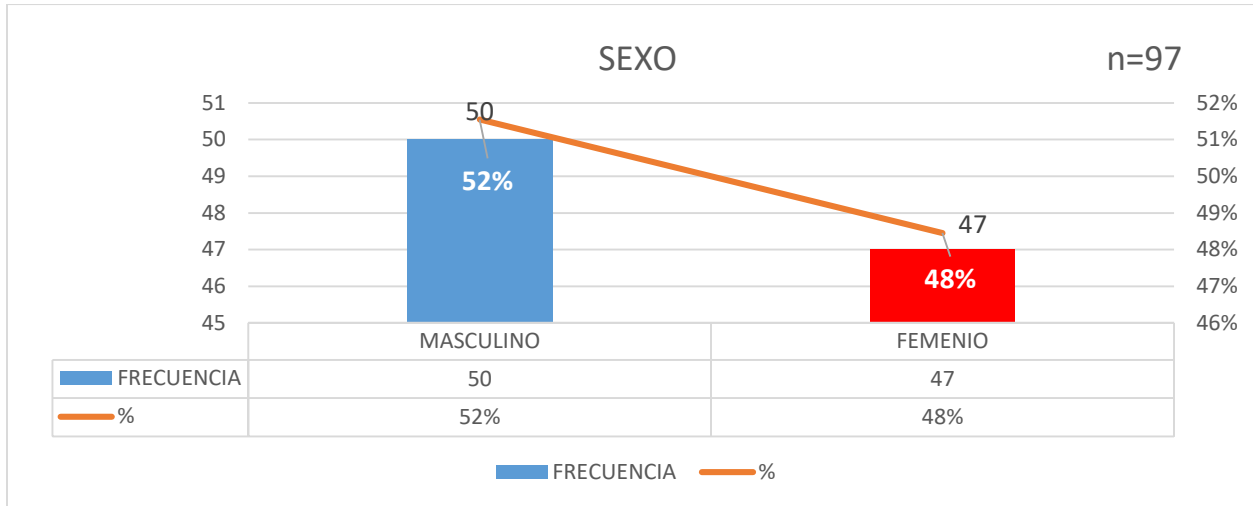
**Gráfico 2.** Grupo etario en los pacientes que cursaron con Síndrome Coronario Agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST con síntomas atípicos asistidos en emergencias del Hospital General de la Plaza De La Salud periodo enero-diciembre del año 2024.



Fuente: Tabla. 2

Con relación al grupo etario se evidencia que el grupo etario que más frecuentemente curso con síndrome coronario agudo si elevación del ST que acudieron a la emergencia del hospital general de la plaza de la salud pertenecen al grupo de 55-66 años con 47% de la muestra, seguido de los del grupo de 67-77 años con un 26%, seguido del grupo de 78-88 años con un 13%, luego los del grupo 45-55 años con un 11% y finalmente los del grupo de 89-99% del total de la muestra

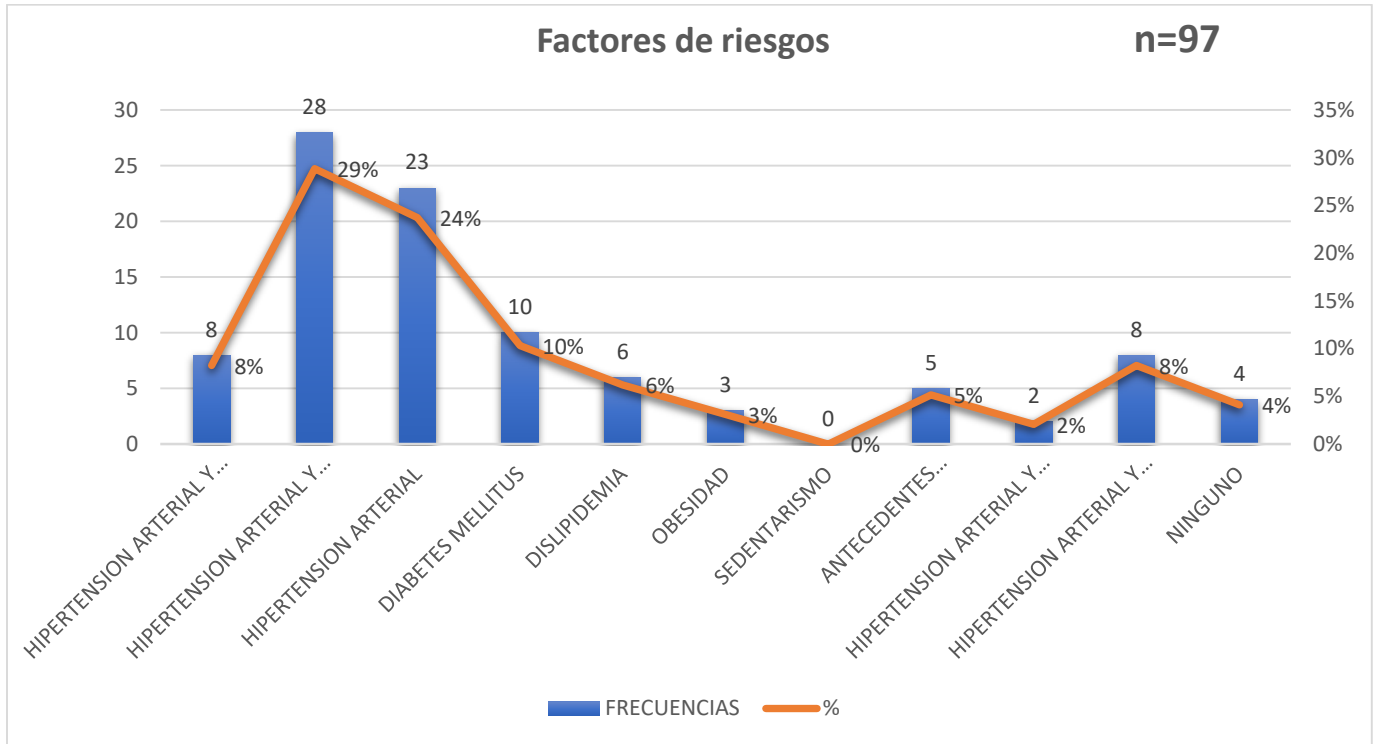
**Gráfico 3.** Sexo de los pacientes que cursaron con Síndrome Coronario Agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST con síntomas atípicos asistidos en emergencias del Hospital General de la Plaza De La Salud periodo enero-diciembre del año 2024.



Fuente: Tabla 3

En relación con el sexo, se evidencio que de los pacientes con presentación atípica de síndrome coronario agudo sin elevación del ST de los pacientes que acudieron a la sala de emergencias del hospital general de la plaza de la salud, el sexo mas frecuente fue el sexo masculino con un 52% de los casos a diferencia del genero femenino con un 48% para una ligera diferencia entre ambos géneros.

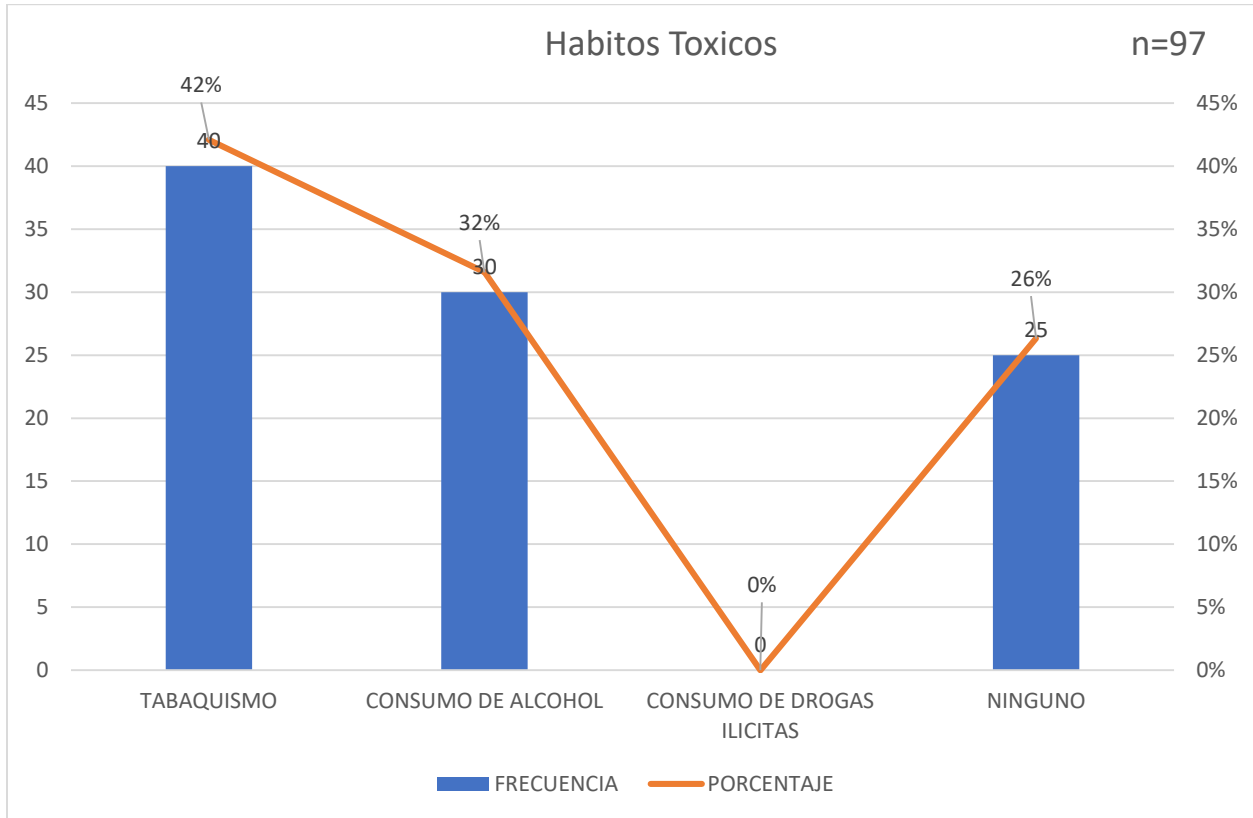
**Gráfico 4.** Factores de riesgo en los pacientes que cursaron con Síndrome Coronario Agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST con síntomas atípicos asistidos en emergencias del Hospital General de la Plaza De La Salud periodo enero-diciembre del año 2024.



Fuente: Tabla 4.

En lo que concierne a los factores de riesgos más incidentes en el contexto de síndrome coronario agudo del elevación del segmento ST con presentación de síntomas atípicos se evidencia que el padecer hipertensión arterial y diabetes en conjunto son los factores más frecuentes en los pacientes que padecen esta enfermedad con una total de un 29%, seguido de los que padecen hipertensión arterial como único factor de riesgo con un 24%, los pacientes con diabetes mellitus como único factor representan para un 10%, aquellos con cardiopatía isquémica previa un total para un porcentaje de 8% y por último el menos incidente de los factores cardiovasculares asociados al síndrome coronario agudo sin elevación del ST fue los pacientes con hipertensión arterial y enfermedad multivasos en conjunto para un 2%.

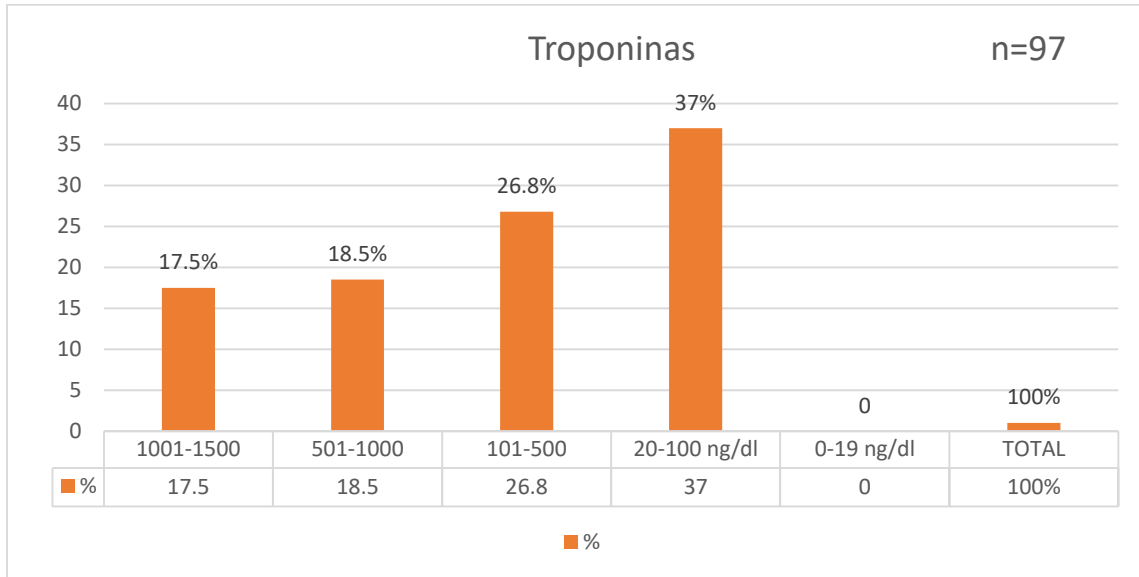
**Gráfico 5.** Hábitos tóxicos que presentaron los pacientes que cursaron con Síndrome Coronario Agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST con síntomas atípicos asistidos en emergencias del Hospital General de la Plaza De La Salud periodo enero-diciembre del año 2024.



Fuente: Tabla 5.

Con relación a los hábitos tóxicos se pudo observar que los pacientes sin hábitos tóxicos representaron el mayor grupo para un 47%, de los que si presentaron hábitos tóxicos los que presentaron tabaquismo como habito toxico presentaron mayor incidencia en padecer síndrome coronario agudo sin elevación del ST con síntomas de presentación atípicas con un 35%, seguido del alcohol el cual representa el 18%.

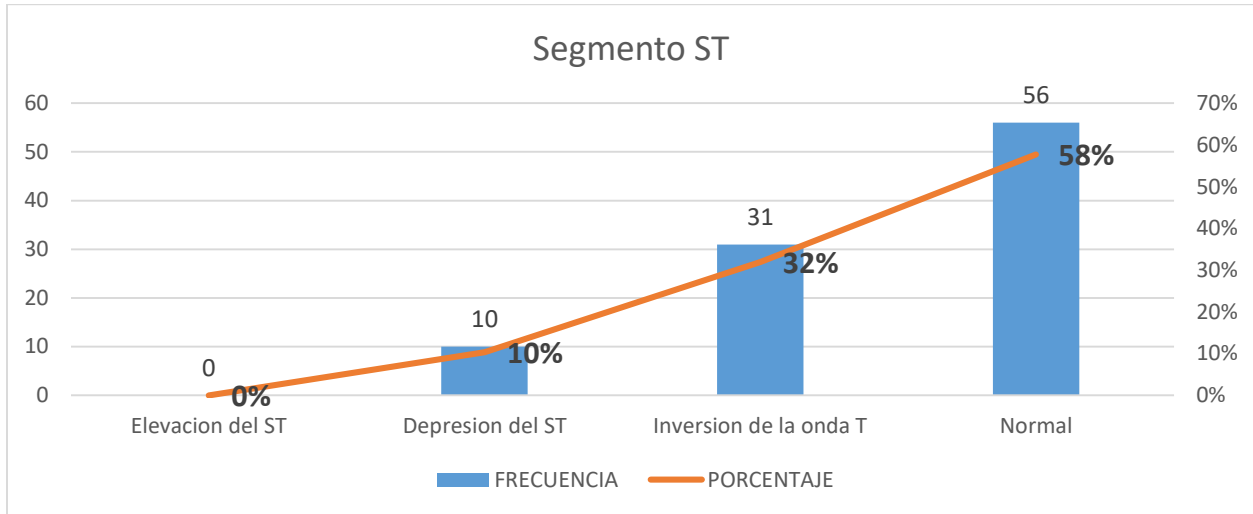
**Gráfico 6.** Niveles de troponinas en los pacientes que cursaron con Síndrome Coronario Agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST con síntomas atípicos asistidos en emergencias del Hospital General de la Plaza De La Salud periodo enero-diciembre del año 2024.



Fuente: Tabla 6.

De los pacientes que representaron la muestra en este estudio se determino que el rango en el cual los niveles de troponina mas frecuentemente se presentaron fueron entre 20-100 ng/dl para un 37%, seguido por el rango entre 101-500 ng/dl para un 26.8%, el siguiente rango es el de 501-1000 ng/dl para un 18.5% y finalmente el rango de 1001-1500 ng/dl con un 17.5%, siendo 1500 ng/dl el valor más alto obtenido.

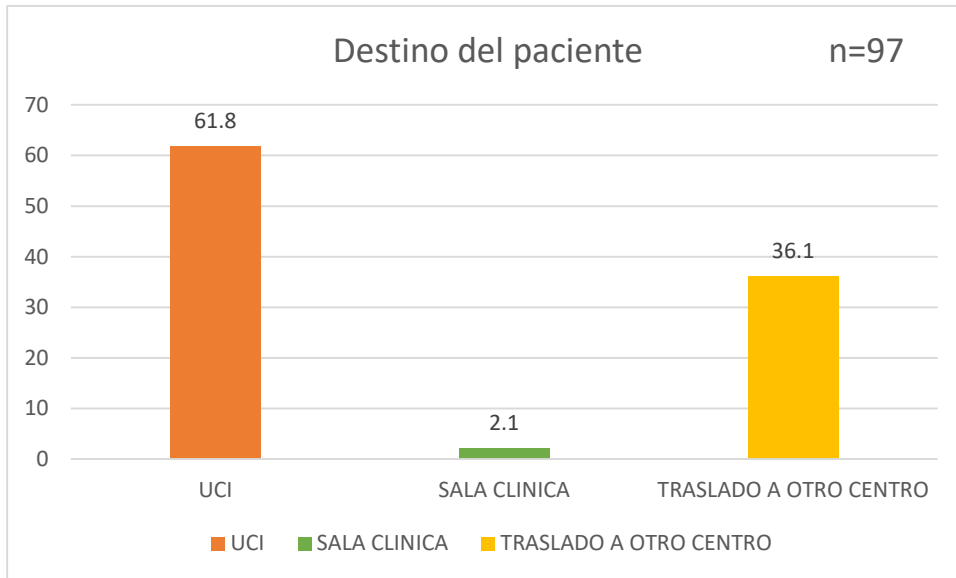
**Gráfico 7.** Morfología del segmento ST en los pacientes que cursaron con Síndrome Coronario Agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST con síntomas atípicos asistidos en emergencias del Hospital General de la Plaza De La Salud periodo enero-diciembre del año 2024.



Fuente: Tabla 7

De acuerdo con los pacientes que estuvieron en la emergencia en el tiempo establecido los cuales se diagnosticaron con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, los hallazgos más frecuentes en los electrocardiogramas realizados, se evidencio que el 58% no presentaron hallazgos electrocardiográficos, seguido de un 32% de los electrocardiogramas realizaron que presentaron como hallazgos inversión de la onda T, y un 10% de los cuales presentaron descenso del segmento ST.

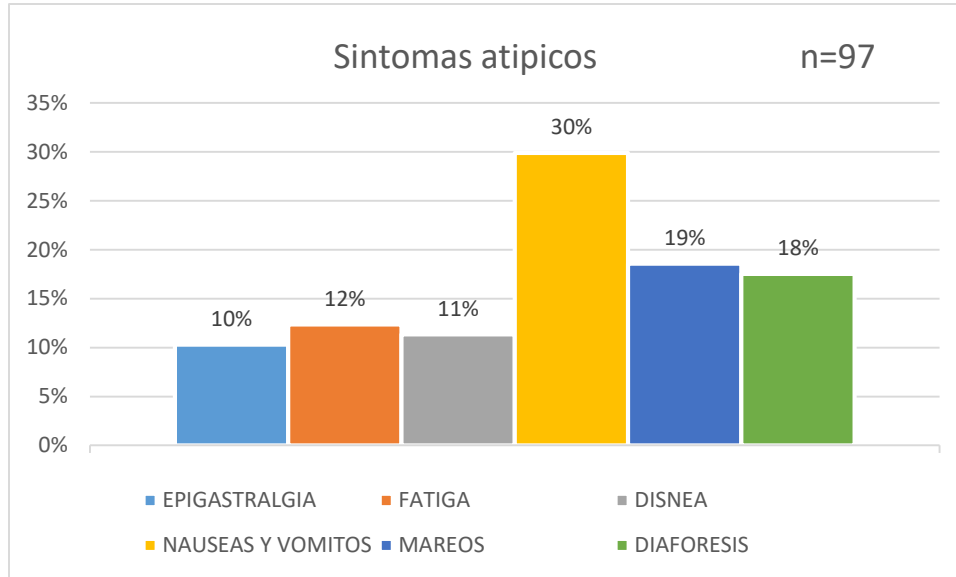
**Gráfico 8.** Destino de los pacientes que cursaron con Síndrome Coronario Agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST con síntomas atípicos asistidos en emergencias del Hospital General de la Plaza De La Salud periodo enero-diciembre del año 2024.



Fuente: Tabla 8.

De los pacientes que acudieron a sala de emergencia del hospital general de la plaza de la salud con diagnóstico de síndrome coronario agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST, el 61.8% fueron ingresados a la unidad de cuidados intensivos, el 36.1% fueron trasladado a otro centro de salud por la no disponibilidad de espacio en el hospital y un 2.1% fueron ingresados a sala clínica luego de haber firmado un descargo de no ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

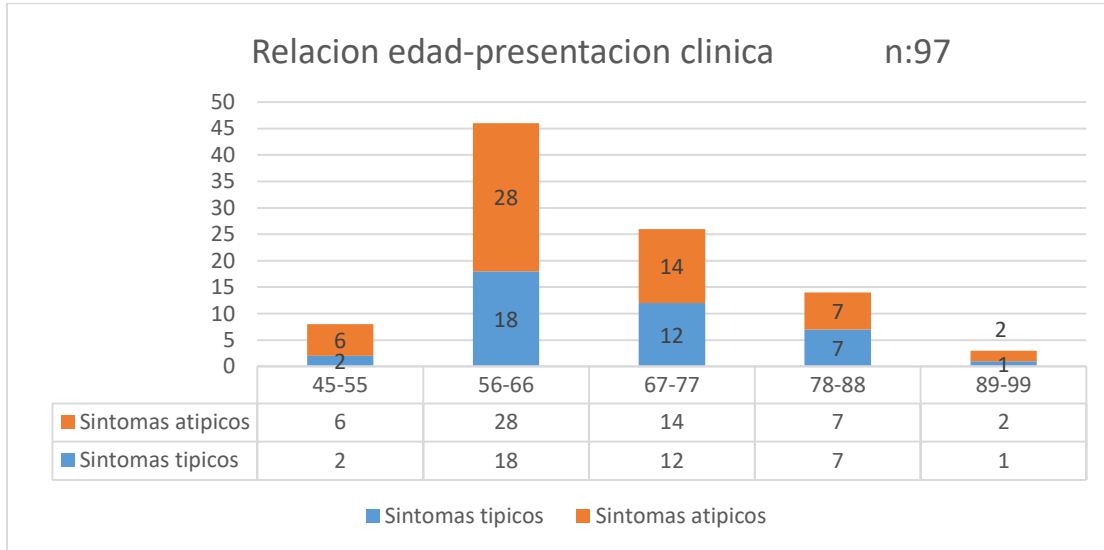
**Gráfico 9.** Síntomas atípicos más frecuentes de los pacientes que cursaron con Síndrome Coronario Agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST con síntomas atípicos asistidos en emergencias del Hospital General de la Plaza De La Salud periodo enero-diciembre del año 2024.



Fuente: Tabla 9

En lo que concierne a los síntomas atípicos más comúnmente presentados por los pacientes que conformaron la muestra de este estudio, aquellos con náuseas y vómitos fueron los síntomas más frecuentes con un 30%, seguido de el síntoma de mareos con un 19%, diaforesis con un 18%, fatiga con un 12%, disnea con un 11% y epigastralgia con un 10%.

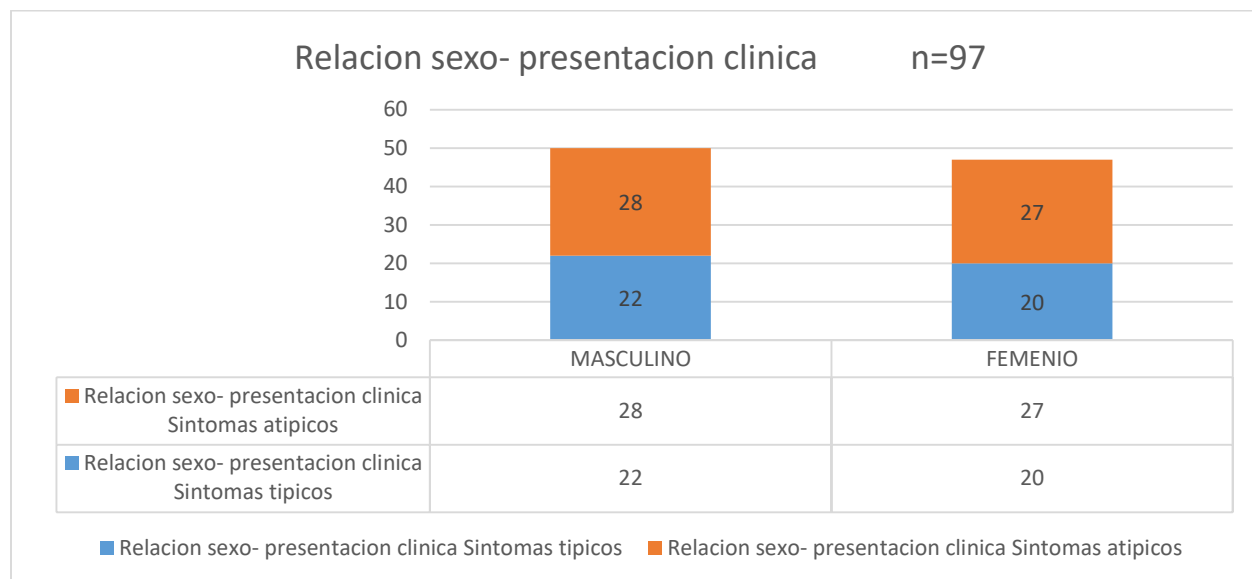
**Gráfico 10.** Relación de edad con la presentación clínica de Síndrome Coronario Agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST con síntomas atípicos asistidos en emergencias del Hospital General de la Plaza De La Salud periodo enero-diciembre del año 2024.



Fuente: Tabla 10.

De los expedientes encuestados de los pacientes que acudieron a sala de emergencia del hospital general de la plaza de la salud con diagnóstico de síndrome coronario agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST se pudo establecer que el grupo etario de 56-66 años 28 pacientes cursaron con síntomas atípicos y 18 pacientes con síntomas típicos siendo más frecuente la presentación atípica en este grupo de edad, al igual que en el resto de grupo etario donde se observó que la presentación atípica supera a la típica.

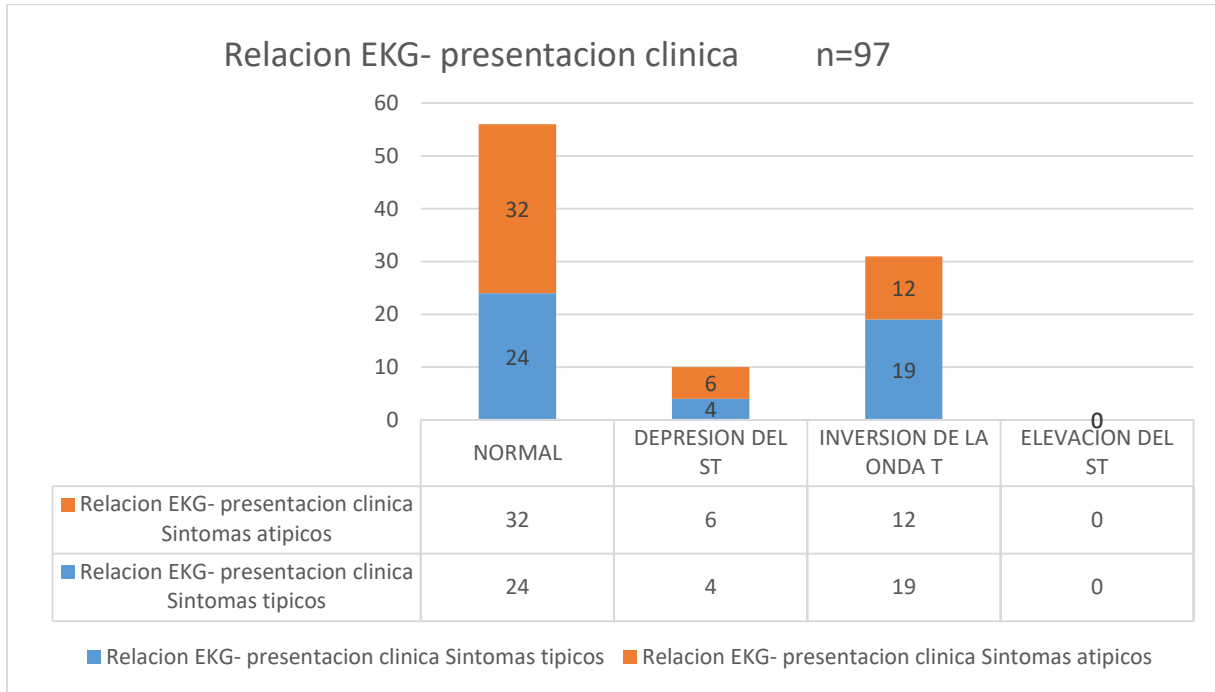
**Gráfico 11.** Relación del sexo con la presentación clínica de Síndrome Coronario Agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST con síntomas atípicos asistidos en emergencias del Hospital General de la Plaza De La Salud periodo enero-diciembre del año 2024.



Fuente: Tabla 11.

Del total de la muestra obtenida se pudo establecer la relación del sexo y la forma de presentación clínica, donde se determinó que del género masculino 28 pacientes cursaron con síndrome coronario agudo tipo infarto agudo al miocardio no ST con presentación atípica a diferencia de 22 pacientes cuya presentación fue típica, de igual forma en el género femenino 27 pacientes presentaron síntomas atípicos y 20 pacientes síntomas típicos, siendo más prevalente la presentación atípica para ambos géneros.

**Gráfico 12.** Relación de la morfología del EKG con la presentación clínica de Síndrome Coronario Agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST con síntomas atípicos asistidos en emergencias del Hospital General de la Plaza De La Salud periodo enero-diciembre del año 2024.



Fuente: Tabla 12.

De acuerdo con la muestra obtenida se pudo relacionar los hallazgos en el EKG y la forma de presentación clínica de los pacientes que acudieron a sala de emergencias del hospital general de la plaza de la salud con síndrome coronario agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del ST, donde se estableció que fue mas frecuente la no aparición de hallazgos en el EKG de los cuales 32 pacientes cursaron con forma de presentación atípica y 24 pacientes con cuadro típico, también se pudo evidenciar que de los pacientes con hallazgos con inversión de la onda t en el EKG los paciente con presentación típica fueron mas prevalentes con 19 pacientes a diferencia de los de presentación atípica con 12 pacientes, de aquellos que presentaron depresión del segmento ST los de presentación atípica fue más común encontrar este hallazgo electrocardiográfico con un total de 6 pacientes a diferencia de 4 pacientes que cursaron con presentación típica.

## Capítulo 5

### Discusión

## Capítulo 5. Discusión

Tras presentar los resultados obtenidos, en este capítulo se presenta una descripción de estos y se realiza una comparación con otros estudios relacionados con el problema de investigación correspondiente al presente estudio.

Con respecto al objetivo general se determinó que de los pacientes que cursaron con síndrome coronario agudo sin elevación del ST que acudieron a la sala de emergencias del hospital general de la plaza de la salud durante el periodo ya establecido se tomó con universo un total de 343 pacientes de los cuales, se tomaron 97 pacientes como muestra, de estos pacientes que padecieron síndrome coronario agudo sin elevación del ST, un 59% curso con síntomas atípicos para un total de 57/97 pacientes, y un 41% que representa los síntomas típicos para un total de 40/97 pacientes, siendo por tanto los más frecuentes los de presentación atípicos. En este punto concuerda con investigación realizada por Sebastián Hoyos Gutiérrez en el año 2021, en la cual se describió que en los pacientes que cursaron con síndrome coronario agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del ST con presentación atípica representaron el 43%. (Sebastián Hoyos Gutiérrez, 2021)

En relación con las variables sociodemográficas de los pacientes en cuestión, el rango de edad más frecuente fue de 56-66 años con un 45%, seguido del rango de 67-77 años con el 35%. Esto coincide con el estudio de Rizzello V, Lucci D & colaboradores en el año 2022 donde la edad promedio fue de 65 años. (Rizzello V, 2022)

En relación con el sexo, se evidenció que de los pacientes con presentación atípica de síndrome coronario agudo sin elevación del ST no tuvo una diferencia significativa con respecto al grupo femenino o masculino, con una presentación ligeramente mayor a favor del grupo masculino con un número de 49/97 para un 51% de los casos a diferencia del género femenino con un total de 48/97 para un 49%, datos que concuerdan con el estudio realizado por Jesús Miguel Rojas-Velázquez et al en el 2021, el cual concluyó que el género masculino es más propenso a padecer esta enfermedad con un 65% de los casos. (Jesus Miguel Rojas Velazquez, 2020)

En lo que concierne a los factores de riesgos más incidentes en el contexto de síndrome coronario agudo del elevación del segmento ST con presentación de síntomas atípicos se evidencia que el padecer hipertensión arterial y diabetes en conjunto son los más frecuentes en los pacientes que padecen de dicho síndrome con una total de 28/97 pacientes para un 29%, seguido de los que padecen hipertensión arterial como único factor de riesgo con 23/97 para un porcentaje de un 24%, los pacientes con diabetes mellitus como único factor representan un total de 10/97 para un 10%, aquellos con cardiopatía isquémica previa un total de 8/97 personas para un porcentaje de 8% y por último el menos incidente de los factores cardiovasculares asociados al síndrome coronario agudo sin elevación del ST fue los pacientes con hipertensión arterial y enfermedad

multivasos en conjunto para un 2%, datos similares se observaron en el estudio de Gulati M, L. P del 2022 quienes asociaron el tabaquismo y el alcoholismo como los hábitos tóxicos con más incidencia en el contexto de pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST. (Gulati M, L.P, 2022)

Con relación a los hábitos tóxicos se pudo observar que los pacientes fumadores presentan mayor incidencia en padecer síndrome coronario agudo sin elevación del ST con síntomas de presentación atípicas con un número total de 34/97 para un porcentaje de 35%, seguido del alcohol el cual representa el 18% para un total de 17/97 personas, cabe destacar que de la muestra obtenida el 47% no presentaron hábitos tóxicos para un total de 56/97, datos que semejantes al estudio realizado por M. Abellas Sequerrios y García Sebastián el cual establece que más del 52% de los pacientes que cursaron con síndrome coronario agudo sin elevación del ST presentaban alcoholismo y tabaquismo como hábitos tóxicos. (M. Abellas Sequeiros, 2021)

De acuerdo con los pacientes que estuvieron en la emergencia los cuales se diagnosticaron con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, estos como hallazgos más frecuentes en el electrocardiograma realizados se evidencia que el 58% de un numero de 56/97 personas, los cuales no presentaron hallazgos electrocardiográficos, seguido de un 32% de los electrocardiogramas realizaron que presentaron como hallazgos inversión de la onda T para un numero de 31/97 pacientes y un 10% de los cuales presentaron descenso del segmento ST como hallazgos con un numero de 10/97 pacientes.

En lo que concierne a los niveles de troponinas de estos pacientes se evidencio que el grupo con niveles entre 20-100 ng/dl fueron los más frecuentes con un 37%, seguido de los niveles entre 101-500 ng/dl con un 26.8%, siendo el de menos frecuencia los niveles entre 1001-1500 con tan solo un 17.5%.

Los síntomas atípicos que mas frecuentemente se presentaron en el contexto de los pacientes que acudieron a sala de emergencias del hospital general de la plaza de la salud con diagnóstico de síndrome coronario agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del ST, los síntomas de náuseas y vómitos fueron los mas frecuentes para un 30%, seguido de mareos con un 19%, y el menos incidente fue el síntoma de epigastralgia solo con un 10% de los casos.

Del total de pacientes luego de ser atendidos en sala de emergencias, donde se llevó rigurosamente el protocolo de atención para síndrome coronario agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST, se observó que un total de 60 pacientes fueron ingresados en la unidad de cuidados intensivos para un 61.8%, otros 2.1% para un total de 2 pacientes fueron ingresados en sala clínica posterior a familiares firmar una hoja de descargo para no ingreso a la unidad y el restante 36.1% de los pacientes para un total de 35 pacientes fueron trasladados a otro centro de salud por no disponibilidad de espacio físico en el hospital general de la plaza de la salud .

De los expedientes encuestados de los pacientes que acudieron a sala de emergencia del hospital general de la plaza de la salud con diagnóstico de síndrome coronario agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST se pudo establecer que el grupo etario de 56-66 años 28 pacientes cursaron con síntomas atípicos y 18 pacientes con síntomas típicos siendo más frecuente la presentación atípica en este grupo de edad, al igual que en el resto de grupo etario donde se observó que la presentación atípica supera a la típica. Del total de la muestra obtenida se pudo establecer la relación del sexo y la forma de presentación clínica, donde se determinó que del género masculino 28 pacientes cursaron con síndrome coronario agudo tipo infarto agudo al miocardio no ST con presentación atípica a diferencia de 22 pacientes cuya presentación fue típica, de igual forma en el género femenino 27 pacientes presentaron síntomas atípicos y 20 pacientes síntomas típicos, siendo más prevalente la presentación atípica para ambos géneros.

De acuerdo con la muestra obtenida se pudo relacionar los hallazgos en el EKG y la forma de presentación clínica de los pacientes que acudieron a sala de emergencias del hospital general de la plaza de la salud con síndrome coronario agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del ST, donde se estableció que fue más frecuente la no aparición de hallazgos en el EKG de los cuales 32 pacientes cursaron con forma de presentación atípica y 24 pacientes con cuadro típico, también se pudo evidenciar que de los pacientes con hallazgos con inversión de la onda t en el EKG los paciente con presentación típica fueron más prevalentes con 19 pacientes a diferencia de los de presentación atípica con 12 pacientes, de aquellos que presentaron depresión del segmento ST los de presentación atípica fue más común encontrar este hallazgo electrocardiográfico con un total de 6 pacientes a diferencia de 4 pacientes que cursaron con presentación típica.

## 5.1 Conclusiones

La frecuencia de síndrome coronario agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST, se presentó en la mayoría de los casos con un 59%, siendo un tanto mayor la mitad de los casos.

El grupo etario más frecuente fueron entre 56-66 años que presentaron síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST representando un 47%.

El sexo más predominante en padecer síndrome coronario agudo sin elevación del ST fue el género masculino, con un 51%, con un porcentaje casi igual que el femenino.

Los pacientes con hábitos tóxicos como el tabaquismo y el alcoholismo representan los más incidentes en la aparición del síndrome coronario agudo sin elevación del ST con presentación atípica siendo un 35 % para el tabaco y un 18% el consumo de alcohol, destacando que el 46% no presento hábitos tóxicos.

Se determinó que los pacientes con Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus e historia previa de cardiopatía isquémica son los antecedentes que con más frecuencia se presentan en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST en pacientes con presentación atípicas

Se evidencio que los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST con presentación atípica en los electrocardiogramas realizados la mayoría no presento hallazgos electrocardiográficos referentes a datos de isquemia miocárdica con un 58% de los casos.

Se determino que los síntomas atípicos de náuseas y vómitos fueron los mas frecuente en presentarse en estos pacientes.

Se documento que la mayoría de los pacientes que acudieron a la sala de emergencias con dicho cuadro clínico, la mayoría fueron ingresados a la unidad de cuidados intensivos para un 61.8% mientras que 32.1% fueron trasladados a otros centros de salud por no disponibilidad de espacio.

Se determino que el grupo etario de 56-66 años la mayoría de estos cursaron con síntomas atípicos, también se correlaciono que el sexo masculino fue mas propenso a cursar tanto con síntomas atípicos como típicos.

# Capítulo 6

## Recomendaciones

## **Capítulo 6. Recomendaciones**

Posterior a la realización de este estudio sobre la frecuencia de síndrome coronario agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento st, en pacientes con síntomas atípicos, y ante los resultados del mismo, recomendamos a la institución una revisión periódica de los protocolos de manejo de SCASEST, que ayuden a fomentar la implementación de herramientas de evaluación que sean válidas, para así mejorar la precisión del diagnóstico, monitorización y evolución del paciente ( educación continua).

Continuar con la colaboración interdisciplinaria al fomentar un enfoque multidisciplinario para el diagnóstico y tratamiento involucrando emergenciólogos, cardiólogos intervencionistas, médicos intensivistas, y otros especialistas relevantes para garantizar una evaluación integral con intervención oportuna.

Fomentar la capacitación continua del personal de salud de la institución, para que cada día cuenten con mejores habilidades de evaluación y comunicación al interactuar con pacientes y familiares con una comunicación empática.

Estandarizar una nomenclatura institucional en el historial clínico del paciente que permita que la información (motivos de consulta) tenga un solo formato; esto con la finalidad de facilitar el procesamiento automático o manual de la información, lo cual permitiría ahorrar tiempo y recursos para obtener datos adicionales o corregir errores.

Mejorar el sistema de salud con la colaboración y comunicación efectiva entre los proveedores de atención en el ámbito pre hospitalario y especialistas en emergencias para ayudar a garantizar una atención oportuna y adecuada para estos pacientes.

Fomentar o crear protocolos de atención en el personal para proporcionar actualizaciones periódicas del estado del paciente, abordando las preocupaciones de los familiares e involucrándolas en los procesos de toma de decisiones en los pacientes que cuenten con una estancia prolongada en sala de emergencias.

## Bibliografía

- al, J. C. (junio de 2021). *Revista Española de Cardiología*, 74(6), 436-473. Obtenido de <https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc--sobre-el-diagnostico-y-tratami-articulo-S0300893221000890-pdf>
- Battilana-Dhoedt JA, C. d. (2020). Fisiopatología, perfil epidemiológico y manejo terapéutico en el síndrome coronario agudo. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 18(1), 84-86. Obtenido de C:/Users/Victor/Downloads/1812-9528-iics-18-01-84.pdf
- Comision honoraria de la salud cardiovascular. (2025). *Comision honoraria de la salud cardiovascular*. Obtenido de Comision honoraria de la salud cardiovascular: <https://cardiosalud.org/factores-de-riesgo/>
- Coven, D. L. (septiembre de 2020). *Evaluación del síndrome coronario agudo*. Obtenido de Medscape: <https://emedicine.medscape.com/article/1910735-workup>
- Díez-Villanueva, P. J.-M.-G.-L.-H.-P.-D. (2024). Manejo actual del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Biomedicine*, 12(8), 1736. Obtenido de <https://doi.org/10.3390/biomedicines12081736>
- Gulati M, L. P. (2022). Elementos de datos clave y definiciones de ACC/AHA 2022 para el dolor torácico y el infarto agudo de miocardio: un informe del Comité conjunto sobre estándares de datos clínicos de la Asociación Estadounidense del Corazón y el Colegio Estadounidense de Ca. *AHA/ASA JOURNALS*, 15(10), 368-454. Obtenido de Elementos de datos clave y definiciones de ACC/AHA 2022 para el dolor torácico y el infarto agudo de miocardio: un informe del Comité conjunto sobre estándares de datos clínicos de la Asociación Estadounidense del Corazón y el Colegio Estadounidense de Ca: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HCQ.000000000000112>
- Hospital General Plaza de la Salud. (2025). *Hospital General Plaza de la Salud*. Obtenido de Historia Hospital General Plaza de la Salud: <https://hgps.org.do/es/historia/>
- Ibáñez, B. J.-D. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European Heart Journal*, 44(21), 1862–1920.
- Jesus Miguel Rojas Velazquez, A. G. (2020). Diferencias sexuales en el síndrome coronario agudo. Hospital Comandante Manuel Fajardo, 2016-2017. *Clinica e investigacion en Aterosclerosis*, 3(2), 43-48. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0214916819301238?via%3DiHub#preview-section-cited-by>

- M. Abellas Sequeiros, C. G. (2021). Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(38), 2171-2176. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541221001918#:~:text=As%C3%AD%20pues%2C%20se%20debe%20tener,las%20Tabla%20%2C%20Tabla%203.&text=HVI:%20hipertrofia%20ventricular%20izquierda;%20PCR,pruebas%20complementarias%20detalladas%20a%20co>
- MaríaLasalaAlastuey, e. a. (2020). Elevación persistente de troponina I. *Revista Colombiana de Cardiología*, 27(3), 186-188. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-pdf-S0120563319300774>
- OMS. (9 de diciembre de 2020). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Rao, S. V.-H. (2025). 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(9), e123–e231.
- Real Academia Española. (2024). *Real Academia Española*. Obtenido de Real Academia Española: <https://dle.rae.es/g%C3%A9nero>
- Real Academia Española. (2024). *Real Academia Española*. Obtenido de Real Academia Española: <https://dle.rae.es/edad>
- Rizzello V, L. D. (2022). Investigadores de Resultados del IN-ACS. Epidemiología clínica, manejo y pronóstico de los síndromes coronarios agudos en la red italiana de síndromes coronarios agudos (estudio de resultados del IN-ACS. *Acute Card Care*, 14(71), 8.
- Sebastián Hoyos Gutiérrez, e. a. (julio-diciembre de 2021). Síndrome coronario agudo atípico, un reto diagnóstico: revisión de tema. *Medicina UPB*, 40(2), 60-66. Obtenido de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/7335>
- Zeb, U. K. (2024). Prevalence of Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction in Acute Coronary Syndrome With Unremarkable Electrocardiogram: A Cross-Sectional Study From Lady Reading Hospital, Medical Teaching Institute, Peshawar. *Cureus*, 16(9). Obtenido de <https://doi.org/10.7759/cureus.70575>
- Zeb, U. K. (2024). Prevalence of Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction in Acute Coronary Syndrome With Unremarkable Electrocardiogram: A Cross-Sectional Study From Lady Reading Hospital, Medical Teaching Institute, Peshawar. *Cureus*, 16(9).

## Anexos

Tabla 1.

<b>PRESENTACION CLINICA</b>		
<b>RESPUESTAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SÍNTOMAS TÍPICOS	40	41%
SÍNTOMAS ATÍPICOS	57	59%
TOTAL	97	100%

Fuente: Instrumento aplicado a expedientes clínicos del Hospital General de la Plaza de la Salud

Tabla 2.

<b>GRUPO ETARIO</b>		
<b>RESPUESTAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
45-55	11	11%
56-66	46	47%
67-77	25	26%
78-88	13	13%
89-99	2	2%
TOTAL	97	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado a expedientes clínicos del Hospital General de la Plaza de la Salud

Tabla 3.

<b>SEXO</b>		
<b>RESPUESTAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
MASCULINO	49	51%
FEMENIO	48	49%
TOTAL	97	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado a expedientes clínicos del Hospital General de la Plaza de la Salud

Tabla 4.

<b>FACTORES DE RIESGO</b>		
<b>RESPUESTAS</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
HIPERTENSION ARTERIAL Y DISLIPIDEMIA	8	8%
HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES	28	29%
HIPERTENSION ARTERIAL	23	24%
DIABETES MELLITUS	10	10%
DISLIPIDEMIA	6	6%
OBESIDAD	3	3%
SEDENTARISMO	0	0%
ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES	5	5%
HIPERTENSION ARTERIAL Y ENFERMEDAD MULTIVASOS	2	2%
HIPERTENSION ARTERIAL Y CARDIOPATIA ISQUEMICA	8	8%
NINGUNO	4	4%
<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Fuente: Instrumento aplicado a expedientes clínicos del Hospital General de la Plaza de la Salud

Tabla 5.

<b>HÁBITOS TÓXICOS</b>		
<b>RESPUESTAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
TABAQUISMO	34	35%
CONSUMO DE ALCOHOL	17	18%
CONSUMO DE DROGAS ILICITAS	0	0%
NINGUNO	46	47%
<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Instrumento aplicado a expedientes clínicos del Hospital General de la Plaza de la Salud

Tabla 6.

<b>TROPONINAS</b>		
<b>RESPUESTAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
ELEVADA	97	100%
NORMAL		0
<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Fuente: Instrumento aplicado a expedientes clínicos del Hospital General de la Plaza de la Salud

Tabla 7.

<b>SEGMENTO ST</b>		
<b>PREGUNTAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
ELEVACION DEL ST	0	0%
DEPRESION DEL ST	10	10%
INVERSION DE LA ONDA T	31	32%
NORMAL	56	58%
<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Fuente: Instrumento aplicado a expedientes clínicos del Hospital General de la Plaza de la Salud

Tabla 8.

<b>DESTINO DEL PACIENTE</b>		
<b>RESPUESTAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
UCI	60	61.8
SALA CLINICA	2	2.1
TRASLADO A OTRO CENTRO	35	36.1
<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Fuente: Instrumento aplicado a expedientes clínicos del Hospital General de la Plaza de la Salud

Tabla 9.

<b>Sintomas atipicos</b>		
<b>RESPUESTAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
EPIGASTRALGIA	10	10%
FATIGA	12	12%
DISNEA	11	11%
NAUSEAS Y VOMITOS	29	30%
MAREOS	18	19%
DIAFORESIS	17	18%
<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Instrumento aplicado a expedientes clínicos del Hospital General de la Plaza de la Salud

Tabla 10.

<b>Relacion edad-presentacion clinica</b>		
<b>RESPUESTAS</b>	<b>Sintomas tipicos</b>	<b>Sintomas atipicos</b>
45-55	2	6
56-66	18	28
67-77	12	14
78-88	7	7
89-99	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>57</b>

Fuente: Instrumento aplicado a expedientes clinicos del Hospital General de la Plaza de la Salud

Tabla 11.

<b>Relacion sexo- presentacion clinica</b>		
<b>RESPUESTAS</b>	<b>Sintomas tipicos</b>	<b>Sintomas atipicos</b>
MASCULINO	22	28
FEMENIO	20	27
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>53</b>

Fuente: Instrumento aplicado a expedientes clinicos del Hospital General de la Plaza de la Salud

Tabla 12.

<b>Relacion EKG- presentacion clinica</b>		
<b>RESPUESTAS</b>	<b>Sintomas tipicos</b>	<b>Sintomas atipicos</b>
NORMAL	24	32
DEPRESION DEL ST	4	6
INVERSION DE LA ONDA T	19	12
ELEVACION DEL ST	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>50</b>

Fuente: Instrumento aplicado a expedientes clinicos del Hospital General de la Plaza de la Salud





## CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

**Nombre Completo** Juan Carlos de los Santos reyes  
**Matrícula o código institucional** 000000  
**Carrera/Posición:** Postgrado en Medicina  
**Estado del examen** Aprobado  
**Número de Certificación** DIAIRB2025-0964  
**Fecha** Tuesday, March 25, 2025

Michael A. Alcántara-Minaya, MD  
Coordinador Comité de Ética  
Vicerrectoría de Investigación e Innovación  
Universidad Iberoamericana (UNIBE)



## CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

**Nombre Completo** Sarah Grullón  
**Matrícula o código institucional** 000000  
**Correo Electrónico Institucional** sarahgrullonsg@gmail.com  
**Carrera/Posición:** Postgrado en Medicina  
**Estado del examen** Aprobado  
**Número de Certificación** DIAIRB2025-1020  
**Fecha** Wednesday, April 2, 2025

Michael A. Alcántara-Minaya, MD  
Coordinador Comité de Ética  
Vicerrectoría de Investigación e Innovación  
Universidad Iberoamericana (UNIBE)



## FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Frecuencia de Síndrome Coronario Agudo tipo infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST en pacientes con síntomas atípicos asistidos en la emergencia del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el periodo de enero - diciembre 2024

Código del paciente : \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 1. Datos generales

- **Edad:**

45- 55 años

56-66 años

67-77 años

78-88 años

89-99 años

- **Sexo:**

Masculino

Femenino

### 2. Hábitos tóxicos

(Marque todos los que apliquen)

Tabaquismo

Consumo de alcohol

Consumo de drogas ilícitas

Ninguno

Otro: \_\_\_\_\_

### 3. Factores de riesgo cardiovascular

(Marque todos los que apliquen)

Hipertensión arterial

Diabetes mellitus

Dislipidemia

Obesidad

Sedentarismo

Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular

Otro: \_\_\_\_\_

Ninguno

### 4. Troponina

• Valor registrado: \_\_\_\_\_ ng/mL

• Interpretación:

Normal

Elevada

### 5. Presentacion clinica

Presentacion tipica

Presentacion atipica

### 6. Segmento st

Elevación del ST

Depresión del ST

Inversión de la onda T

Normal

